

Symposium

Centrumsuccessen

Zaterdag 26 maart 2011

Accreditatie van het programma is verkregen bij:

- het beroepsregister van Agogisch en Maatschappelijk werkers (Kamer MW) met 1 punt
- de StADAP: beroepsgroep Ergotherapie (EN) met 5 punten
- Kwaliteitsregister Verpleegkundigen & Verzorgenden (V&V) met 4 punten

Accreditatie van het programma is aangevraagd en in behandeling bij:

- de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)
- de Federatie van Gezondheidszorgpsychologen (FGzP): beroepsgroep klinisch psycholoog (BIG)
- het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)

Inhoudsopgave

Onderdeel	Pagina
Inhoudsopgave	2
Inleiding	3
Programma	4
Deelnemers	5
Sponsors	10
Zorgpad dwarslaesie <i>Drs. Tijn van Diemen, psycholoog St. Maartenskliniek, Nijmegen</i>	12
Revalidatie op maat: modulaire aanpak <i>Dr. Annemie Spooren, Senioronderzoeker RC Adelante, Hoensbroek / Universiteit Maastricht</i>	19
Mobiel dwarslaesieteam <i>Drs. Dorien Spijkerman, revalidatiearts RC Rijndam, Rotterdam</i>	32
Eigen regie <i>Jacqueline Leenders, ergotherapeut RC De Hoogstraat, Utrecht</i>	41
Ervaringsdeskundigen <i>Reda Haouam, ervaringsdeskundige RC Reade, Amsterdam</i>	46
Handchirurgie <i>Dr. Govert Snoek, revalidatiearts RC Het Roessingh, Enschede</i> <i>Jocelyne Oostendorp en Maaïke Scheggetman, RC Het Roessingh, Enschede</i>	50
Spasticiteit bovenste extremititeit en intrathecale baclofenpomp <i>Drs. Annick Viaene, revalidatiearts UZ Gent</i>	62
Respicare team <i>Drs. Willemijn Faber, revalidatiearts RC Heliomare, Wijk aan Zee</i>	73
Re-integratieactiviteiten <i>Marco Oggianu, ergotherapeut UZ Leuven, campus Pellenberg</i>	84
De nieuwe dwarslaesieafdeling <i>Elga van der Laan, regieverpleegkundige, UMCG locatie Beatrixoord, Haren</i>	93

Inleiding

Er zijn veel enthousiaste reacties binnengekomen op de oproep om een top 3 met 'Centrumsuccessen' in te dienen. We kunnen dan ook vaststellen dat er veel gebeurt binnen de verschillende centra en dat er veel animo is om dat met elkaar te delen. Het resultaat van al deze 'Centrumsuccessen' is een aantrekkelijk NVDG-symposiumprogramma met een grote diversiteit aan onderwerpen.

Namens de organisatie,

Marga Tepper, revalidatiearts en medisch teammanager
Erik Plagge, teammanager

Programma

- 09.00 Ontvangst en inschrijving met koffie en thee
- 09.25 Welkom
Drs. Marga Tepper, revalidatie arts en medisch teammanager dwarslaesieteam UMCG
- 09.30 Opening
Prof.dr. Jan Geertzen, revalidatiearts en hoofd afdeling Revalidatiegeneeskunde UMCG
- 09.40 Dagvoorzitter
Jan Erik Baarveld, fysiotherapeut dwarslaesieteam UMCG
- 09.45 Zorgpad dwarslaesie
Drs. Tijn van Diemen, psycholoog St. Maartenskliniek, Nijmegen
- 10.05 Revalidatie op maat: modulaire aanpak
Dr. Annemie Spooren, Senioronderzoeker RC Adelante, Hoensbroek / Universiteit Maastricht
- 10.25 Mobiel dwarslaesieteam
Drs. Dorien Spijkerman, revalidatiearts RC Rijndam, Rotterdam
- 10.45 Plenaire discussie
- 11.00 Koffiepauze
- 11.25 Eigen regie
Jacqueline Leenders, ergotherapeut RC De Hoogstraat, Utrecht
- 11.45 Ervaringsdeskundigen
Reda Haouam, ervaringsdeskundige RC Reade, Amsterdam
- 12.05 Plenaire discussie
- 12.15 Ledenvergadering NVDG
- 12.45 Lunch
- 13.30 Handchirurgie
Dr. Govert Snoek, revalidatiearts RC Het Roessingh, Enschede
Jocelyne Oostendorp en Maaïke Scheggetman, RC Het Roessingh, Enschede
- 13.50 Spasticiteit bovenste extremiteit en intrathecale baclofenpomp
Drs. Annick Viaene, revalidatiearts UZ Gent
- 14.10 Respicare team
Drs. Willemijn Faber, revalidatiearts RC Heliomare, Wijk aan Zee
- 14.30 Plenaire discussie
- 14.45 Theepauze
- 15.10 Re-integratieactiviteiten
Marco Oggianu, ergotherapeut UZ Leuven, campus Pellenberg
- 15.30 De nieuwe dwarslaesieafdeling
Elga van der Laan, regieverpleegkundige, UMCG locatie Beatrixoord, Haren
- 15.50 Plenaire discussie
- 16.00 Afsluiting
- 16.10 Borrel

Deelnemers*

Naam	Voorl.	Instelling	Plaats
Aderitus Dakhi	A.	Reade	AMSTERDAM
Adriaansen	J.J.E.	Revalidatiecentrum De Hoogstraat	UTRECHT
Akkermans	B.M.A.	De Hoogstraat	UTRECHT
Annink	B.	RC Het Roessingh	ENSCHDEDE
Arts	I.A.M.	St. Maartenskliniek	NIJMEGEN/ BERG en DAL
Asbeck, van	F.W.A.	RC De Hoogstraat	UTRECHT
Baars-Lageweg	M.M.J.	Rijndam Revalidatiecentrum	ROTTERDAM
Bakkum	A.J.T.	Vrije Universiteit Amsterdam	WIJK BIJ DUURSTEDEN
Bavel, van	H.J.	Hof ter Schelde	ANTWERPEN
Besten, den	H.R.	Revalidatiecentrum Rijndam	ROTTERDAM
Biksterman	C.	Heliomare revalidatie	WIJK AAN ZEE
Boekee	A.	Rijndam revalidatie centrum	ROTTERDAM
Boelhouwer	I.	Rijndam revalidatiecentrum	ROTTERDAM
Boer	A.F.	UMCG, Beatrixoord	GRONINGEN
Boer, de	J.B.F.M.	Sint Maartenskliniek	NIJMEGEN
Boerrigter	J.A.M.	Heliomare	WIJK AAN ZEE
Boersma	H.	UZ Leuven campus Pellenberg	PELLENBERG
Boever, de	E.	UZ Gent	GENT
Bongers-Janssen	H.M.H.	Adelante	HOENSBROEK
Borghgraef	C.	UZ Leuven campus Pellenberg	PELLENBERG
Bos	M.		WIJK AAN ZEE
Broeksteeg	R.	Rijndam revalidatiecentrum	ETTEN LEUR
Bruin van Dijk, de	S.	Revalidatie centrum rijndam	ROTTERDAM
Brussel-Plomp, van	C.H.	Reade	AMSTERDAM
Bruynseraede	S.	Revalidatieziekenhuis Hof ter Schelde	ANTWERPEN
Bussel, van	J.M.	Reade	AMSTERDAM
Camps	S.	UZ Leuven campus Pellenberg	PELLENBERG
Celis	M.	UZ Leuven campus Pellenberg	PELLENBERG
Claes	D.	Hof Ter Schelde	SINT-KATELIJNE-WAVER
Coolen	J.H.L.	UZ Gent	GENT
Daalder	I.	Heliomare revalidatie	WIJK AAN ZEE
Dalen, van	H.G.	Sint Maartenskliniek	NIJMEGEN
Deceuninck	K.	Revalidatieziekenhuis Hof ter Schelde	BERCHEM
DeCoster	A.	UZ Gent	GENT
Dekker	Y.	Heliomare revalidatie	WIJK AAN ZEE
Derksen	I.	Heliomare	HAARLEM
Diemen, van	M.C.J.M.	Sint Maartenskliniek	NIJMEGEN
Diericx	S.	Revalidatieziekenhuis Hof ter Schelde	MOERBEKE-WAAS
Dijkstra	C.A.	RC de Hoogstraat	UTRECHT
Dirksen	R.	Heliomare	HAARLEM
Dobbelsteijn	P.H.L.	Adelante	MUNSTERGELEEN
Eeden, van	C.J.M.A.	Reade	AMSTERDAM
Eilander	D.	Revalidatiecentrum 't Roessingh	HEINO
Eissens	A.	UMCG	HAREN
Eupen, van	J.	St. Maartenskliniek	NIJMEGEN
Evers	I.	Revalidatiecentrum Het Roessingh	ENSCHDEDE

Faber	W.X.M.	RC Heliomare	AMSTERDAM
Fidder-Wiekamp	M.	UMCG, Beatrixoord	HAREN
Fijen	A.	Heliomare revalidatie	WIJK AAN ZEE
Folkers	M.J.A.	Rijndam Revalidatiecentrum	ROTTERDAM
Fraanje	J.J.	Revalidatiecentrum Rijndam	ROTTERDAM
Francis	F.C.	Reade	AMSTERDAM
Franssen	N.P.A.A.	Adelante	HOENSBROEK
Frigge g/m Bruno	C.J.	Reade	AMSTERDAM
Frijns	M.	Adelante	HOENSBROEK
Froma	C.A.G.	Reade	ALMERE
Galle	A.	Rijndam Revalidatiecentrum	BREDA
Geldorp	G.	Heliomare revalidatie	WIJK AAN ZEE
Gemerer, van	B.J.	Het Roessingh	HENGEL (OV)
Gerritsen	AAC	De Hoogstraat	UTRECHT
Gies	R.C.	Rijndam revalidatiecentrum	ROTTERDAM
Goditiabojs	F.	UZ Leuven campus Pellenberg	PELLENBERG
Goei, de	F.M.	UMCG, Beatrixoord	HAREN
Gorkink	M.L.	Het Roessingh	ENSCHED
Graaf, van de	M.	RC De Hoogstraat	UTRECHT
Grendel	A.	Adelante	HOENSBROEK
Groot, de	S.	Reade	AMSTERDAM
Grootenboer	M.	Fysiotherapiepraktijk	EMMEN
Haarman	S.G.C.	Het Roessingh	ENSCHED
Habers	P.M.B.	UMCG, Beatrixoord	HAREN
Hal, van	L.E.M.	Reade	AMSTERDAM
Ham, van der	J.	Rijndam Revalidatie Centrum	HENDRIK IDO AMBACHT
Haouam	R.	Reade	AMSTERDAM
Haver	A.	Heliomare revalidatie	WIJK AAN ZEE
Heutink	M.	Revalidatiecentrum De Hoogstraat	'S-HERTOGENBOSCH
Hoeve	F.	Reade	AMSTERDAM
Hof, van 't	E.M.M.	Rev. Centrum de Hoogstraat	CROMVOIRT
Holtrigter	G.	Heliomare revalidatie	WIJK AAN ZEE
Hoogeveen	K.	Revalidatiecentrum de Hoogstraat	UTRECHT
Horenbeek, van	K.	UZ Leuven campus Pellenberg	PELLENBERG
Horst, ter	P.	Rijndam revalidatiecentrum	ROTTERDAM
Huele	A.	Reade	AMSTERDAM
Huijboom	H.	Heliomare Revalidatie	WIJK AAN ZEE
Huysmans	G.	UZ Leuven campus Pellenberg	PELLENBERG
Iest-Koebrugge, van der	C.E.M.	Het Roessingh	ENSCHED
Ijbema-Klinkhamer	H.	Beatrixoord	HAREN
Jagersma	E.	Reade	AMSTERDAM
Janmaat	A.A.M.	Revalidatiecentrum De Hoogstraat	UTRECHT
Janssen	R.	Sint Maartenskliniek	NIJMEGEN
Jong, de	A.C.	UMCG, CVR	GRONINGEN
Jong, de	C.A.T.	Revalidatie centrum De Hoogstraat	UTRECHT
Jong, de	R.E.	UMCG, Beatrixoord	HAREN
Jood, de	L.	Rijndam revalidatiecentrum	KRIMPEN AAN DEN IJSSEL
Kamberg	J.	Rijndam revalidatiecentrum	ROTTERDAM
Kerssies	R.C.	Heliomare	UTRECHT
Kiekens	C.	UZ Leuven campus Pellenberg	PELLENBERG

Kilian	E.A.M.	Rijndam	SCHIEDAM
Kneppers	D.	Heliomare revalidatie	WIJK AAN ZEE
Kooijman	J.M.	Reade	AMSTERDAM
Kooijmans	H.	Erasmus MC	DEN HAAG
Koole	S.A.	De Hoogstraat	ZEIST
Korver	M.	Reade	BREUKELEN
Kuijpers	F.	Adelante	HOENSBROEK
Kuppevelt, van	H.J.M.	St Maartenskliniek	ROSMALEN
Laan, van der	E.	UMCG, Beatrixoord	HAREN
Lambalgen, van	F.	Reade	AMSTERDAM
Lamping	M.	Heliomare revalidatie	WIJK AAN ZEE
Landegem, van	M.	UZ Leuven campus Pellenberg	PELLENBERG
Lede, van der	J.	Rev. centrum de Hoogstraat	BODEGRAVEN
Leenders	J.M.P.	De Hoogstraat	IJSSELSTEIN
Leeuwen, van	C.M.C.	De Hoogstraat	UTRECHT
Leferink-Baak	J.M.B.	Het Roessingh	ENSCHEDÉ
Lelie, v.d.	F.	Revalidatiecentrum Rijndam	ROTTERDAM
Lelieveld	L.S.A.	Sint Maartenskliniek	NIJMEGEN
Lenaerts	F.	UZ Leuven campus Pellenberg	PELLENBERG
Lenferink	A.M.M.	Roessingh	ENSCHEDÉ
Levels	C.	Adelante	HOENSBROEK
Lieke	E.W.	Rijndam	DEN HAAG
Lier, van	B.	Reade	AMSTERDAM
Looije	J.M.	St. Maartenskliniek	NIJMEGEN
Loon, van	E.M.P.	Rijndam revalidatiecentrum	ROTTERDAM
Louws-Borst	M.J.	Rijndam revalidatiecentrum	ROTTERDAM
Magni	M.	Rijndam revalidatiecentrum	SPIJKENISSE
Malfait	B.	UZ Leuven campus Pellenberg	PELLENBERG
Maquine	D.	Reade locatie overtoom	AMSTERDAM
Martens	C.	Het Roessingh	ENSCHEDÉ
Martens	I.	Het Roessingh	ENSCHEDÉ
Martens	J.	UMCG, Beatrixoord	HAREN
Meijboom	M.	Rijndam revalidatiecentrum	ROTTERDAM
Menkveld	F.	De Hoogstraat	AMERSFOORT
Middelweerd	E.M.C.	Revalidatiecentrum De Hoogstraat	UTRECHT
Mijll Dekker, v/d	M.	Heliomare	HEERHUGOWAARD
Moeremans	M.H.C.P.M	Revalidatieziekenhuis Hof ter Schelde	ANTWERPEN
Moes, de	W.	Dwarslaesie Organisatie Nederland	ALMERE
Moons-Langeweg	P.H.	St. Maartenskliniek	NIJMEGEN
Mulder	G.A.	CVR,UMCG	HAREN
Mulder	L.C.	St Heliomare	WIJK AAN ZEE
N.Koch	N.C.	Heliomare revalidatie	WIJK AAN ZEE
Nazar-Ali	H.	Rijndam	ROTTERDAM
Nene	A.V.	Revalidatiecentrum Het Roessingh	ENSCHEDÉ
Nooijen	C.F.J.	ErsamusMC	ROTTERDAM
Offermans	J.T.H.	Adelante	HOENSBROEK
Oggianu	M.	UZ Leuven campus Pellenberg	PELLENBERG
Oostendorp	J.M.	Roessingh	ENSCHEDÉ
Oosterhuis-Pol	J.	Centrum voor Revalidatie	UITHUIZERMEEDEN
Ottervanger	E.	Rijndam Revalidatie centrum	ROTTERDAM
Oud	M.	Heliomare Revalidatie	HOOGWOUD

Oudenaarden	J.	Reade	AMSTERDAM
Overdulve	C.W.	Adelante	LANDGRAAF
Papamichalopoulos	E.M	St.Maartenskliniek	NIJMEGEN
Peeks	A.L.	Reade	AMSTERDAM
Penninx	F.	Dwarslaesie Organisatie Nederland	BERLICUM NB
Peters	L.	Sint Maartenskliniek	NIJMEGEN
Plagge	H.W.A.	UMCG, Beatrixoord	HAREN
Pont	M.S.N.	Reade Amsterdam	AMSTERDAM
Postma	K.	Rijndam revalidatiecentrum	LEIDEN
Raaij, van	M.B.	Reade	AMSTERDAM
Rijken	H.A.F.M.	St Maartenskliniek	WIJCHEN
Robroek	B.J.J.	Adelante	HOENSBROEK
Roels	E.	UZ Leuven campus Pellenberg	PELLENBERG
Rovers	J.G.J.	Reade	AMSTERDAM
Ruyck, de	E.A.	UZ Gent	GENT
Scheer, van der	J.W.	RuG & UMCG	GRONINGEN
Scheggetman	M.L.	Het Roessingh	ENSCHEDÉ
Schenkeveld	K.W.M.	Reade	AMSTERDAM
Schipperen	E.A.M.	Rev., centrum De Hoogstraat	UTRECHT
Schlepers	M.C.A.	UMCG, locatie Beatrixoord	GRONINGEN
Schmitz	M.	Heliomare revalidatie	WIJK AAN ZEE
Scholten	R.H.	Reade Amsterdam	AMSTERDAM
Schoppmann	G.M.	Het Roessingh	ENSCHEDÉ
Schuitemaker	M.	Het Roessingh	GOOR
Siepmann	M.	St. Maartenskliniek	NIJMEGEN
Sierink	A.	St. Maartenskliniek	NIJMEGEN
Simmelinck	E.K.	Centrum voor Revalidatie UMCG	HAREN
Slof	M.	Reade	AMSTERDAM
Sloots	M.	Reade	AMSTERDAM
Slotema	P.	Reade	AMSTERDAM
Smit	J.J.	UMCG, Beatrixoord	GRONINGEN
Smit	M.S.	Het Roessingh	ENSCHEDÉ
Smits	H.	Heliomare revalidatie	WIJK AAN ZEE
Snoek	G.J.	RC Het Roessingh	ENSCHEDÉ
Spooren	A.I.F.	Adelante	GENK
Sprink	J.	UMCG, Beatrixoord	HAREN
Sterren, van der	V.E.W.	Reade	UTRECHT
Stolwijk	J.	Reade	AMERSFOORT
Subej	I.H.	Het Roessingh	ENSCHEDÉ
T'Seyen	T.P.D.M.	Hof ter Schelde	ANTWERPEN
Taes	E.	UZ Leuven campus Pellenberg	PELLENBERG
Tange	E.A	Reade	AMSTELVEEN
Tatu	C.	St. Maartenskliniek	NIJMEGEN
Teeninga	S.M.	UMCG, Beatrixoord	HAREN
Tepper	M.	UMCG	GRONINGEN
Terwindt	T.R.G.	Sint Maartenskliniek	LEUTH
Theeuwen	P.	Roessingh	ENSCHEDÉ
Tijtel	J.P.	Revalidatie Centrum Rijndam	SCHIEDAM
Til	T.	UMCG, Beatrixoord	EENUM
Uittenbogaard	A.	Reade	AMSTERDAM
Valent	L.	Heliomare	WIJK AAN ZEE

Valk, de	Q.J.	R.C. de Hoogstraat	UTRECHT
Vandeput	C.	UZ Leuven campus Pellenberg	PELLENBERG
Vanderlinden	W.	UZ Leuven campus Pellenberg	PELLENBERG
Vankwikelberge	C.	UZ Gent	GENT
Veenema	E.E.	UMCG	HAREN
Vegter	R.J.K.	Bewegingswetenschappen	GRONINGEN
Veldsink	H.	Blixembosch	EINDHOVEN
Verbeek	S.	Het Roessingh	ENSCHEDÉ
Verdijk	J.	St. Maartenskliniek	NIJMEGEN
Verduin	D.	Rijndam Revalidatie	ROTTERDAM
Verheijen	E.B.M.	St. Maartenskliniek	NIJMEGEN
Vermeulen	A.	UMCG, Beatrixoord	HAREN
Vermuyten	M.	UZ Leuven campus Pellenberg	PELLENBERG
Verstraeten	S.	UZ Leuven campus Pellenberg	PELLENBERG
Viaene	A.	UZ Gent	GENT
Vis, van de	W.	RC Het Roessingh	BORNE
Visser	A.	Heliomare revalidatie	WIJK AAN ZEE
Vlastuin-Hazeleger	D.J.	De Hoogstraat	UTRECHT
Vliet, van	M.M.J.	Het Roessingh	OLDENZAAL
Vogels	S.	Rijndam	ROTTERDAM
Vollbracht	E.	Reade	AMSTERDAM
Voogt	M.J.	UMCG, Beatrixoord	HAREN
Vos-van der Hulst	M.	Sint Maartenskliniek	NIJMEGEN
Vos	M.	Sint Maartenskliniek	EWIJK
Vyt	S.	Revalidatieziekenhuis Hof Ter Schelde	ANTWERPEN
Weber	M.J.G.	Het Roessingh	ENSCHEDÉ
Welp	M.	Reade	VOLENDAM
Wieringa	R.	OMCG Beatrixoord	HAREN
Wiggers	E.A.	Het Roessingh	ENSCHEDÉ
Wijnen	M.E.H.	Adelante	HOENSBROEK
Wildeboer	B.	De Hoogstraat	UTRECHT
Wind, van der	A.J.	De Hoogstraat	UTRECHT
Winkler Prins	R.S.S.	Revalidatie friesland	PATERSWOLDE
Woldring	F.A.B.	UMCG, Beatrixoord	EELDE
Wolterbeek	A.	Rijndam Revalidatie centrum	SPIJKENISSE
Woude, van der	L.H.V.	UMCG	RODEN
Wulf, de	C.	UZ Leuven campus Pellenberg	PELLENBERG
Wynants	M.A.	Adelante	LAAKDAL
Yayli	I.	Heliomare revalidatie	WIJK AAN ZEE
Zanden, van der	S.	Sint Maartenskliniek	NIJMEGEN
Zandkamp	R.J.	Het Roessingh	COEVORDEN
Zijlstra	R.	Reade	UTRECHT
Zonnevillage	L.J.	Het Roessingh	HENGÉLO
Zusterzeel	N.M.A.J.	Adelante	HOENSBROEK
Zwan, van der	S.M.	Reade	AMSTERDAM
Zwart	B.	Heliomare revalidatie	WIJK AAN ZEE

* Aanmeldingen (247) zijn verwerkt t/m 17/03/2011

Sponsors

Dit symposium komt mede tot stand dankzij een bijdrage van de:

Hoofdsponsor



Sponsors

- UMCG Centrum voor Revalidatie



Zorgpad dwarslaesie

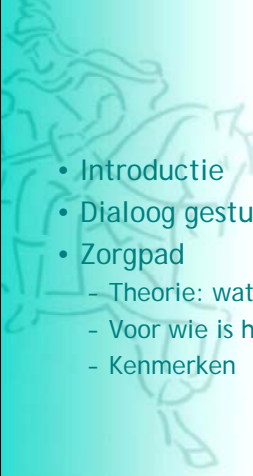
Tijn van Diemen



Zorgpad dwarslaesie afdeling Sint Maartenskliniek

Door: Tijn van Diemen,
Psycholoog

NVDG congres 2011 1



Indeling

- Introductie
- Dialoog gestuurde zorg
- Zorgpad
 - Theorie: wat is het
 - Voor wie is het zorgpad
 - Kenmerken

NVDG congres 2011 2



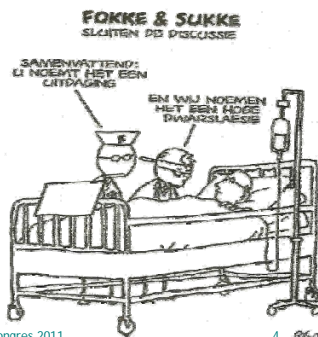
Dialooggestuurde zorg

- Definitie: ?
- Kenmerken
 - In samenspraak met de patiënt
 - Gebaseerd op de hulpvraag
 - Aanbieden van zorg/behandeling
 - Door een interdisciplinair team

NVDG congres 2011 3

Hoe doe je dit?

- Evenwicht tussen wat 'wil' de patiënt en wat 'vindt' de professional



NVDG congres 2011

4 R&T

Hoe doe je dit?

- Geen vast recept voor
- Ondersteuning door:
 - Motivational interviewing
 - Kartrekkers
 - Teamcoach (t.b.v. verpleegkundigen)

NVDG congres 2011

5

Zorgpad: wat is het

- Definitie
Een zorgpad is een verzameling van methoden en hulpmiddelen om activiteiten van de leden van het interdisciplinaire team op elkaar af te stemmen en taakafspraken te maken voor een specifieke patiëntenpopulatie. Het is een concretisering van een behandelprogramma met als doel kwalitatieve en efficiënte zorgverlening te verzekeren.

NVDG congres 2011

6



Zorgpad: wat is het

- Of te wel:

Wie doet wat wanneer

NVDG congres 2011 7



Zorgpad: wat is het

- Het zorgproces/behandelproces wordt ingedeeld in 5 fasen:
 - Intakefase
 - Diagnostische fase
 - Behandelfase
 - Ontslagfase
 - Nazorgfase

REVALIDATIEPROCES



NVDG congres 2011 8



Leden van de stuurgroep

- Fysiotherapeut
- Ergotherapeut
- Team coach
- Verpleegkundig specialist
- Manager
- Psycholoog
- Beleidsmedewerker
- Revalidatiearts (als adviseur)

NVDG congres 2011 9

Voor wie is het zorgpad?



Doelgroepen

- Patiënten met:
recent verworven dwarslaesie, multi-trauma,
multiple sclerose, Guillian Barré, conus
caudalaesie, spina bifida, herrevalidatie

Exclusiecriteria

- Opname-indicatie volgens decubitus protocol
- Opname-indicatie volgens oncologie protocol
- Opname-indicatie Intrathecale Baclofen therapie (ITB)
- Opname-indicatie ambulante UDO

NVDG congres 2011

10

Kenmerken: Intakefase



- Intake in het ziekenhuis door verpleegkundige
- Verzamelen van de noodzakelijke informatie

NVDG congres 2011

11

Kenmerken: Diagnostische fase



- Verdeling activiteiten over 2 weken
 - Anamneses
 - Onderzoek / diagnostiek alle disciplines
 - Handenvisite
 - Rolstoel check (dag 2)
- Afspraken over klinimetrie
- Patiënt informeren over
 - dialooggestuurde zorg
 - modulair werken

NVDG congres 2011

12

Kenmerken: Diagnostische fase

- Hulpvraag inventariseren + mogelijke modules bespreken
- Start basismodule

- Doel intake + diagnostische fase:
 - Patiënt een behandelplan aanbieden na 2 weken opname in het 1^e MDP

Kenmerken: behandelfase

- Start met multidisciplinair patiënten overleg (MDP)
- Belangrijke onderdelen MDP:
 - Vaststellen hulpvraag + modules
 - Vaststellen verwacht eindniveau klinische fase = revalidatiedoel
 - Indicatie huisbezoek
 - Vaststellen ontslagdatum

Kenmerken: behandelfase

- Eindigt 2-3 weken voor ontslagdatum met lang weekend voor patiënt
- Afspraken klinimetrie

Kenmerken: ontslagfase

- Start met MDP
- Belangrijke onderdelen MDP:
 - Evaluatie lang weekend (indien van toepassing)
 - Tijdelijke voorzieningen
 - Revalidatieadvies na klinisch ontslag
 - Items indien patiënt in doorloop RDB gaat

Kenmerken: ontslagfase

- Start module voorbereiding ontslag uit klinische fase waaronder
 - Voorlopige voorzieningen regelen
 - Aanmelden vervolgbehandeling en overdracht (iedere discipline)
 - Ontslaggesprek door verpleegkundig contactpersoon en verpleegkundig specialist

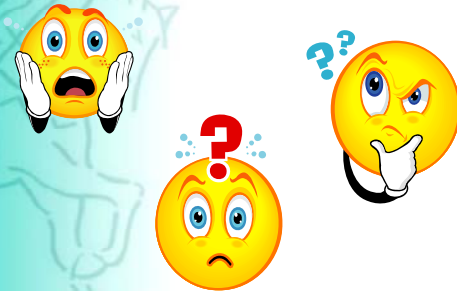
Kenmerken: Nazorgfase

- Gestandaardiseerde poliafspraken bij zowel verpleegkundig specialist als bij revalidatiearts
- Na 3 jaar instroom in multidisciplinaire dwarslaesie poli
- Start 2011 multidisciplinaire spina bifida poli

Evaluatie

- Interviews door projectleider
- Patiënt tevredenheidsonderzoek
- Focus gesprekken

Vragen??



Revalidatie op maat: modulaire aanpak

Annemie Spooren



adelante
haal het beste uit jezelf

**REVALIDATIE OP MAAT:
MODULAIRE AANPAK**

Spooren, AIF(PhD); dwarslaesieteam Adelante Hoensbroek

volwassenenrevalidatie | kinderrevalidatie | audiologie | special onderwijs | arbeidsreintegratie

Overzicht

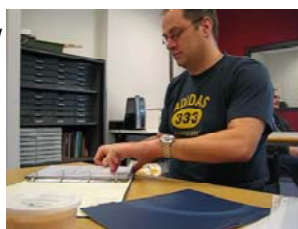
- Inleiding
- Probleemstelling
- Modulaire aanpak
- Beoogde resultaten
- Discussie



Inleiding(1)

Patiënten

- Toenemende incidentie/prevalentie SCI
- Ouder wordende populatie
 - Veranderende noden
 - Toenemende vraag naar therapie



Inleiding(2)

Therapie

- Hoeveelheid:
 - Alles-omvattend
 - Veel therapie
 - Lang revalidatieverblijf
 - Hoge revalidatie kosten
- Inhoud:
 - Niet alle getrainde activiteiten gebruikt in praktijk
 - Aantal activiteiten niet getraind

=>mismatch tussen vraag en aanbod



Tendenzen in revalidatie van SCI

Algemeen

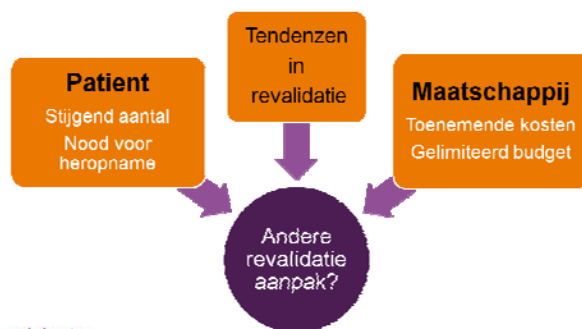
- ALL-INN revalidatie pakket
- Lang revalidatieverblijf
- ICF Functie niveau
- Algemene training

Recente ontwikkelingen

- Cliëntgerichte revalidatie
- Individual goal setting (Siegert 2004, Duff 2004)
- Verkorten van revalidatieverblijf
- !! ICF activiteiten en participatie niveau
- Training tasks (Shumway-Cook 2007)
- Specificiteit van training (Spooren et al 2009)
- Context

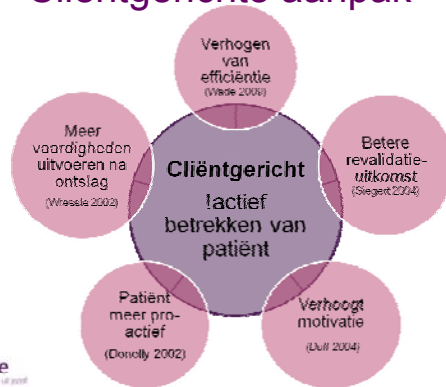


Probleemstelling



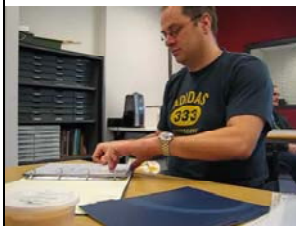
Cliëntgerichte modulaire aanpak

Cliëntgerichte aanpak



Identificeren van persoonlijke doelen

=>Andere doelen dan standaard programma:



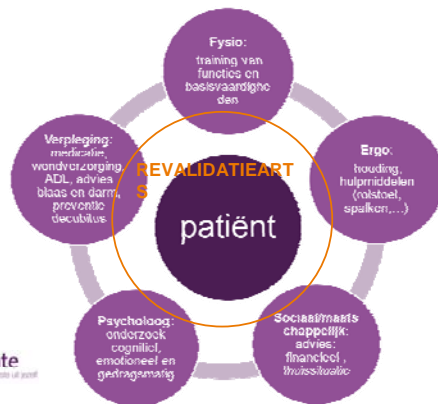
- Wat is **BELANGRIJK** voor patiënt
- Ingaan op **VERANDERENDE** noden
- Stimuleert **INTER-** en **TRANS**disciplinair teamwerk

Modulaire aanpak: fases

- Basis revalidatiefase
 - Gemobiliseerde patiënt met stabiele autonome functies
- Vroege thuisfase
 - Ervaren van specifieke noden
- Modulaire revalidatiefase
 - Gebaseerd op specifieke individuele doelstellingen van patiënt



Basis revalidatiefase



Vroege thuisfase

- Stabiele autonome functies
- Veilige thuisomgeving
- Organisatie verzorging
- Nodige voorzieningen/hulpmiddelen
~dagelijks functioneren
 - => afspraken met gemeente/zorgverzekeraar:
huren van materiaal vanuit centrum
- =>ervaren van specifieke noden

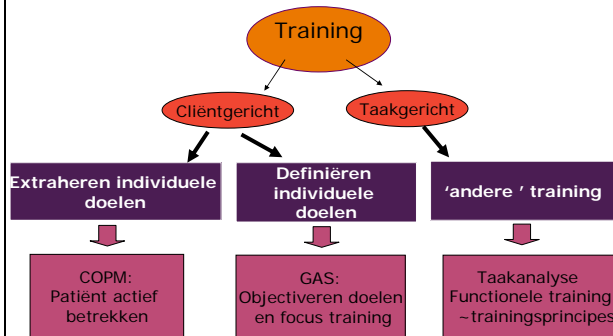


Modulaire revalidatie fase

- Mobiliteit
- Zelfverzorging
- Arm-hand-functie
- Regulatie van autonome functies
- Werk/ontspanning
- Complicaties: NHO, decubitus, pijn
- Psychosociaal



Module: arm-handvaardigheid





COPM

Meest belangrijke problemen	Voor training	
	Score Uitvoering	Score Tevredenheid
Broek dichtdoen	5	3
Haren opsteken	1	1
Make-up aanbrengen	1	1
Zelfstandig glas wijn kunnen drinken	5	4
Geld hanteren	5	3
Gemiddelde score	3.4	2.4



Goal Attainment Scale(GAS) (Kirisuk 1994)

	Doel 1	Doel 2	Doel 3
	Broek dichtdoen		
+2: veel beter dan verwacht	Stretch jeans in 30"		
+1: beter dan verwacht	Stretch jeans in 1'		
0: verwachte uitkomst	Stretch jeans zonder tijdslimiet		Door experten team
-1: minder dan verwacht	Brede jeans in 1'		
-2: veel minder dan verwacht	Brede jeans met grote knopen onafhankelijk		



Training fysiologie



Motorisch leren



Training

- Individueel training programma
- 8 weken
- 3x/week
- 90 min/dag



!! interdisciplinair
!! Therapeut = coach



GAS

Voor

Na

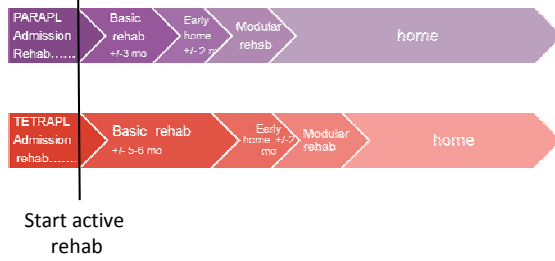


Modulaire revalidatiefase

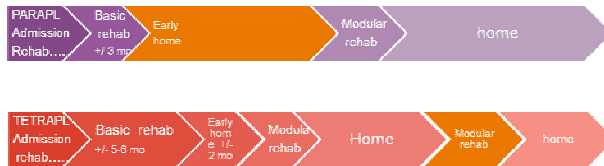
- Poli-controle: terugkomdag
- Identificatie van individuele noden: COPM
- Bepalen van revalidatiedoelen:
 - patiënt~team
- Revalidatie plan:
 - Welke doelen:
 - Lengte van revalidatie
 - Welke disciplines



Traject

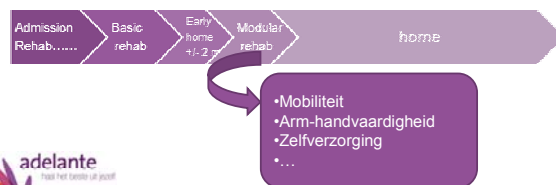


Verschillende patronen



Modulaire aanpak

- In tijd:
 - verschillende fases
 - die opnieuw kunnen doorlopen worden
- Inhoud:
 - Modules: op basis van noden van patiënt





adelante
haal het beste uit jezelf

Beoogde resultaten

volwassenenrevalidatie | kinderevalidatie | audiologie | special onderwijs | arbeidsreintegratie



Revalidatie-uitkomst

- Effectiviteit van verschillende onderdelen is aangetoond (cfr. Koepelproject)
- Haalbaarheid van modulaire therapie is aangetoond (ToCUEST, Spooren et al.2010)
- =>gelegitimeerd om deze aanpak te doen



adelante
haal het beste uit jezelf

Potentieel effect: patiënt

- Verbetering van specifieke noden
- Meer tevredenheid van patiënt
- Verbetering QOL
- Meer autonomie
- Vluggere re-integratie in maatschappij



adelante
haal het beste uit jezelf

Potentieel effect: maatschappelijk

- Kortere opnametijd
- Reductie therapiehoeveelheid
- Reductie van medische kosten
- Maatschappelijke winst:
 - Reductie van reisafstand voor familie
 - Betere re-integratie
 - ...



Discussie

volwassenrevalidatie | kindrevalidatie | audiologie | speciaal onderwijs | arbeidsreintegratie

Veranderingen voor het team

Andere revalidatiesetting en aanpak
Multi- => INTER- of TRANS disciplinair teamwork
Creativiteit
Dilemma: revalidatie tot HOOGSTE niveau versus revalidatie van wat BELANGRIJK is voor patiënt?? =>mentaliteitswijziging



Valkuilen

Early home fase:

- ! Opvolgen van complicaties
- E-health??

Klant is koning? => **dialogoog**



Toekomst

- Kost-effectiviteitsstudie
- Uitbouwen van verschillende modules



Dank je wel!

- Aan het hele dwarslaesieteam
- Aan de patiënten
- Voor jullie aandacht



www.adelante-zorggroep.nl



Klinische implicaties van cliëntgerichte aanpak

- **Client-centred** therapy:
 - Active involvement of patient in the goal setting
 - Use of instrument
 - **Different goals** \leftrightarrow standard program
- **Advantages:**
 - Motivation
 - Acquisition and maintenance of skills
 - Multidisciplinary work
 - Might reduce inpatient stay



Advantages: modular therapy

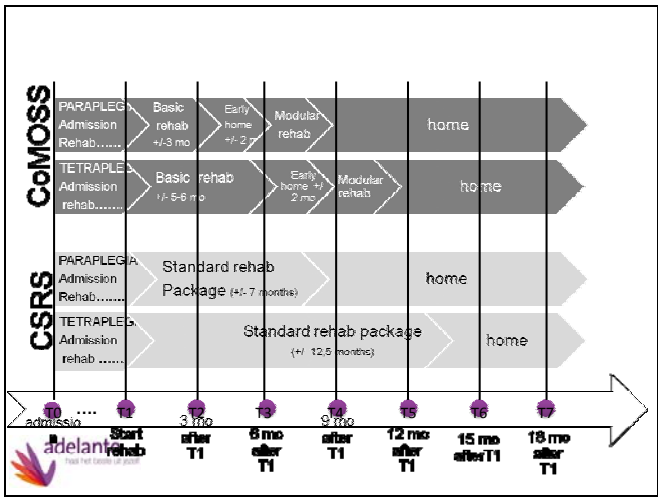
- **Shorten** inpatient stay
- Possibility for **re-admission**
- **Changing needs**
- Stimulate multi/interdisciplinary **teamwork**



introduction overview concept clinical application evaluation discussion

Take home messages





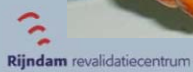
Mobiel dwarslaesieteam

Dorien Spijkerman

Mobiel dwarslaesieteam

Dorien Spijkerman
Revalidatiearts

Namens de projectgroepbestaande uit: Marinca de Beer, Ad Wolterbeek,
Henk den Besten, Francien Timmer en Dorien Spijkerman





Casus: hr M 69 jaar

- 08-09-2010 traumatische dwl C4,
- Van 8-9-2010 tm 21-01-2010 opname ErasmusMC (IC en neurochir) gecompliceerd beloop
- Van 21-01-2010 t/m 26-01-2010 opname in Maasstad ZH ivm ITB-pomp plaatsing
- Van 26-01-2010 t/m 2-2-2010 opname VPH
- Op 02-02-2010 opname in Rijndam: Bij opname hoge dwarslaesie, **maar ook:** decubitus, dubbelzijdige onderbeenamputatie, irreversibele contracturen van handen.

Rijndam revalidatiecentrum

Casus: hr V 40 j

- Dwarslaesie C5 sinds juli 2003, sinds aug 2004 thuis
 - decubitus sinds 2008,
 - MRSA
 - Dec 2009 plast chir OK
 - dec 2009- febr 2010 opname in VPH
 - Nadien weer wond waarvoor nieuwe zwaailap en nu opname kliniek

Rijndam revalidatiecentrum

De cijfers: incidentie

- 150 traumatische dwarslaesies
- 150 dwarslaesies overige oorzaken
- 1770 oncologische dwarslaesies



(Pangaila, Spinal Cord 2000)

Opnames kliniek Rijndam

	2009	2010
• Dwarslaesie T6 of> :	36	53
• Dwarslaesie <T6 :	36	39
• <u>Dwarslaesie en decub:</u>	<u>6</u>	<u>9</u>
• Totaal	77	91



De cijfers: adherentie Rijndam

- 4.100.000 inwoners:
 - Kernregio: groot R'd+ ZH eilanden (hoge en lage dwl). [EMCR](#), [Maasstad ZH](#), [Albert Schweitzer ZH](#), [RdGG](#)
 - Suprareginaal: Zeeland, West-Brabant en Zuid-Holland tot regio Leiden (hoge dwl)
[LUMC](#), [MCHaaglanden](#), [Leyenburg ZH](#), [Elisabeth ZH](#)

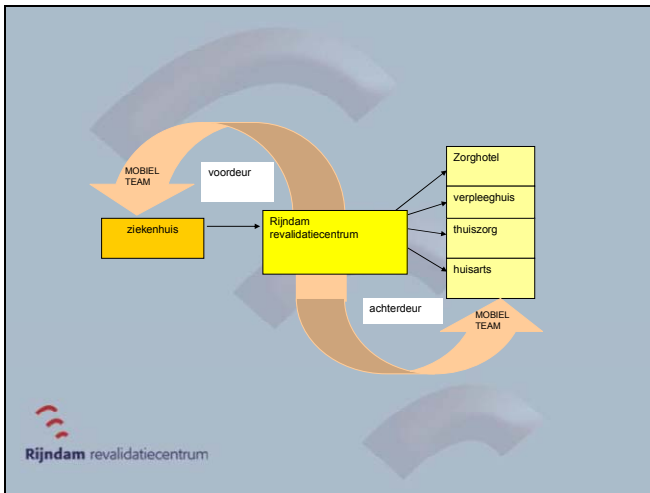
project

- Opzetten projectgroep, maken draaiboek
- Afspraken met ketenpartners
- Definiëren doelgroep, indicaties
- Beschrijven procedures/logistiek
- Bespreking met zorgverzekeraars
- Pilot
- Evaluatie



Mobiel dwarslaesieteam

- Doel: gerichte, hooggespecialiseerde revalidatiezorg (advies en interventie) bieden aan patiënten met een dwarslaesie m.n. op de locaties van ziekenhuizen, verpleeghuizen, en bij patiënten thuis.



aantal trajecten	voordeurtraject	RA		ft of et		vp		ondersteunen d alleen indirect	opmerking
		dir.	indir	dir.	indir	dir.	indir		
8	aanmelding		15					1-2 uur	initiele tijd voor alle aanvragen
2	1 tel. advies		15		30		15		in principe alle combi's van disciplines mogelijk
2	>1 tel. adviezen		30		30		30		
2	1 ziekenhuisbezoek + 1 advies	30		30	15	30			
1	1zhs bezoek + >1 tel advies	30	15	30	15	30	15		
1	>1 ziekenhuisbezoek + >1 advies + vervolgbezoeken	>60		>30		>60			

aantal trajecten	achterdeurtraject	RA		ft en/of et			vp		ondersteuning alleen indirect	opmerking
		dir.	indir	dir.	indir	dir.	indir			
6 a 7	aanmelding		15					1-2 uur	initiele tijd voor alle aanvragen	
2	1 tel. advies		15						in principe alle combi's van disciplines mogelijk	
	> 1 tel. adviezen		30							
2	1 locatiebezoek met 1 advies	30		60 et	15 et					
1	1 locatiebezoek + > 1 tel. advies	30								
1-2	> 1 locatiebezoek	1x30		1x60 et	1x30 et		>1x30			
	> 1 locatiebezoek + >1 tel. advies									

Voorwaarden gerealiseerd

- Overleg partners/ZH, VPH
- E-mailadres:
mobieldwarslaesieteam@rijndam.nl
- Formulier verslaglegging
- Registratie tijd en reistijd (TRS)

PILOT

- 2 voordeurtrajecten:
 - 2x minimaal RA, FT, ET
- 4 achterdeur trajecten:
 - 1x RA, VPK locatie bezoek
 - 1x RA, FT en/of ET locatiebezoek
 - 2x tel contact 1 of> keer door RA en/of VPK

Dhr D, 45 jaar MMC met hydrocephalus

- VG:
 - Recidiverend decubitus waarvoor uiteindelijk in 2000 heupexarticulatie rechts voor een filelap, defect niet gesloten en aansluitend opgenomen gelegen op kba 3 gedurende 2 jaar en 2 maanden!
- Huidige probleem:
 - wederom een fors defect van de stuit,
 - hij heeft nog een bed / matras / rolstoel / kussen van ongeveer 8 jaar geleden
 - wil niet klinisch revalideren

Dhr D

- Er is stoma geplaatst om ontlasting uit de wond te houden
- Necrotomie met enige tijd nadien zwaailap

Dhr D

- Vraag revalidatiearts perifere ziekenhuis:
 - check rolstoel en kussen, ev optimaliseren waar nodig
 - Zodat hij als mag mobiliseren in ieder geval goede voorzieningen heeft.
 - Gesprek met pt om eventueel toch te overtuigen van nut klinische opname

Dhr D

- **Actie:** bezoek revalidatiearts en ergotherapeut van mobiel dwarslaesieteam, consult samen met revalidatiearts SFG
- **Resultaat:** patiënt overtuigt van klinische opname voor mobilisatie met afspraak dat bij opname de ontslagdatum vastgesteld wordt.

Mw V.

- VG:
 - Baarmoeder Ca 1983 met RTX waardoor paraparese
 - Fistel rectum → vagina
 - 2 nefrodains
- Huidige probleem:
 - Sinds 8 jaar decubitus
 - Erg mager

Mw V.

- Slaapt op luchtwissel matras
- Wondjes blijven laatste tijd redelijk stabiel
- Patiente heeft bijvoeding
- Patiente vind sociale leven erg belangrijk, zit overdag op op ROHO kussen

Mw V.

- Vraag huisarts en thuiszorg:
 - Zijn er nog mogelijkheden om wond dicht te krijgen?
 - Geven we optimale zorg?



Mw V.

- **Actie:** mail contact waarbij foto's worden gestuurd, daarna nog telefonisch contact en huisbezoek
- **Resultaat:** 1e lijnzorg
 - is gesteund in huidig beleid
 - weet welke andere behandel opties er zijn

Evaluatiepunten

- Werkwijze
- ondersteunende processen
- Vraag en capaciteit
- *financiële uitwerking*
- *haalbaarheid structurele invoering*
- tevredenheid patiënten/aanvragers

Discussie

- Andere werkwijzen?
- Adviezen?
- Ervaringen keten DBC?

Eigen regie

Jacqueline Leenders

Revalidatiecentrum
De Hoogstraat

Eigen regie

Evellen Schipperen, verpleegkundige
Jacqueline Leenders, ergotherapeute



Revalideren Werken Onderzoeken Samenwerken

Eigen regie, meer dan een training



Wat betekent eigen regie?

- ▶ Film Gijs, 18 jaar

Wat dan meer?

- ▶ Training Eigen Regie
- ▶ Training personeel De Hoogstraat
- ▶ Visie
- ▶ Grenzen verleggen
- ▶ Misverstanden over Eigen regie

Training Eigen regie

- ▶ Training binnen de revalidatie
- ▶ Medetrainer is zelf ervaringsdeskundig
- ▶ Sinds 4 jaar
- ▶ Nu de 9^e groep gedraaid
- ▶ Interactief
- ▶ Praktisch oefenen in communicatie, wat wil ik? Waar ben ik goed in en kan ik dat nu inzetten?
- ▶ Enthousiaste 'recensies' van revalidanten
- ▶ Film: in mijn dromen loop ik.

Training personeel

- ▶ Iedereen doet mee, van directeuren tot baliemedewerkers, therapeuten, verpleging, technische dienst.
- ▶ Nu voor alle nieuwe medewerkers 1x per jaar
- ▶ Welkom heten, luisteren en aansluiten

Oude visie



visie

- ▶ Twee jaar geleden aantal 'stroeve' revalidaties.
- ▶ Communicatie in het team was niet optimaal.
- ▶ Teruggaan naar de kern is vastgelegd in een nieuwe visie.
- ▶ Overlegvormen aangepast.
- ▶ Visie gebruiken in de hele revalidatie.

Nieuwe visie

**De revalidant
ondersteunen
zijn leven weer
op te pakken.**

Grenzen verleggen

- ▶ Revalidanten geven aan dat zij de revalidatie als meest waardevol ervaren als zij grenzen over zijn gegaan die zij niet voor mogelijk hielden.
- ▶ Via de geleidelijke weg van mogelijkheden ontdekken, naar steeds meer zelf bepalen van doelen.
- ▶ Maar ook uitdagingen: werkweken, maatschappelijke activiteiten. En de boodschap is steeds: je bepaalt als revalidant of je meedoet, maar je hebt er iets te halen, dus mis het niet.

misverstanden

- ▶ Loop ik de hele dag te onderhandelen?
- ▶ De zorg wordt onuitvoerbaar doordat revalidanten toch maar doen wat ze zelf willen.
- ▶ Is alleen maar een term, maar uiteindelijk bepalen de professionals toch.
- ▶ Valkuil is dat revalidanten niet meer alles eruit halen, omdat ze vooraf afhaken of omdat zaken niet meer aangeboden worden. (aankleden in de stoel)

resultaten

- ▶ Open werksfeer voor personeel en revalidanten.
- ▶ Uitstekende revalidant enquêtes laatste jaar. Vooral de inbreng in de behandeling, serieus genomen worden, bejegening, meebeslissen over de behandeling, deskundigheid, goed voorbereid op het leven thuis wordt in stijgende cijfers afgelopen 2-3 jaar gewaardeerd!
- ▶ Stroeve revalidaties worden hanteerbaar.

Ervaringsdeskundigen

Reda Haouam



Ervaringsdeskudigen binnen Reade

Reda Haouam
25 maart 2011



Individuele gesprekken



Individuele gesprekken (vervolg)



Module Transfers



Bij individuele Fysiotherapie behandeling



Module Handfunctie



Module Handfunctie (vervolg)



Opleiding tot Ervaringsdeskundige





Handchirurgie

Govert Snoek, Jocelyne Oostendorp, Maaïke Scheggetman



Institute for Research in Rehabilitation, Medicine and Technology


Arm-hand chirurgie bij tetraplegie

Dr. Govert Snoek, revalidatiearts
Jocelyne Oostendorp fysiotherapeut
Namens Tetrahandteam
Dwarslaesieafdeling
Revalidatie centrum het Roessingh
Enschede
Nederland




Het Roessingh
centrum voor revalidatie

NVDG Symposium 26-3-11 Groningen © Tetraplegie hand-arm team Roessingh_MST

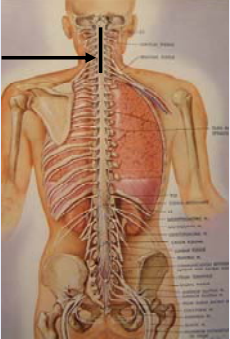



presentatie


- Kort overzicht behandeling tetrahand
- Wat kan met chirurgie
- Resultaat tevredenheid onderzoek
- Waarom zo weinig benut
- Verbeterslagen
- Primeur....



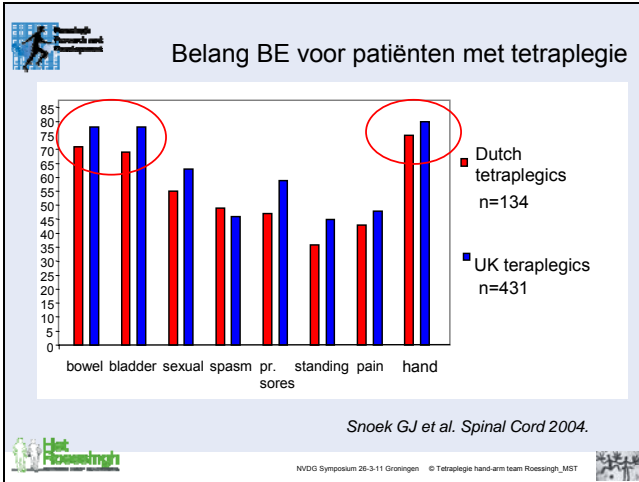
NVDG Symposium 26-3-11 Groningen © Tetraplegie hand-arm team Roessingh_MST



- Functiestoornis BE
- Effect op ADL (on-) afhankelijkheid:
 - C4:-
 - C5: +/- -
 - C6: +/-
 - C7: ++/-
 - C8: +



NVDG Symposium 26-3-11 Groningen © Tetraplegie hand-arm team Roessingh_MST



Therapie BE bij tetraplegie

- √ Acute fase (ZH)
- √ Sub acute fase (RC)

} •Voorkomen/behandelen complicaties
•Optimale functie & functionaliteit
•Optimale voorwaarden

- √ Reconstructieve fase

□ •Verbetering functies/vaardigheden

Murphy & Chuiard. Hand Clinics 1998





Therapie BE bij tetraplegie

- √ Acute fase (ZH)
- √ Sub acute fase (RC)

} •Voorkomen/behandelen complicaties
 •Optimale functie & functionaliteit
 •Optimale voorwaarden


- √ **Reconstructieve fase**

□ •Verbetering functies/vaardigheden







Murphy & Chuiard. Hand Clinics 1998

Initiële → Reconstructieve fase



- Operatie + Revalidatie
- Na afgeronde initiële therapie
- Patiënt neurologisch en algeheel stabiel




- Positioneren/stabiliseren arm
- Maximaal 1 of 2 functionele grepen



NVDG Symposium 26-3-11 Groningen © Tetraplegie hand-arm team Roessingh_MST

- C4:-
- C5: +/- -
- C6: +/-
- C7: ++/-
- C8: +




NVDG Symposium 26-3-11 Groningen © Tetraplegie hand-arm team Roessingh_MST

- ~~C4:-~~
- C5: +/- -
- C6: +/-
- C7: ++/-
- (C8: +)

Polsex tensie (C6)
EB extensie (C7)
Handgrepen (C8)

Handgrepen
Handgrepen



NVDG Symposium 26-3-11 Groningen © Tetraplegie hand-arm team Roessingh_MST



Functionele doelen

- Papier hanteren
- Laden openen
- Bord in magnetron zetten
- Thee zetten
- Korte aantekeningen maken



NVDG Symposium 26-3-11 Groningen © Tetraplegie hand-arm team Roessingh_MST



- Tijdens voordracht korte film presentatie



NVDG Symposium 26-3-11 Groningen © Tetraplegie hand-arm team Roessingh_MST



Long Term Patient Satisfaction After Upper Extremity Surgery to Improve Arm-Hand Function in Tetraplegia


JH Jaspers Focks
GJ Snoek, HJ Bongers, AV Nene

Accepted Spinal Cord




NVDG Symposium 26-3-11 Groningen © Tetraplegie hand-arm team Roessingh_MST






- 39/55 part. (70.9%)
- 44 armen
- 22 r, 12 l, 5 bdz


AIS	C3	C4	C5	C6	C7	C8
A	1	1	12	10	4	
B			1	3	1	
C	1	1		1		
D			1	1		1




NVDG Symposium 26-3-11 Groningen © Tetraplegie hand-arm team Roessingh_MST



- Verbeterd functioneren 80.6%
- Tevredenheid 73.5%
- Activiteiten 67.6%
- Beroep 35.0%




NVDG Symposium 26-3-11 Groningen © Tetraplegie hand-arm team Roessingh_MST




Voorbeelden activiteiten↑


- Hanteren bestek
- Pakken voorwerpen
- Schrijven
- Computer bedienen
- Rolstoel rijden
- Huishouden doen
- Koken
- ...



NVDG Symposium 26-3-11 Groningen © Tetraplegie hand-arm team Roessingh_MST



- Resultaten = aan eerdere studie uit VS (Stroh Wuolle et al).
- Significant positieve correlatie tussen tevredenheid en verbetering in activiteiten en beroeps uitoefening
- Resultaten meten op niveau van activiteiten en participatie



NVDG Symposium 26-3-11 Groningen © Tetraplegie hand-arm team Roessingh_MST





Opnieuw operatie?

- Elleboog extensie 35% niet meer
- Hand/pols operatie 23% niet meer
 - Beide: geen verbetering in activiteiten/beroep
- Verklaring?
 - Geen effect?
 - Te hoge verwachtingen?
 - Former-Cordero et al: '57.2% expected better results'
Former-Cordero I et al. Spinal Cord 2003 ; 41 : 90-96




NVDG Symposium 26-3-11 Groningen © Tetraplegie hand-arm team Roessingh_MST



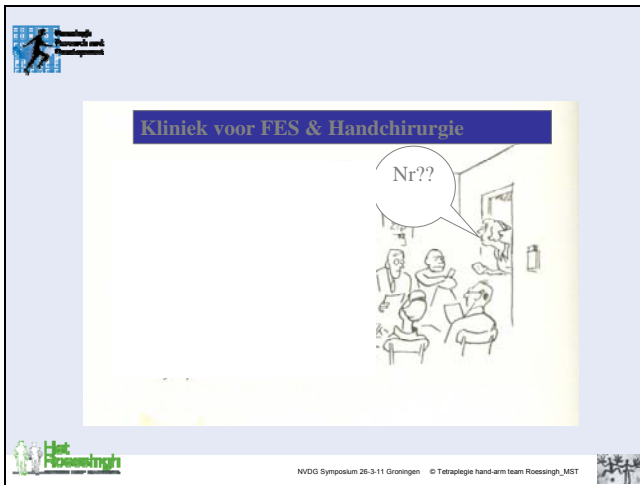


Kliniek voor FES & Handchirurgie

Nr 24



NVDG Symposium 26-3-11 Groningen © Tetraplegie hand-arm team Roessingh_MST



Weinig gebruik mogelijkheden voor chirurgie

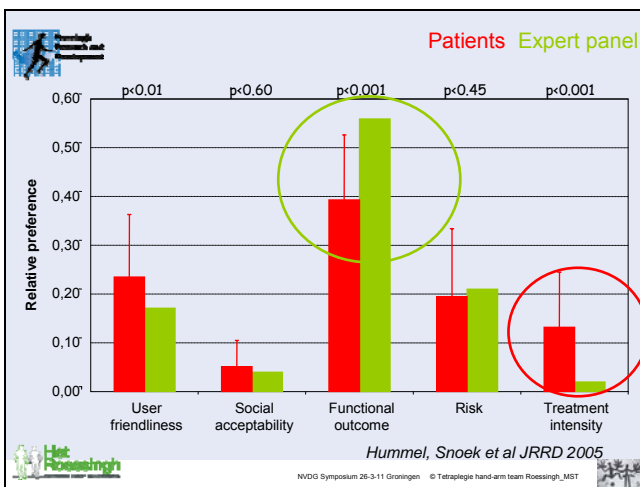
- Onbekend bij patiënten/professionals; twijfel over effectiviteit
- Nieuw Zeeland:
 - 59% van groep ptn. onderzocht voor chirurgie (26 van 44) geopereerd
 - Hoog tov andere landen (7% in US)
 - Geconcentreerde zorg (4 milj pers; 2x SCI)
 - Professionals op de hoogte
 - In patient program ("modelling")
 - Minder bij Maoris en vrouwen
 - ? Cultureel; gender: vrouwen minder bereid voor operatie
 - "Further study underway"

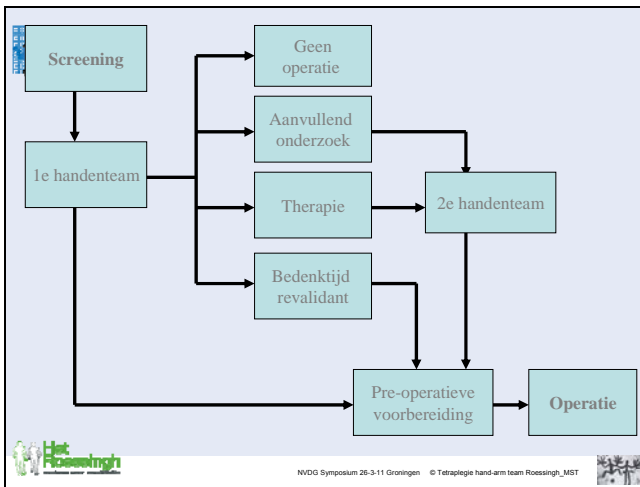
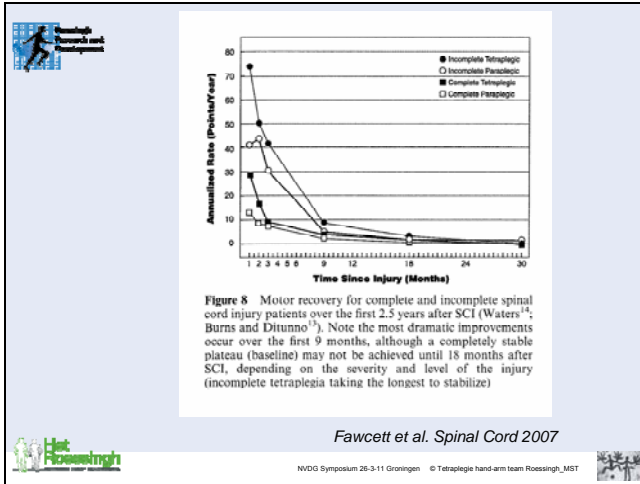
Dunn et al Spinal Cord 2010


- **Intensiteit therapie**

Logo: Het Roessingh

NVDG Symposium 26-3-11 Groningen © Tetraplegie hand-arm team Roessingh_MST










Postoperatief traject Opbouw behandeling

- Bescherming & wondgenezing
- Voorkomen adhesies
- Muscle setting → actief functioneel bewegen
- Functionele doelen, anders handelen


- **Week 1-3; 4-6; 6-12 : therapie**
- **Week 13-52 : dagelijkse praktijk**





NVDG Symposium 26-3-11 Groningen © Tetraplegie hand-arm team Roessingh_MST 



- Verbeteringen in proces mogelijk?





NVDG Symposium 26-3-11 Groningen © Tetraplegie hand-arm team Roessingh_MST 

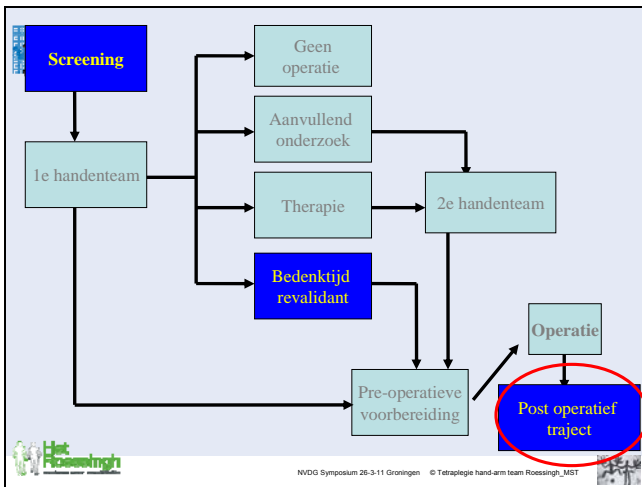
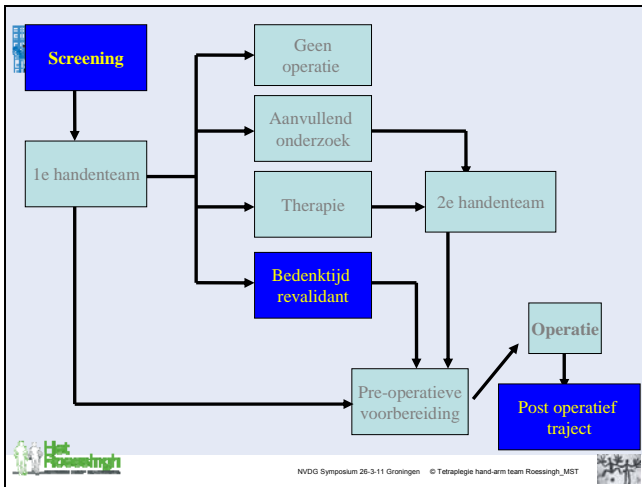


Uitgangspunten

- Blijft intensieve behandeling
- Zo veel mogelijk dicht bij patiënt
 - 1-e beoordeling
 - Post ok traject
- Gecentraliseerd waar nodig
 - Definitieve indicatie
 - Operatie
 - Start nabehandeling
 - Controles
- Voorlichting



NVDG Symposium 26-3-11 Groningen © Tetraplegie hand-arm team Roessingh_MST 



post-operatieve behandeling bij tetraplegie

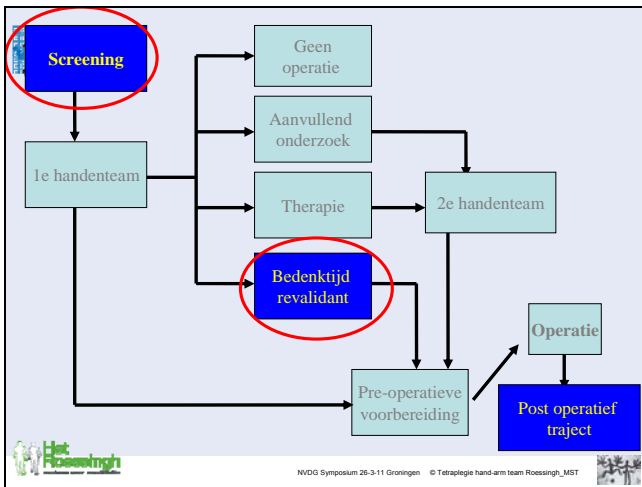
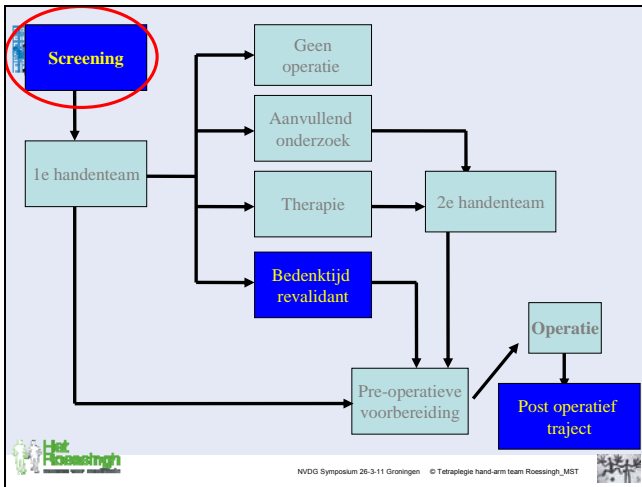
- Nieuwe ontwikkelingen:
 - Snelle start OT
 - Snel ambulantly
 - Eigen regio
 - Overdracht: protocol/film-foto's
 - Controle RCR

Relative preference

Hummel, Shook et al. JPRD 2005

Logo: Het Roessingh

NVDG Symposium 26-3-11 Groningen © Tetraplegie hand-arm team Roessingh_MST





 Presentatie web site:
www.neurohandchirurgie.nl

Het Roessingh
 NVDO Symposium 26-3-11 Groningen © Tetraplegie hand-arm team Roessingh_MST

Spasticiteit bovenste extremiteit en intrathecale baclofenpomp

Annick Viaene



Literatuurgegevens

Definitie : upper motor neuron letsel
verhoogde spiertonus
verhoogde spierweerstand bij passieve mobilisatie
spontane spasmen
hyperreflexie en pathologische reflexen

Evaluatie : gemodificeerde Ashworth schaal (MAS)
spasme-schaal
clonus schaal
EMG registratie
biomechanische metingen (torsiekrachten)
evalueren van functie (FIM, Barthel index)

Frequentie problematische spasticiteit : tussen 12% en 40%

KLINISCHE PRESENTATIE

verhoogde weerstand bij passief bewegen van arm of been
Verhoogde peesreflexen
Clonus

Positieve tekens

- Hyperreflexie
- hypertonie
- Pathologische reflexen
- Clonus
- Spasmen
- Autonome hyperreflexie

Negatieve tekens

- Parese
- Paralyse
- Coördinatieproblemen
- Snelle vermoeidheid
- Pijn
- gewrichtsaandoeningen

KLINISCHE PRESENTATIE

Spasticiteit verschilt naargelang de lokalisatie

van het letsel : → medullair
→ hersenstam
→ cerebraal

We herkennen spasticiteitspatronen

KLINISCHE PRESENTATIE

Medullaire letsels :

- Slappe plegie bij spinale shock
- Fasische en tonische spasticiteit
- Uit te lokken door externe stimulie / houding
- Knipmesfenomeen
- Beter na mobilisatie
- Autonome hyperreflexie

KLINISCHE PRESENTATIE

Spasticiteit moeten we onderscheiden van

Rigiditeit	Onvrijwillige, bidirectionele niet-snelheidsafhankelijke weerstand op beweging
Clonus*	Zelf-onderhoudende oscillerende bewegingen die secundair aan hypertoniciteit zijn
Dystonie*	Onvrijwillige aanhoudende contracties die resulterende in gedraaide, abnormale houdingen
Athetotisch bewegen	Onvrijwillige, onregelmatig verlopende wringende bewegingen
Chorea	Onvrijwillige, abrupte, snelle, onregelmatige en niet-aanhoudende bewegingen
Ballisme	Onvrijwillige gooierende bewegingen van de ledematen of het lichaam
Tremor	Onvrijwillige ritmisch optredende oscillaties, niet zelf-onderhoudend

Evaluatie en metingen

Beoordeling van spasticiteit

Ashworth-schalen ^{1,2}	Ashworth-schaal		Gemodificeerde Ashworth-schaal (mAs)	
	Score	Criteria	Score	Criteria
<ul style="list-style-type: none"> • Meet de weerstand op passief onvrijwillig bewegen • Er wordt alleen een gemiddelde score voor de onderste extremiteit berekend <ul style="list-style-type: none"> – De bovenste extremiteit wordt beoordeeld, maar niet inbegrepen in de gemiddelde score • Een score van 3 of hoger wordt meestal beschouwd als ernstig 	1	Geen tonusverhoging	0	Geen verhoging van tonus
	2	Lichte verhoging van tonus, wat een rem oplevert als naar flexie of extensie bewogen wordt	1	Lichte verhoging van spiertonus, een rem en loslaten, of door minimale weerstand aan het eind van de bewegingsuitslag als het betrokken deel naar flexie of extensie bewogen wordt
	3	Duidelijkere verhoging van tonus, maar de betrokken delen kunnen eenvoudig geflecteerd worden	1+	Lichte verhoging van spiertonus, een rem, gevolgd door minimale weerstand bij de rest (minder dan de helft) van de ROM
	4	Aanzienlijke verhoging van tonus; passief bewegen moeilijk	2	Duidelijkere verhoging van de spiertonus tijdens het grootste deel van de ROM, maar het betrokken deel kan eenvoudig bewogen worden
	5	Betrokken delen rigide bij flexie of extensie	3	Aanzienlijke verhoging van spiertonus; passief bewegen moeilijk
			4	Betrokken delen rigide bij flexie of extensie, contractuur

1. Ashworth 1964
2. Bohannon & Smith 1987

Spasmeschaal

Spasmeschaal ¹	Score	Criteria
<ul style="list-style-type: none"> • Wordt gebruikt om de spasme frequentie te kwantificeren • Meet het aantal spasmes per uur • Matige score: 2-3 • Ernstige score: 4 	0	Geen spasmen
	1	Geen spontane spasmen (behalve bij sterke stimulatie)
	2	Incidentele spontane spasmes en eenvoudig op te wekken
	3	>1 maar <10 spontane spasmes per uur
	4	>10 spontane spasmes per uur

1. Perrin et al 1989

Clonusschaal

Clonusschaal ¹	Score	Criteria
<ul style="list-style-type: none"> • Wordt getest bij de enkel door snelle passieve dorsaalflexie van de voet door een onderzoeker <ul style="list-style-type: none"> – Abnormale respons: regelmatige, oscillerende beweging van de enkel in herhaalde plantairflexie en dorsaalflexie • De contractieherhalingen worden geteld als clonusslagen <ul style="list-style-type: none"> – Men neemt aan dat het de alternatieve activering van de rekreflex door afwisselend antagonist- en antagonistspieren rond het gewricht weerspiegelt 	0	Geen clonus (0 slagen)
	1	Niet-aanhoudende clonus (1-2 slagen)
	2	Aanhoudende clonus (3-10 slagen)
	3	Uitgelokt door spontane/lichte aanraking (>10 slagen)

1. Cutler et al 2000

Behandeling

Therapieprincipes

Niet invasieve reversiebele technieken

- Vermijden en uitschakelen van uitlokkende factoren
- Fysische therapie
- Orale myorelaxerende medicatie

Invasieve reversiebele technieken

- Perifere zenuw block
- Botuline toxine
- Intrathecale medicatie

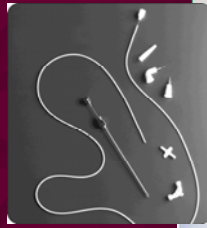
Invasieve niet reversiebele technieken

- Fenolisaties
- Neuroablatieve technieken

Invasieve reversiebele technieken

Intrathecale medicatie

Onze ervaringen



Testprocedure ITB Therapie®

Doel van de testprocedure :

aantonen dat intrathecale baclofentoediening efficiënt is, aangezien men uitgaat van een tot op dat moment therapieresistente spasticiteit

Bolus ↔ continu

- Initiele proef is gestart met bolus toediening dmv lumbaal punctie en intrathecale bolustoediening met verschillende dosis en zelfs placebo
- Om dagelijkse punctie te vermijden : introductie van een intrathecale catheter waarlangs bolustoedieningen.
- **Aanschakelen van een externe medicatiepomp met continue toediening**
 - Betere correlatie met reële situatie bij ITB
 - Gesloten systeem met kleinere kans op infectie
 - Piekmomenten worden vermeden
 - Dag (therapie) en nachtevaluatie door alle betrokkenen

Effect van hogere cathetertip

- Spasticiteit en functie in BL/romp musculatuur
 - Tijdens de proef catheter reeds hoog plaatsen
- Meerwaarde in het bepalen van de catheterhoogte voor de definitieve baclofenpomp bij tetraplegie
- Dosis voor optimaal effect ?

Onze ervaring

- **Sedert 1995 : 55 patiënten (rolstoelgebonden) / 71 pompen**
 - 1 patiënt heeft nu 4e pomp
 - 4 patiënten hebben 3e pomp
 - 5 patiënten hebben 2e pomp
- Bij overlijden : alarmeren op maximale tijdsintervallen (KA 2u en NKA op 6u) zetten en minimale draaisnelheid / pomp verwijderen bij crematie.
- **Pompvervangning**
 - 14 end of life
 - 1 infectie
 - 1 pompfalen
- **Pomp verloren**
 - 1 verwaarlozing
 - 1 vocht rond de pomp+infectie
 - 1 skin breakdown
 - overlijden

Indicaties

• Tetraplegie SCI	28
• Paraplegie SCI	19
• MS	1
• NAH	2
• CP	3
• Dystonie	1
• Stiff Man Syndroom	1
Totaal	55

Baclofen en cocktail

- Baclofen dosis : 30µg tot 1200 µg
- Gemiddeld 454 µg / dag bij 40 SCI patiënten
- Cocktail :
 - Fentanyl
 - Clonidine
 - Morfine

Combinatie pijn en spasticiteit
Clonidine faciliteert baclofen-effect

Hoogte van de cathetertip

- 15 cervicale wervelzuil tot C1
- 8 C7/T1 overgang
- 15 T8 en hoger
- 12 lager dan T8
(totaal = 50)

Effect van hogere cathetertip

- Bij cervicale cathetertip : bekijken effect op handfunctie en eventueel terugtrekken (5 tal wervelhoogten) bij functieverlies BL (grijpkracht en fijne motoriek)
- CP quadriparese : BL “rustiger”, betere spraak en slikken, minder kwijlen
- 1 patiënt heeft nu cervicale catheter C7/T1 tov eerder lumbale L1 bovenrand
=> actuele dosis 175 µg tov vroegere dosis tot 1200 µg

Intrathecale Baclofen en zwangerschap

Delhaas EM, Verhagen J, Paraplegia 1992

C6-7 incomplete tetraplegie, 29 jaar

Zwangerschap na ovulatie stimulatie, 15 maand ITB (Synchromed®)

1000 mcg/24u progressief tot 1400 mcg/24u

Week 35 : uteriene contracties met oncontroleerbare spasticiteit
autonome dysreflexie

Epiduraal bupivacaine 11.25 mg/u continu

Sectio caesare : gezonde baby 2040 g, Apgar 9 en 10

Effect op spasticiteit

- Aantal SCI patiënten : 40
- Registratie BL bij 18 patiënten

	Voor	NA
• Aantal spastische spieren totaal	9.4	2.4
BL	4.2	2.0
• Gemod. Ashworth schaal totaal	2.2	1.06
BL	1.9	0.9

Complicaties op 77 pompen

• Meningitis tijdens proef	2
• Meningitis ITB	2
• Pompfailure	2
• Pompdislocatie/migratie	1
• Vocht rond de pomp	2
• Chirurgisch sluiten duralek	1
• Catheter disconnectie/lek	11
• Catheter-pomp disconnectie	4
• Pomp verplaatst (hinder)	1
• Skin breakdown	1

Pompfailure

- 1 pomp : niet spontaan herstart na MRI
 - Pomp herstart via n'vision
 - Geen probleem meer
- 1 pomp :
 - 1997 : geen oorzaak
 - Pomp is (administratief en financieel) probleemloos vervangen

Meningitis bij ITB

- **Proef : 2 patiënten**
 - Catheters verwijderen, AB en opvolgen bloedlabo
 - Nieuwe proef of inplanten na normalisatie labo
- **Definitieve pomp : 2 patiënten**
 - 1 patiënt (geen 2e pomp geïmplantteerd)**
 - Ziekte van Darrier
 - 07.08.2000 proef - 18.08.2000 ITB
 - 25.08.2000 koorts, nekstijf, hoofdpijn, labo
 - 07.10.2000 stop IV AB - 09.10.2000 stop IT AB
 - 15.11.2000 huidnecrose thv de pomp : pomp
 - 19.01.2001 selectieve anterieure rizotomie L2-S1
 - 1 patiënt : 2e pomp geïmplantteerd na normalisatie labo**

BESLUIT

- ITB heeft zijn plaats bij therapieresistente spasticiteit
- ITB heeft zijn complicaties waar we moeten op voorzien zijn en zeker vermelden aan de patiënt
- De patiënten die een pomp hebben zijn tevreden, ondanks de complicaties bij sommige.
- Proef dmv bolus versus continue toediening
- Hoge catheterplaatsing bij hoge dwarslaesie



Respicare team

Willemijn Faber



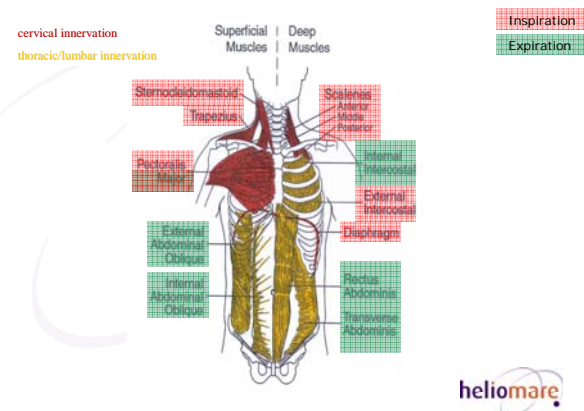
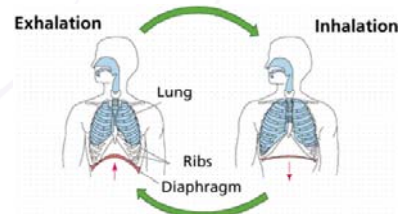
Inhoud

1. Fysiologie ademhaling
2. Respicare Heliomare
3. Pulmonaal management
4. Slaap apneu syndroom
5. Toekomst
6. Take home message



Fysiologie

- Inademen: actief
- Uitademen: passief



- Dwarslaesie patiënten hebben minder reservecapaciteit
- Wees bedacht op insufficiëntie!
- Goede pulmonale zorg van groot belang



RESPICARE - Heliomare

- 2 Revalidatieartsen
- 2 Verpleegkundigen
- 1 Verpleegkundig Specialist per afdeling



Takenpakket

- Advies
 - Pulmonaal management
 - Beademingspatiënten
 - Overleg CTB



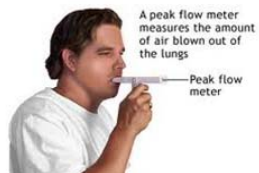
Pulmonaal management *multidisciplinair*

- FT
 - Trainen ademhalingspielen
 - Longfunctie meten
 - Ondersteund ophoesten
- ET
 - Goede manier van draaien
- VP
 - Ondersteund ophoesten
 - Goede manier van draaien
 - Airstacken



heliomare

- Logo
 - Ademhalingstechnieken
- Muziektherapie
 - Longcapaciteit vergroten
- RA
 - Evaluatie longfunctie
 - Medicatie voorschrijven
- Patiënt !
 - Peak flow meting



Vervolg takenpakket respicare

- Screening & behandeling slaapapneu
 - Dwarslaesie, CVA en MS
 - Patiënten van buiten
 - Chron patiënten



Slaap apneu

- Periode van ademstilstand > 10 sec
- Hyp-apneus met
 - O2 saturatie daling >4%
 - Luchtstroom daling >30%
- Symptomen t.g.v. slaap apneu:
[Slaap Apneu Syndroom \(SAS\)](#)



Slaap apneu syndroom

- Obstructief Slaap Apneu Syndroom (OSAS)
- Centraal Slaap Apneu Syndroom (CSAS)
- Mengvorm (OSAS + CSAS)



Symptomen



Overdag

- Slaperigheid
- Ochtendhoofdpijn
- Stemningsveranderingen
- Korte termijn geheugenverlies
- Conditie verlies

's Nachts

- Snurken
- Rusteloze slaap (slaan, slaapwandelen)
- Naar adem snakken
- Zwaar zweten
- Kwalitatief slechte slaap



WARNING: SURGERY
DOES NOT ALWAYS CURE
SLEEP APNEA

Wie krijgen het SAS

- 4% volwassenen
- Man:vrouw = 2:1
- In revalidatie 2 belangrijke groepen:
Dwarvlaesie & CVA
- Literatuur: SCI 9-75%
- Heliomare: 25%



25%



Waarom meer SAS bij SCI?

?

WHY MIE?



Diagnose

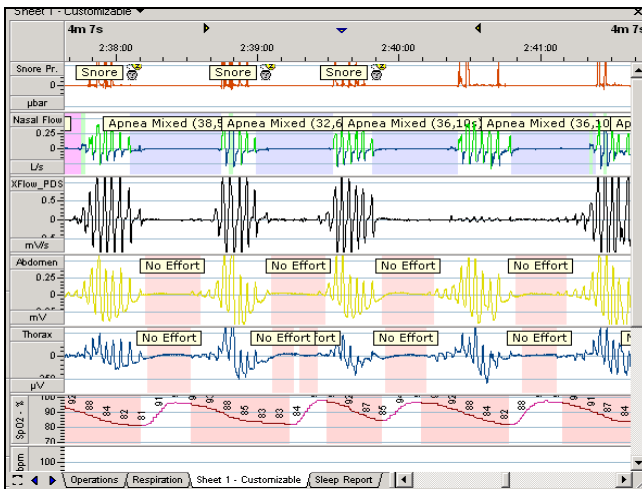
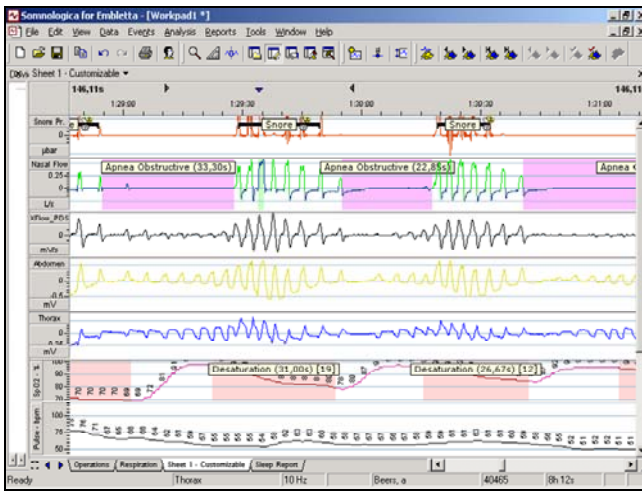
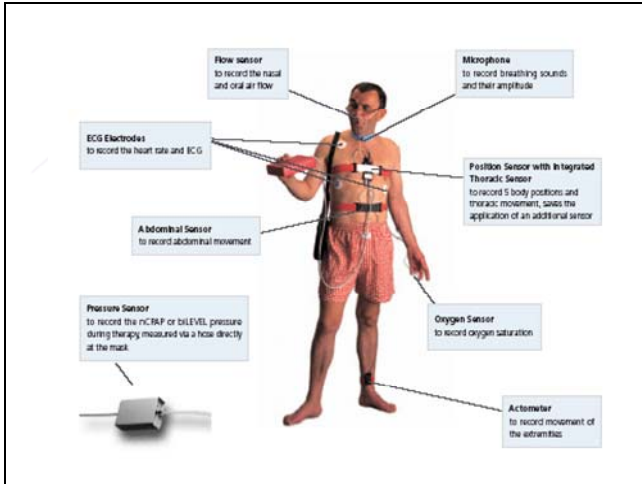
- Anamnese
 - Patiënt
 - Partner



- Slaaponderzoek
 - Zuurstof saturatie
 - Polysomnografie
 - Hartslag, ecg
 - Bloeddruk
 - Zuurstof saturatie
 - In- en uitstroom ademlucht
 - Spieractiviteit ademhalingspielen
 - Slaaphouding
 - Optreden apneus



heliomare



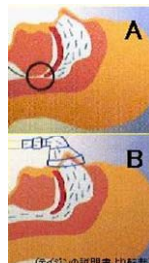
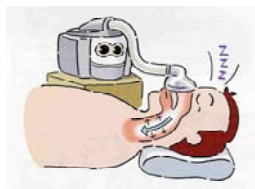
Behandeling

- Advies ten aanzien van:
 - Roken
 - Alcohol
 - Medicatie
 - Gewicht
 - Houding



- Continue Positive Airway pressure (C-PAP)

- Bilevel positive airway pressure (Bi-PAP)

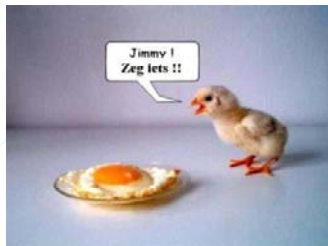


- Instellen therapie vraagt veel aandacht!
 - Wekelijkse visite
 - Motivatie patiënt en personeel
 - Aanmeten masker
 - Instellen druk
 - Leren hanteren apparaat
 - (Poli) klinische follow-up



Resultaten

- Patiënten voelen zich beter, minder vermoeid
- Revalideren makkelijker
- Betere longfunctie



Toekomst

- Respicare bedden – medium care
- Nauwe samenwerking met CTB



Take home message

- Slaap apneu veel voorkomend, maar onderschat probleem
- Winst bij multidisciplinaire respiratoire zorg
- Verwijzen mogelijk naar gespecialiseerd centrum

respicare@heliomare.nl



RESPICARE!!



Re-integratieactiviteiten

Marco Oggianu





Centrumsuccessen

Re-integratieactiviteiten

Haccour E.
Oggianu M.
Strauven H.

UZ Leuven | Herestraat 49 | 3000 Leuven | www.uzleuven.be | tel. +32 (0) 30 23 23 11 UNIVERSITY HOSPITALS LEUVEN



Inhoud

- 1. Re-integratie**
 - Ontwikkeling van de re-integratie
 - Checklist
 - Netwerking
- 2. Adviescentrum aangepast fietsen**
- 3. Algemeen besluit**

Schetsen verloop re-integratie

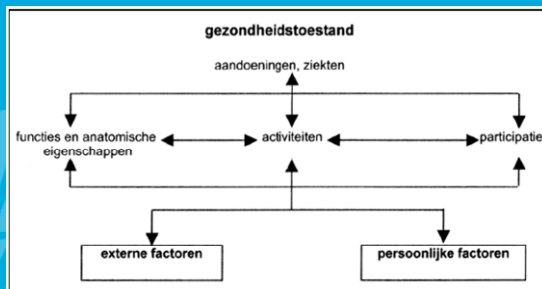
- Re-integratie gestart in 2006
- Arbeids re-integratie
- Maatschappelijke re-integratie
- Definitie maatschappelijke re-integratie binnen de revalidatie?

Definities

- **Definitie motorische revalidatie:**
 - In beweging brengen
 - Optimaal biologisch, functioneel en sociaal herstel
- **Definitie Ergotherapie** (Kielhofner)
 - Komen tot handelen
 - Samenspel van motivatie, gewoontes en uitvoeringscomponenten van revalidanten en hun omgeving



Situering re-integratie



Re-integratie checklist

- **Werkwijze:**
 - Samenwerking therapeut en patiënt
 - Specifieke doelen inventariseren
 - Doelgericht handelen
- **Client Centered**
- **Gebaseerd op:**
 - Nottingham Extended Activities of Daily Living (EADL)
 - Community Integration Questionnaire (CIQ)
 - The Frenchay Activities Index (FAI)

Netwerking (vermeiren)

- **Waarom netwerken?**
 - Uitwisselen kennis en ervaring
 - Steun zoeken eigen standpunten
 - Gemeenschappelijke doelen realiseren
- **3 belangrijke niveaus**
 - Het is niet wat je kunt, maar wie je kent
 - Het is niet wie je kent, maar wie jou kent
 - Het is niet wie je kent, maar wie jou contacten kennen

Voorbeeld van een netwerk



Samenvatting:

1. Checklist afnemen
2. Doelstellingen Formuleren
3. Netwerking om doelen te realiseren
4. Netwerk integreren bij doelen
5. Evalueren van doelen en netwerk



Casus: J.

= incomplete tetraplegie ASIA C, motorisch C4, sensorisch C6
na val van ladder
→ Elektronische rolstoel met kinbediening

Na invullen van checklist:

- Auto aanpassingen
- Elektronische rolstoel
- Zinnige vrije tijd
- ...



Casus: J.

= incomplete tetraplegie ASIA C, motorisch C4, sensorisch C6
na val van ladder
→ Elektronische rolstoel met kinbediening

Na invullen van checklist + **netwerking**:

- Auto aanpassingen: **garage Peeters**
- Elektronische rolstoel: **Verkeerspark**
- Zinnige vrije tijd: **PC gebruik; Lucy**
- ...



Checklist + netwerk = re-integratie



UZ LEUVEN

2. Adviescentrum aangepast fietsen

2- wieler	3- wieler	handbike	Duo-fiets

•Diane Vanden Bergh
•Tinne Sauvillers
•Frederik Lenaerts

UZ LEUVEN

Doel: Actieve levensstijl

– Tijdens en na revalidatie

- Zelfstandigheid (zelfzorg, werken, mobiliteit, ...)
- Gezondheid (gewicht, kracht, weerstand, ...)
- Re-integratie (mobiliteit, ...)
- Verwerking
- Levenskwaliteit (mobiliteit, zinvolle dagbesteding, ...)
- ...

Adviescentrum aangepast fietsen

- 2010: opstart adviescentrum
- Doelgroep:
 - volwassen personen met fysieke beperkingen
- Resultaat: succes
 - 48 interne adviezen per maand
 - 8 externe adviezen per maand



Uitbreiding adviescentrum 2011-2012

- Doelgroep vergroten:
 - Volwassenen + kinderen
 - Alle niveaus: recreatief + competitief
- Wetenschappelijke ondersteuning bieden
- Met ondersteuning:
 - Move To Improve en provincie Vlaams Brabant



Voor iedereen is er een mogelijkheid tot fietsen!

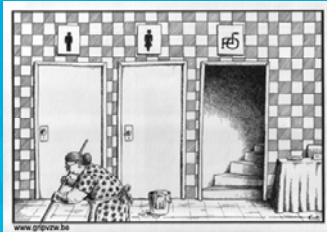


3. Algemeen besluit:

- Doelstelling 2011!
 - Objectieve opvolging van belangrijkheid re-integratie.
 - Forum
 - Evaluatie en opvolging na ontslag
 - ...
 - Uitbreiding adviescentrum aangepast fietsen



DANK U VOOR UW AANDACHT!!



Quotes

- Re-integratie was zeer interessant voor mij, omdat ik zo een realistisch beeld krijg over wat er mogelijk is als je een handicap hebt.
- Re-integratie was meer dan zinvol: het verzet de gedachten en leert je de "nieuwe situatie" te relativeren door er positief mee om te gaan.
- Om een eerste stap te zetten naar re-integratie is het een stuk makkelijker om dit in groep en met lotgenoten te doen. Het geeft een gerust gevoel te weten dat je steeds omringd bent door mensen die van aanpakken weten.
- Het constant geconfronteerd worden met je eigen beperkingen en reacties van anderen was hard. Dankzij re-integratie heb ik hiermee leren omgaan.
- Het motto "niks is onmogelijk als rolstoelgebruiker" werd in de re-integratie meermaals bewezen.

- Reïntegratie is noodzakelijk in het revalidatieproces. Het is het enigste middel om te zien wat de vooruitgang is door de revalidatie. Eveneens is het de beste manier om te zien waar de revalidatie nog te kort schiet
- * Ik durf zelfs te zeggen dat reïntegratie onmisbaar is in de revalidatie. Voor mij is het een gelegenheid om in een veilige omkadering te leren wat de mogelijkheden EN beperkingen zijn van rolstoelgebruiker te zijn. Activiteiten die ik een de reïntegratie deed, durf ik nu thuis ook. De drempel is lager, waardoor mijn zelfvertrouwen groter wordt.

Bijlage

Nothingham Extended Activities of Daily Living (EADL)

- Mobiliteit: straat oversteken, gebruik openbaar vervoer,...
- Keukenactiviteiten: zelfstandig eten,
- Huishoudelijke taken: winkelen, omgang met geld,...
- Vrijtijdsactiviteiten: sociale activiteiten, gebruik telefoon,...

Community Integration Questionnaire (CIQ).

- (re-)Integratie in de thuissituatie: wie doet er thuis de boodschappen, huishouden,...
- Sociale (re-)integratie: wie doet de bankverrichtingen,...
- Productieve activiteiten: werken?, welke job?;....

Bijlage

The Frenchay Activities Index (FAI)

Deze vragenlijst richt zich specifiek op beperkingen in meer complexe lichamelijke activiteiten die de patiënt heeft ondernomen op 3 en 6 maanden.

- 3 maanden: het actief bezig zijn met een hobby, sociale activiteiten,...
- 6 maanden: tuinieren, reparaties aan huis en auto,...

Contact

- Reintegratie-team:
E-mail: reintegratie@uz.kuleuven.ac.be
- Adviescentrum:
Website:
www.uzleuven.be/revalidatiecentrum/adviescentrum-driewiel fietsen-en-handbiken
E-mail:
Frederik.lenaerts@uzleuven.be

De nieuwe dwarslaesieafdeling

Elga van der Laan

Universitair Medisch Centrum Groningen

De nieuwe dwarslaesieafdeling

NVDG Congres: Centrunsuccessen



Presentatie door Elga van der Laan
Regieverpleegkundige Dwarslaesieteam
26 maart 2011

26-3-2011

Universitair Medisch Centrum Groningen

Inhoud

- Aanleiding voor een nieuwe afdeling
- De voorbereiding en visievorming
- De verhuizing
- Een impressie
- De periode na de verhuizing

26-3-2011

Universitair Medisch Centrum Groningen

Een nieuwe afdeling noodzakelijk?



26-3-2011



Uitkomsten vragenlijst patiënten

Oude afdeling

- Inrichting kamer 2,9
- Dagverblijf 1,0
- Privacy 4,2
- Afleiding 5,2

26-3-2011



Uitkomsten vragenlijst medewerkers

Oude afdeling

- Werkomgeving 5,5
- Hinder van lawaai 6,2
- Klimaatbeheersing 3,1
- Ergonomisch werken 4,8

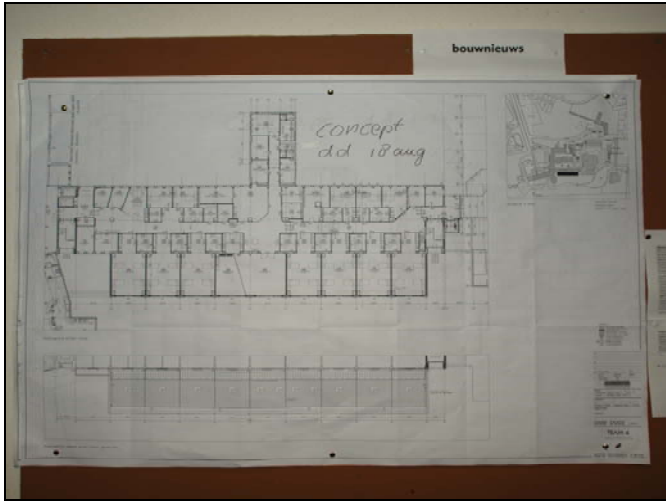
26-3-2011



De voorbereiding en visievorming

- Visievorming
 - Healing environment
 - Vergroten van de zelfstandigheid
 - Veiligheid, ruimte, transparantie

26-3-2011



Universitair Medisch Centrum Groningen

De bouwactiviteiten

Two photographs showing construction activities. The left photo shows a yellow crane lifting a large concrete block onto a structure. The right photo shows a blue tractor or loader working on a construction site.

26-9-2011



de verhuizing



26-3-2011



Film

26-3-2011



Uitkomsten vragenlijsten patiënten

Oude afdeling Nieuwe afdeling

- | | | |
|--------------------|-----|-----|
| • Inrichting kamer | 2,9 | 8,9 |
| • Dagverblijf | 1,0 | 9,7 |
| • Privacy | 4,2 | 6,6 |
| • Afleiding | 5,2 | 8,9 |

26-3-2011



Uitkomsten vragenlijst medewerkers

	Oude afdeling	Nieuwe afdeling
• Werkomgeving	5,5	9,4
• Hinder van lawaai	6,2	9,9
• Klimaatbeheersing	3,1	7,8
• Ergonomisch werken	4,8	6,9

26-3-2011



26-3-2011



Conclusie

Een groot project, dat vooral zijn waardering krijgt voor de fysieke ruimte, met hierin veel aandacht voor zelfredzaamheid, veiligheid, ergonomie en sfeer.

26-3-2011



Wenckebach Instituut
Postgraduate School of Medicine (FC20)
Postbus 30.001
9700 RB Groningen
Telefoon: +31 (0)50-3611402
Fax: +31 (0)50-3611819
E-mail: paog@wenckebach.umcg.nl
<http://www.wenckebachinstituut.nl>

All rights reserved. No part of this publication may be printed or utilised in any form by any electronic, mechanical or other means, now known or hereafter invented, including photocopying and recording, or in any information storage or retrieval system, without the written permission of the copyright owner.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, het zij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

WI062