


NEDERLANDS TIJDSCHRIFT VOOR



REVALIDATIE GENEESKUNDE

JAARGANG 42 | NUMMER 3 | JUNI 2020

UITGAVE VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING VAN REVALIDATIEARTSEN



FOCUS OP
Opleiding

IN DIT NUMMER ONDER ANDERE

Pagina 10

Thema Opleiding
Nieuw Opleidingsplan
BETER in Beweging

Pagina 17

Thema Opleiding
Interview met opleider
dr. Vera Schepers

Pagina 30

Thema Opleiding
Entrustment-based
Discussion

Pagina 47

Interview met
dr. Wim Janssen



Kiki Hendriks

'Paardrijden is mijn lust en mijn leven.'

Kiki kreeg, toen ze bijna drie jaar was, een meningokokkensepsis. Daardoor verloor ze haar linker onderbeen, een deel van haar rechterarm en vingers van haar linkerhand. Kiki heeft een eigen pony waar ze elke dag met veel plezier op rijdt. Bij Rijndam heeft ze sportvoorzieningen gekregen waardoor ze ook weer kan hardlopen. Kiki vindt het fijn dat haar instrumentmaker dat mogelijk maakt.

Ervoor zorgen dat cliënten dingen kunnen doen waar ze van dromen; dat is onze kracht!



Rijndam
Orthopedietechniek

De kracht van de aanpassing

In dit nummer

FOCUS OP OPLEIDING

5

EDITORIAL
Mogelijkheden

6

KORTOM
Geneesplezier
Nieuwe revalidatieartsen

9

EDITORIAL GASTREDACTIE
Focus op de opleiding
in de hele breedte

10

ACTUEEL
Landelijk opleidingsplan
BETER in Beweging:
van plan naar praktijk

13

ACTUEEL
De vernieuwde opleiding
tot revalidatiearts in het
opleidingscluster OOR-ON

17

INTERVIEW
In gesprek met opleider
dr. Vera Schepers

20

ACTUEEL
De zichtbaarheid van het vak
van revalidatiearts

23

**MEDISCH ONDERWIJS
& OPLEIDING**
Interdisciplinair opleiden

24

ACTUEEL
De revalidatiearts van morgen
komt vanuit de basisopleiding
geneeskunde!

26

INTERVIEW
In gesprek met de 'docenten van
het jaar' uit 2015-2019

30

**MEDISCH ONDERWIJS
& OPLEIDING**
De Entrustment-based Discussion

33

COLUMN OPLEIDINGSPLEZIER
Vincent de Groot

34

**MEDISCH ONDERWIJS
& OPLEIDING**
Dokters in the lead

38

KERNGROEP
Nog even achteruit kijken voor
de eindstreep

41

BOEKRECENSIE
Compendium Geneeskunde 2.0

42

ACTUEEL
Revalidatieaspecten van COVID-19
bij kinderen: kinderspel?

44

ACTUEEL
Opzet klinisch behandel-
programma COVID-19 post-IC

47

INTERVIEW
In gesprek met dr. Wim Janssen

51

CASUÏSTIEK
Cognitieve stoornissen na
een mammacarcinoom

54

INNOVATIE
Meten van het rustmetabolisme
bij mensen met een dwarslaesie

57

COLUMN CORONA
Peter van Leeuwen

58

IN MEMORIAM
Cees Pons 1942 - 2020

Verkorte productinformatie BOTOX 100 Allergeneenheden, poeder voor oplossing voor injectie

Samenstelling Botulinumtoxine (van *Clostridium botulinum*) type A, 100 Allergeneenheden per injectieflacon. Botulinumtoxine-eenheden van verschillende producten zijn niet onderling uitwisselbaar. **Indicaties** BOTOX is o.a. geïndiceerd voor de behandeling van: focale spasticiteit als gevolg van dynamische spitsvoetmisvorming (equinus) door spasticiteit bij ambulante pediatrie patiënten met hersenverlamming, van twee jaar of ouder. Focale spasticiteit van de pols en hand bij volwassen patiënten na een beroerte. Focale spasticiteit van de enkel en de voet bij volwassen patiënten na een beroerte (zie rubriek Bijwerkingen) en voorzorgen bij gebruik). **Contra-indicaties** BOTOX is gecontra-indiceerd: voor personen met een bekende overgevoeligheid voor botulinumtoxine type A of voor één van de hulpstoffen; bij een infectie op de voorgestelde injectieplaats(en). **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik** De aanbevolen doses en toedieningsfrequenties van BOTOX mogen niet worden overschreden omdat de patiënt dan risico loopt op overdosis, overmatige spierzwakte, grote verspreiding van het toxine en de vorming van neutraliserende antilichamen. De eerste dosis voor een nieuwe patiënt dient de laagste aanbevolen dosis voor de specifieke indicatie te zijn. Voorschrijvers en patiënten moeten zich ervan bewust zijn dat bijwerkingen kunnen optreden, ook al werden eerdere injecties goed verdragen. Daarom is voorzichtigheid geboden bij elke toediening. Bijwerkingen door verspreiding van het toxine weg van de plaats van toediening werden gemeld (zie rubriek Bijwerkingen), soms met een dodelijke afloop, die in sommige gevallen in verband werd gebracht met dysfagie, longontsteking en/of significante zwakte. Deze symptomen komen overeen met het werkingsmechanisme van botulinumtoxine en werden uren tot weken na de injectie gemeld. Het risico op symptomen is waarschijnlijk het grootst bij patiënten met onderliggende aandoeningen of met comorbiditeiten die hen vatbaar maken voor deze symptomen; waaronder kinderen en volwassenen die worden behandeld voor spasticiteit en hoge doses krijgen. Patiënten die worden behandeld met therapeutische doses kunnen meer spierzwakte vertonen. Er moet rekening worden gehouden met de risico's en voordelen voor elke afzonderlijke patiënt voordat de behandeling met BOTOX wordt gestart. Dysfagie werd ook gemeld na injectie op andere plaatsen dan de halspijpen (zie voor meer informatie de volledige versie van de Samenvatting van de Productkenmerken). BOTOX mag alleen met zeer veel voorzichtigheid en onder streng toezicht worden gebruikt bij patiënten met subklinische of klinische symptomen van gebrekkige neuromusculaire overdracht, zoals myasthenia gravis of het eaton-lambertsyndroom bij patiënten met perifere motorneuropathische aandoeningen (zoals amyotrofe laterale sclerose of motorische neuropathie) en bij patiënten met onderliggende neurologische aandoeningen. Deze patiënten kunnen gevoeliger zijn voor middelen zoals BOTOX, zelfs bij toediening van standaarddoseringen. Het gebruik bij deze patiënten kan leiden tot extreme spierzwakte en een verhoogd risico op klinisch significante systemische effecten, zoals ernstige dysfagie en ademhalingsproblemen. Het botulinumtoxine dient bij die patiënten te worden gebruikt onder toezicht van een specialist en het mag alleen worden gebruikt als de voordelen van de behandeling opwegen tegen het risico. Bijzondere voorzichtigheid is geboden bij de behandeling van patiënten met een voorgeschiedenis van dysfagie en aspiratie. Patiënten of zorgverstrekkers moeten onmiddellijk een arts raadplegen als er slik-, spraak- of ademhalingsproblemen optreden. Zoals bij andere behandelingen die voordien niet-mobiele patiënten in staat stellen hun activiteiten te hervatten, dient men de niet-mobiele patiënt erop te wijzen dat hij of zij de activiteiten geleidelijk moet hervatten. De relevante anatomie en alle wijzigingen van de anatomie als gevolg van eerdere operaties moeten duidelijk zijn voordat BOTOX wordt toegediend en injectie in kwetsbare anatomische structuren moet worden vermeden. Pneumothorax geassocieerd met de injectieprocedure werd gemeld na de toediening van BOTOX in de buurt van de borstkas. Voorzichtigheid is geboden bij het injecteren in de buurt van de longen (vooral de toppen) of andere kwetsbare anatomische structuren. Ernstige bijwerkingen, waaronder fatale afloop, zijn gemeld bij patiënten die niet-geregistreerde injecties ("off-label") van BOTOX rechtstreeks in de speekselklieren, het orolinguale-faryngeaal gebied, de slokdarm en de maag kregen toegediend. Sommige patiënten hadden reeds bestaande dysfagie of significante zwakte. Ernstige en/of onmiddellijke overgevoelheidsreacties, waaronder anafylaxie, serumziekte, urticaria, oedeemvorming en dyspneu, zijn slechts zelden gemeld. Sommige van deze reacties zijn gemeld na het gebruik van BOTOX, afzonderlijk of in combinatie met andere producten die worden gekoppeld aan vergelijkbare reacties. Als een dergelijke reactie zich voordoet, mogen geen injecties met BOTOX meer worden toegediend en moet er een geschikte medische behandeling, zoals epinefrine, worden toegepast. Eén geval van anafylaxie werd gemeld waarbij de patiënt is overleden nadat hij werd ingespoten met BOTOX die niet correct werd verdund met 5 ml van 1% lidocaïne. Zoals bij elke injectie kan de injectie letsel veroorzaken. Een injectie kan leiden tot plaatselijke infectie, pijn, ontsteking, paresthesie, hypesthesie, gevoeligheid, zwelling, erythem en of bloeding/blauwe plekken. Pijn en/of angst gerelateerd met de naald kunnen leiden tot vasovagale reacties, zoals syncope, hypotensie, enzovoort. Voorzichtigheid is geboden als BOTOX wordt gebruikt in de aanwezigheid van ontstekingen op de voorgenomen injectieplaats(en) of als de te behandelen spier overmatige zwakte of atrofie vertoont. Voorzichtigheid is ook geboden als BOTOX wordt gebruikt voor de behandeling van patiënten met perifere motorische neuropathische ziekten (zoals amyotrofe laterale sclerose of motorische neuropathie). Er zijn ook meldingen van bijwerkingen na de toediening van BOTOX met betrekking tot het cardiovasculaire systeem, met inbegrip van aritmie en myocardinfarct, soms met fatale afloop. Sommige van deze patiënten vertoonden risicofactoren, zoals een cardiovasculaire ziekte. Nieuwe of terugkerende epileptische aanvallen zijn gemeld, in het bijzonder bij volwassen en pediatrie patiënten die daarvoor vatbaar zijn. Het exacte verband tussen deze aanvallen en de injectie van botulinumtoxine is niet vastgesteld. Bij de kinderen kwamen de meldingen voornamelijk van patiënten met hersenverlamming die werden behandeld voor spasticiteit. De vorming van neutraliserende antilichamen voor botulinumtoxine type A kan de doeltreffendheid van een BOTOX-behandeling verminderen, doordat deze de biologische activiteit van het toxine inactiveren. Resultaten uit sommige onderzoeken suggereren dat BOTOX-injecties op frequentere intervallen of met hogere doses kunnen leiden tot een grotere incidentie van de vorming van antilichamen. Indien van toepassing, kan de kans op de vorming van antilichamen worden geminimaliseerd door te injecteren met de laagste doeltreffende dosis en met de langste klinisch geïndiceerde intervallen tussen injecties. Klinische fluctuaties tijdens het herhaaldelijk gebruik van BOTOX (evenals bij alle botulinumtoxines) kunnen het gevolg zijn van andere procedures voor de reconstitutie van injectieflacons, injectie-intervallen, geïnjecteerde spieren en ietwat afwijkende potentiewaarden die door de gebruikte biologische testmethode worden gegeven. **Pediatrie patiënten.** De veiligheid en werkzaamheid van BOTOX voor andere indicaties dan deze beschreven voor de pediatrie patiënten in de rubriek Therapeutische indicaties werden niet vastgesteld. Nadat het geneesmiddel op de markt verscheen, zijn er zeer zeldzame meldingen geweest van toxineverspreiding naar andere plaatsen in het lichaam, bij pediatrie patiënten met comorbiditeiten, vooral bij hersenverlamming. Over het algemeen was de gebruikte dosis in deze gevallen hoger dan de aanbevolen dosis (zie rubriek Bijwerkingen). Er zijn zeldzame, spontane meldingen van overlijden, soms geassocieerd met aspiratiepneumonie bij kinderen met ernstige hersenverlamming na de behandeling met botulinumtoxine, inclusief na off-label gebruik (bijv. in de nek). Uiterste voorzichtigheid is geboden bij de behandeling van pediatrie patiënten met significante neurologische zwakte, dysfagie of een recent verleden van aspiratiepneumonie of longziekte. Patiënten met een slechte gezondheidstoestand mogen alleen worden behandeld als de mogelijke voordelen van de behandeling voor de individuele patiënt opwegen tegen de risico's. **Focale spasticiteit als gevolg van hersenverlamming bij kinderen en focale spasticiteit van de enkel en pols bij volwassen patiënten na een beroerte.** BOTOX is een behandeling voor focale spasticiteit die enkel werd onderzocht in combinatie met de gebruikelijke standaardbehandelingen en is niet bedoeld als vervanging van deze behandelingsmodaliteiten. BOTOX verbetert de bewegingsamplitude van een gewicht dat is aangetast door een gefixeerde contractuur allicht niet. BOTOX mag niet worden gebruikt bij de behandeling van focale spasticiteit van de enkel en de voet bij volwassenen na een beroerte als verminderde spiertonus naar verwachting niet zal leiden tot verbetering van de werking (bijv. beter kunnen wandelen) of verlichting van de symptomen (bijv. pijnverlichting), of de patiëntenzorg niet zal vergemakkelijken. Bovendien kan de verbetering van actieve werking beperkt zijn als de behandeling met BOTOX meer dan 2 jaar na de beroerte wordt gestart of bij patiënten met minder ernstige spasticiteit van de enkel (Modified Ashworth Scale (MAS) <3). Voorzichtigheid is geboden bij de behandeling van volwassenen met spasticiteit na een beroerte die risico lopen op vallen. BOTOX moet met voorzichtigheid worden gebruikt bij de behandeling van focale spasticiteit van de enkel en de voet bij volwassen patiënten na een beroerte met significante comorbiditeiten. De behandeling mag alleen worden aangevat als wordt verwacht dat het voordeel van de behandeling opweegt tegen de mogelijke risico's. BOTOX mag bij de behandeling van spasticiteit van de onderste ledematen na een beroerte alleen worden gebruikt na een evaluatie van zorgverleners met ervaring in het beheer van de revalidatie van patiënten na een beroerte. Nadat het geneesmiddel op de markt verscheen, zijn er meldingen geweest van overlijden (soms geassocieerd met verslikingspneumonie) en mogelijke verdere verspreiding van het toxine bij kinderen met comorbiditeiten, vooral hersenverlamming, na de behandeling met botulinumtoxine. Zie de waarschuwingen in rubriek Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik, "Pediatrie patiënten". **Bijwerkingen Algemeen** In gecontroleerde klinische onderzoeken werden bijwerkingen gemeld die door de onderzoekers in verband werden gebracht met BOTOX, bij 17% van de patiënten met pediatrie hersenverlamming, bij 16% met focale spasticiteit van de bovenste ledematen als gevolg van een beroerte en 15% met focale spasticiteit van de onderste ledematen als gevolg van een beroerte. Doorgaans treden de bijwerkingen op in de eerste dagen na de injectie. Hoewel ze gewoonlijk van voorbijgaande aard zijn, kunnen ze meerdere maanden of, in zeldzame gevallen, langer aanhouden. Plaatselijke spierzwakte wijst op de verwachte farmacologische werking van botulinumtoxine in spierweefsel. Er werd echter zwakte van aangrenzende spieren en/of spieren ver van de injectieplaats gemeld. Zoals bij elke injectie kan de procedure resulteren in plaatselijke pijn, ontsteking, paresthesie, hypesthesie, gevoeligheid, zwelling/oedeem, erythem, plaatselijke infectie, bloeding en/of blauwe plekken. Pijn en/of angst gerelateerd met de naald kunnen leiden tot vasovagale reacties, waaronder voorbijgaande symptomatische hypotensie en syncope. Koorts en een griepachtig syndroom werden eveneens gemeld na injectie van botulinumtoxine. De bijwerkingen zijn onderverdeeld in onderstaande categorieën, afhankelijk van hun frequentie: zeer vaak (≥1/10); vaak (≥1/100, <1/10). Hieronder vindt u de bijwerkingen, die verschillen afhankelijk van het deel van het lichaam waar BOTOX wordt ingespoten. De volledige lijst van bijwerkingen kan worden geraadpleegd in de volledige versie van de Samenvatting van de Productkenmerken. **Focale spasticiteit als gevolg van hersenverlamming bij kinderen.** **Infecties en parasitaire aandoeningen.** Zeer vaak: virale infectie, oortontsteking. **Aandoeningen van het zenuwstelsel.** Vaak: slaperigheid, verstoring in het lopen (gait), paresthesie. **Huid- en onderhuidaandoeningen.** Vaak: uitslag. **Skeletspierstelsel- en bindweefsel-aandoeningen** Vaak: myalgie, spierzwakte, pijn in de ledematen. **Nier- en urinewegaandoeningen.** Vaak: urine-incontinentie. **Letsel, vergiftiging en complicaties van de ingreep.** Vaak: vallen. **Algemene aandoeningen en aandoeningen van de toedieningsplek.** Vaak: Malaise, pijn op de injectieplaats, asthenie. **Focale spasticiteit van de bovenste ledematen als gevolg van een beroerte.** **Aandoeningen van het zenuwstelsel.** Vaak: hypertonie. **Huid- en onderhuidaandoeningen.** Vaak: ecchymose, purpura. **Skeletspierstelsel- en bindweefsel-aandoeningen.** Vaak: pijn in de ledematen, spierzwakte. **Algemene aandoeningen en aandoeningen van de toedieningsplek.** Vaak: pijn op de injectieplaats, verhoogde lichaamstemperatuur (pyrexie), griepachtige ziekte, bloeding op de injectieplaats, irritatie van de injectieplaats. **Focale spasticiteit van de onderste ledematen als gevolg van een beroerte.** **Huid- en onderhuidaandoeningen.** Vaak: uitslag. **Skeletspierstelsel- en bindweefsel-aandoeningen.** Vaak: gewrichtspijn, stijfheid van de skeletspieren, spierzwakte. **Algemene aandoeningen en aandoeningen van de toedieningsplek.** Vaak: perifeer oedeem. **Letfels, intoxicaties en verrichtingscomplicaties.** Vaak: vallen. Er werd bij herhaaldosering geen wijziging in het algemene veiligheidsprofiel waargenomen. **Melding van vermoedelijke bijwerkingen** Het is belangrijk om na toelating van het geneesmiddel vermoedelijke bijwerkingen te melden. Op deze wijze kan de verhouding tussen voordelen en risico's van het geneesmiddel voortdurend worden gevolgd. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden via het Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb. Website: www.lareb.nl. **Werking** farmacotherapeutische categorie: andere spierrelaxantia, perifeer werkende stoffen, ATC-code: M03A X01. Botulinumtoxine type A blokkeert de perifere afgifte van acetylcholine aan de presynaptische cholinerge zenuwuiteinden door het splitsen van SNAP-25, een eiwit dat verantwoordelijk is voor het succesvol opspaan en afgeven van acetylcholine uit blaasjes in de zenuwuiteinden. **Vergunninghouder** Allergan Pharmaceuticals Ireland, Castlebar Road, Westport, County Mayo, Ierland. **Registratienummer** RVG 117146. **Afleverwijze** U.R. **Datum van herziening van de tekst** 10/2018.

COLOFON

Nederlands Tijdschrift voor Revalidatie-geneeskunde (NTR). Netherlands Journal of Rehabilitation Medicine

Het NTR is een mededelingen- en informatie-periodiek van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA).

Redactieraad

Prof. dr. Coen van Bennekom
Dr. Rita van den Berg-Emons
Drs. Merel Bijleveld
Drs. Hurnet Dekkers
Drs. Tanja Grootkarzijn
Dr. Janneke Haisma
Dr. Jorit Meesters
Prof. dr. Clemens Rommers
Dr. Aline Vrieling

Hoofdredacteur

Dr. Mattijs Alsem

Eindredacteur

Heidi Wals

Redactieadres

Redactiesecretariaat t.a.v. Heidi Wals
Nederlandse Vereniging voor
Revalidatieartsen (VRA)
Postbus 9696
3506 GR Utrecht
Tel: (030) 273 96 96
E-mail: ntr@revalidatiegeneeskunde.nl

Uitgever, advertenties en abonnementen

Performis BV
Postbus 2396
5202 CJ 's-Hertogenbosch
Telefoon: 073 689 58 89
Website: www.performis.nl
E-mail: NTR@performis.nl

Advertenties

Contactpersoon: Dhr. Misha Stork
Telefoon: (073) 689 58 89
E-mail: misha@performis.nl

Abonnement

Standaard € 128,50 per jaar
Buitenland € 195,- per jaar
Genoemde tarieven zijn inclusief btw en verzending. Voor informatie, vragen of wijzigingen aangaande uw abonnement kunt u terecht op www.performis.nl.
Het NTR verschijnt vijfmaal per jaar.

Inzending kopij

Per e-mail met attachments.

Accreditatie

Er worden accreditatiepunten toegekend voor een wetenschappelijke publicatie in NTR. Zie www.revalidatiegeneeskunde.nl/nederlands-tijdschrift-voor-revalidatie-geneeskunde voor meer info.

Richtlijnen voor auteurs

Deze richtlijnen zijn te downloaden op www.revalidatiegeneeskunde.nl

Versijning

Februari, april, juni, september en december
Niets uit deze uitgave mag worden overgenomen zonder toestemming van de uitgever of de hoofdredacteur. De uitgever is niet aansprakelijk voor de inhoud van deze uitgave.

42e jaargang nummer 2

ISSN 2211-3665

VAN DE HOOFDREDACTEUR

Mogelijkheden



Op het moment dat ik dit schrijf bevinden we ons in het begin van het weer 'openen' van de samenleving. De regering heeft een aantal maatregelen versoepeld, waardoor er weer mogelijkheden zijn voor verschillende vakgroepen om hun beroep uit te oefenen. Want de afgelopen tijd werd met name gedacht in termen van beperkingen: we 'mochten' zo min mogelijk naar buiten, niet buitenshuis sporten, niet naar de kroeg en niet bij familie op bezoek. Voor ons als artsen betekende de lockdown dat ons dagelijks werk beperkt werd tot 'noodzakelijke zorg'. Hoewel ik het initieel als een forse beperking ervoer, werd steeds

duidelijker dat er meer en meer een mindset ontstond van denken in mogelijkheden. Waar het eerder ondenkbaar was om vanuit huis poli te doen, was het nu volkomen begrijpelijk dat ik een anamnese afnam met mijn 1-jarige dochter op schoot. Mijn gesprekspartner bevond zich dikwijls in een vergelijkbare situatie en multitasken tijdens de poli en andere videomeetings werd acceptabel. Waar implementatie van nieuwe technieken eerder maanden tot wel jaren in beslag nam, kon het implementeren van videobellen ineens in enkele dagen, zelfs in het EPD! Waar ik me huiverig afvroeg of mijn collegae en teamleden die, ja hoe zeg ik dat netjes, langer hun routine hadden opgebouwd in de niet-digitale wereld, wel hun draai konden vinden in de nieuwe digitale teamomgeving, hoorde ik veel positieve berichten en gepaste trots op het digitaal voortzetten van het werk. Therapie op afstand kreeg een boost, evenals coaching en zelfmanagementondersteuning. Toch wel tot mijn verbazing vertelden sommige ouders mij zelfs dat het in het gezin beter ging dan ooit met hun kind: ouders hadden soms meer tijd en energie te besteden aan hun kind, en de mantra dat het gezin de beste 'omgevingsfactor' is voor het kind bleek eens te meer waar. Nu moet u niet denken dat ik de situatie bagatelliseer; ik heb de ellende op de IC's van dichtbij gezien, maak me veel zorgen om 'mijn' kwetsbare gezinnen en vrienden die hun werk en bedrijfjes in rook zien opgaan en ben na een dag videomeetings en telefonische consulten behoorlijk uitgeput. Maar daarover wordt reeds veel geschreven. Wij revalidatieartsen blijven denken in mogelijkheden ondanks de beperkingen die er zijn. Dat uitgangspunt helpt ons door deze crisis! Onze sector heeft flexibiliteit en inzet laten zien door patiënten snel op te vangen en IC's te ontlasten. Binnen alle beperkingen zagen de centra mogelijkheden om zieke en zorgintensieve COVID-19 patiënten een revalidatietraject aan te bieden. Triagesystemen en MDO's in de ziekenhuizen werden snel geïmplementeerd en transmurale zorg bleek dichterbij dan ooit.

Enfn, in dit nummer de focus op opleiding. Die zal er bij velen immers de afgelopen weken wat minder zijn geweest. Aios waren op vele afdelingen de reddingsboei voor de dagelijkse zorg. Laten we ons met het wat neerdalen van het stof ook weer focussen op de opleiding. Aan de mooie bijdragen onder bezielende leiding van de gastredactie te zien zal het aan de motivatie en mogelijkheden niet liggen!

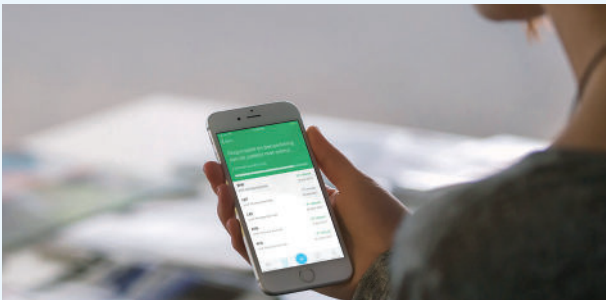
Mattijs Alsem, hoofdredacteur

Kortom

VERMELDING BIG-NUMMER

Onlangs nam het ministerie van VWS een definitief besluit over de verplichte vermelding van het BIG-nummer. Zorgverleners moeten patiënten over hun BIG-nummer informeren wanneer zij daar om vragen, het nummer vermelden bij het gebruik van hun naam op hun website (of website van werkgever) en in de e-mailondertekening van e-mailberichten die zij beroepsmatig verzenden. Het BIG-nummer hoeft dus niet op andere plekken te worden vermeld, zoals in wachtruimten. Officieel gaat dit besluit in op 1 januari 2021, maar VWS geeft ook aan dat deze datum wordt opgeschoven als dit door de coronacrisis noodzakelijk is. BIG-geregistreerde zorgverleners en hun werkgevers krijgen minimaal een half jaar de tijd om de verplichting te implementeren. - HW

NIEUW E-PORTFOLIO



Per 1 juli 2020 zullen alle aios, opleiders en leden de opleidingsgroep aan de slag gaan met het nieuwe e-portfolio van Reconcept. Dit portfolio sluit aan bij het nieuwe Landelijk Opleidingsplan BETER in Beweging. Het biedt een mooi overzicht van de bekwaamheidsniveaus van alle EPA's en generieke activiteiten, en toetsinstrumenten zoals een KPB, EBD, 360 graden feedback en OSAT kunnen gekoppeld worden aan een EPA of generieke activiteit. Zo is in een oogopslag te zien welke bewijzen een aios heeft verzameld en hoever hij of zij is in de opleiding. Daarnaast wordt het eenvoudiger een OOG-bespreking of 360 graden feedback uit te voeren doordat er digitaal een rondvraag kan worden uitgezet en kunnen KPB's en andere beoordelingen makkelijk via de smartphone app worden toegevoegd. Hiermee kan eenvoudig feedback worden ingewonnen onder leden van de opleidingsgroep. - Maud Oomen, beleidsadviseur en projectmanager VRA

GENEESPLEZIER

Topwif

Op de neurologieafdeling ga ik langs bij een man van in de vijftig, die een dwarslaesie type caudasyndroom heeft opgelopen. Hij ligt in isolatie, omdat hij uit een buitenlands ziekenhuis is overgeplaatst. Ik moet me daarom eerst in marsmannetjesgewaad hullen voor ik zijn kamer in mag gaan. Ondanks deze barrière hebben we een persoonlijk gesprek. Hij vertelt over zijn traumatische jeugd, de honderd verschillende baantjes die hij heeft gehad en over zijn vriendin die een 'topwif' is. Als ik hem ook lichamelijk heb onderzocht, bedenk ik ineens dat ik vergeten ben om naar seksuele stoornissen te informeren. Ik twijfel: het is een intiem onderwerp en ik voel me er ongemakkelijk bij om dat zo op de valreep nog ter sprake te brengen. Toch maar doen. 'Wat ben ik blij dat je erover begint!', zegt hij, 'we zitten er best wel mee'.

Anderhalve week later loop ik weer bij hem langs. Hij is op weekendverlof geweest. Spontaan vertelt hij dat er in de intimiteit met zijn vriendin ook vooruitgaan merkbaar is 'als u begrijpt wat ik bedoel'. Dat had hij me vast niet zo spontaan vertelt als ik er in dat eerste gesprek niet over begonnen was. Dat vind ik nou leuk aan mijn vak: niet alleen aandacht voor de stoornis, maar voor het hele leven van de patiënt inclusief het topwif met wie hij een relatie heeft.

Met een glimlach verlaat ik de kamer.

Anna Zielman

Arts in opleiding tot revalidatiearts OOR ON

TEGEMOETKOMING HERREGISTRATIE-EISEN DOOR CORONACRISIS

Alle specialisten (en profielartsen) behouden dit jaar hun registratie in de registers van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). Daarnaast krijgen zij die zich tussen 1 maart 2020 en 1 januari 2021 moeten herregistreren, een tegemoetkoming in de herregistratie-eisen van 10%. Met deze regeling hoopt de RGS specialisten (en profielartsen) zo min mogelijk te belasten tijdens de coronacrisis. Maar ieder die zich wil herregistreren kan dat blijven doen. Afhankelijk van de ontwikkelingen rond de coronacrisis, kan de RGS in de loop van het jaar besluiten over eventuele verlenging van de regeling. - HW

HEIKE VALLERY BENOEMD ALS HOOGLERAAR INNOVATIEVE REVALIDATIETECHNOLOGIE



Onlangs is prof. dr. ing. Heike Vallery benoemd tot gewoon honorair hoogleraar *Innovatieve Revalidatietechnologie* aan de afdeling Revalidatiegeneeskunde van het Erasmus MC.

Deze benoeming toont het belang van innovatieve revalidatietechnologie en is een belangrijke mijlpaal voor de verbinding tussen techniek en revalidatiegeneeskunde.

Een belangrijke vraag waar revalidatiegeneeskunde zich op richt is hoe mensen met een bewegingsbeperking kunnen worden ondersteund met technologische innovaties. Hiervoor is diepgaande samenwerking nodig op het grensvlak van techniek en geneeskunde. Heike Vallery is hiervoor de aangewezen persoon. Zij doet onderzoek op het terrein van tweebenig lopen en robotische ondersteuning voor patiënten met loopstoornissen. In de functie als hoogleraar Innovatieve Revalidatietechnologie zal Heike, naast het uitvoeren van haar onderzoek, de kennisinfrastructuur op het gebied van innovatieve revalidatietechnologie in wetenschappelijk onderzoek, onderwijs en patiëntenzorg verder vormgeven.

Gerard Ribbers, afdelingshoofd Revalidatiegeneeskunde, Erasmus MC, is blij met de benoeming. 'Het geeft een extra stimulans aan de samenwerking tussen TU Delft, Erasmus MC en de Erasmus Universiteit', aldus Gerard. In dit zogenaamde convergentie project streeft het Erasmus MC naar de status van een technisch universitair medisch centrum. Rijndam functioneert hierbij als klinisch testcentrum, een zogeheten *Living Lab*, waarin behandelaars samen met patiënten, onderzoekers en bedrijven innovatieve technologie testen. Zo werkt Rijndam actief mee aan de ontwikkeling van revalidatiegeneeskundige topzorg.

- Gerard Ribbers en Rita van den Berg-Emons

HERIJKING VAN HET VAK

Op woensdag 23 september zal de VRA voor aios en jonge klaren (< 5 jaar revalidatiearts) een bijeenkomst organiseren over Herijking van het vak. De bijeenkomst wordt van 18.00 tot 20.30 uur gehouden aan de Oudlaan 4 te Utrecht. **Save the Date** - HW

GENEESPLEZIER

Geneesplezier in tijden van Corona

Het is coronacrisis. Ook in ons ziekenhuis is de niet dringende zorg zo veel mogelijk afgeschaald. Mijn spreekuur doe ik al een aantal weken vooral telefonisch. En eerlijk is eerlijk: in bepaalde opzichten valt dat niet tegen. Ik word er efficiënt van en de patiënten ook. De gesprekken duren vaak niet langer dan strikt noodzakelijk, minder koetjes en kalfjes en fijn *to-the-point*. Maar toch... ik mis de patiënten in de spreekkamer! De halve dag aan die telefoon hangen is dan misschien wel efficiënt, maar ook behoorlijk saai. Vandaag heb ik geluk! Het beoordelen van een charcotvoet met nieuw ontstane wondjes bij inadequaat schoeisel kan niet wachten tot na de crisis en lukt ook niet telefonisch. Voor het eerst sinds weken heb ik dus weer een patiënt voor mijn neus. Ze heeft de afgelopen tijd haar diabetes en de bijkomende problemen niet zo serieus genomen. Ze loopt al jaren op voorlopige orthopedische schoenen, vervelend zwaar zijn ze, en ze zitten niet lekker. Ik vraag haar of ze de schoenen altijd draagt. Ze antwoordt eerlijk van niet. In huis draagt ze haar Uggs. Ja, ooit had ze van die 'opa pantoffels', maar die hebben het schoonspuiten van de tuin met de hogedrukspuit niet overleefd. Ze haalt haar schouders op, de Uggs voldoen volgens haar ook prima. Terwijl ze praat bestudeer ik haar voeten. Ik bekijk de onderkant van de voeten en vraag haar hoe het gevoel in haar voeten is. Weer haalt ze haar schouders op. 'Niet zo goed denk ik', zegt ze. Ik til haar andere voet op en zie daar iets dat haar antwoord bevestigt. In de voetzool steekt een glassplinter van een halve centimeter. Mevrouw lijkt zelf minder verbaasd dan ik.

Als ze de deur uitgaat vraag ik me af of ze na mijn adviezen en onze afspraken over nieuwe orthopedische schoenen beter voor zichzelf en haar voeten zal gaan zorgen. Ik betwijfel het. En toch heeft dit consult me een goed gevoel opgeleverd. Het is de bevestiging dat het live patiëntcontact de reden is dat ik zoveel plezier heb in mijn vak!

Merel Bijleveld

Revalidatiearts Basalt, locatie Zoetermeer

Nieuwe revalidatieartsen



Evelien Jansen
Opgeleid: OOR AMC
Huidige werkplek:
 Cordaan, Hof van Sloten,
 (Post-IC) Corona unit

Per: juni 2020

Aandachtsgebied(en):
 Dwarslaesie en PICS



Oscar Haver
Opgeleid: OOR AMC
Huidige werkplek:
 De Hoogstraat
Per: april 2020

Aandachtsgebied(en):
 neurorevalidatie volwassenen



Maaïke ten Thijede Boer
Opgeleid: OOR VUmc
Huidige werkplek:
 BovenIJ ziekenhuis

Per: april 2020

Aandachtsgebied(en):
 ziekenhuisrevalidatie



Anouk Huisinga
Opgeleid: OOR ON
 (Oost Nederland)
Huidige werkplek:
 Klimmendaal, locatie
 Slingeland Ziekenhuis, Doetinchem

Per: februari 2020

Aandachtsgebieden(en):
 ziekenhuisrevalidatie, NMA

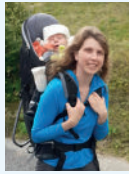


Frank van Herpen
Opgeleid: OOR ON
 (Oost Nederland)
Huidige werkplek:
 Canisius Wilhelmina

Ziekenhuis, Nijmegen

Per: januari 2020

Aandachtsgebieden(en): ziekenhuisrevalidatie, handrevalidatie



Lianne Fest
Opgeleid: OOR VUmc
Huidige werkplek:
 BovenIJ ziekenhuis
Per: januari 2020

Aandachtsgebied(en):
 ziekenhuisrevalidatie



Rosa Yahood-Burgers
Opgeleid: OOR Leiden/
 Den Haag
Huidige werkplek:
 Basalt, locatie Den Haag

Per: februari 2020

Aandachtsgebieden(en):
 kinderrevalidatie 0-4 jaar, DCD



Christiaan Broere
Opgeleid: OOR Leiden/
 Den Haag
Huidige werkplek:
 Rijndam, locatie

Westersingel

Per: maart 2020

Aandachtsgebied(en): klinische en poliklinische neurorevalidatie



Christel Rohrich
Opgeleid: OOR NO
 (Noordoost)
Huidige werkplek:
 UMC Utrecht, locatie

Wilhelmina kinderziekenhuis en Prinses Máxima centrum

Per: april 2020

Aandachtsgebied(en):
 kinderrevalidatie



Henk Geerdink
Opgeleid: OOR NO
 (Noordoost)
Huidige werkplek:
 Treant, locatie

Hoogeveen en Emmen

Per: januari 2020

Aandachtsgebied(en): kinderrevalidatie en bij volwassenen met name handrevalidatie en chronische pijn

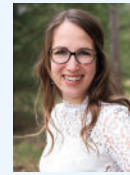


Irene Heijnders
Opgeleid: OOR Utrecht
Huidige werkplek:
 Libra Revalidatie
 & Audiologie,

locatie Leijpark

Per: maart 2020

Aandachtsgebied(en):
 neurorevalidatie



Ilse Halma
Opgeleid: OOR ZON
 (Zuidoost Nederland),
 circuit RET (Rotterdam-
 Eindhoven-Tilburg)

Huidige werkplek: Libra Revalidatie
 & Audiologie, locatie Blixembosch

Per: januari 2020

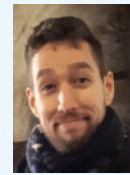
Aandachtsgebied(en):
 kinderrevalidatie



Anouk van Oers
Opgeleid: OOR Zuidwest
Huidige werkplek:
 Merem, locatie Lelystad
 en Almere

Per: februari 2020

Aandachtsgebied(en): ziekenhuisrevalidatie



Gomar Bos
Opgeleid: OOR Zuidwest
Huidige werkplek:
 Basalt, locatie Den Haag
Per: januari 2020

Aandachtsgebied(en): poli amputatie, orthopedie, traumatologie en chronische pijn

VAN DE GASTREDACTIE

Focus op de opleiding in de hele breedte



Opleiden is een woord dat geschreven dient te worden met hoofdletters.

Opleiden is er in allerlei vormen en op allerlei plaatsen. In dit nummer willen we u graag meenemen in het gehele opleidingscontinuüm: van de geneeskundeopleiding, de opleiding revalidatiegeneeskunde tot het leven lang leren van de revalidatiearts tijdens zijn carrière.

De toekomst van de basisopleiding wordt uiteengezet door onze acht collega's in de medische faculteiten van Nederland.

Zeker voor de arts van de toekomst is er veel te halen: functioneren van de mens, integrale benadering en samenwerking. Het elkaar inspireren en laten zien wat je doet is volgens prof. Paul Brand dé manier om de revalidatiegeneeskunde te profileren. We hebben onze medische en sociale collega's wat te bieden en hier kunnen we ons sterk voor maken binnen de geneeskundeopleiding!

Het leren van volwassenen is allang niet meer het pure meester-gezel model maar ontwikkelt zich door de modernisering van de medische vervolgopleiding steeds meer naar een individueel opleidingsplan voor elke aios. Vernieuwingen in het Landelijke Opleidingsplan worden uiteen gezet door het Concilium. Ook interprofessioneel opleiden (samen met andere specialismen), zoals de reumatologie, komt aan bod. Tot slot is er een nieuw toetsingsinstrument ontwikkeld: de *Entrustment Based Discussion*.

Bovendien is het voor de collega-revalidatieartsen niet af: het *life long learning* principe wordt steeds meer omarmd. De revalidatiearts kan zich tijdens zijn carrière verder vaardig maken in medisch leiderschap, iets wat begint tijdens de opleiding maar waar ook na de opleiding nog veel aandacht voor nodig is.

Wat mensen met passie voor opleiden en onderwijs inspireert wordt zichtbaar door de interviews met opleider Vera Schepers (UMC Utrecht) en door de interviews met de winnaars van de Docent van het jaar verkiezing van de VRA van de afgelopen vijf jaren. Ook hiervan kan geleerd worden van elkaar. Dat vuur van het doorgeven van kennis en vaardigheden willen we graag brandend houden.

Namens het Concilium,

Clemens Rommers

Irene Heijnders

Maud Oomen

Landelijk opleidingsplan BETER in Beweging: van plan naar praktijk

Vanaf 1 juli 2020 treedt het nieuwe Landelijke Opleidingsplan BETER in Beweging in werking. Maar wat betekent dit voor aios, opleiders en leden van de opleidingsgroep? In dit artikel bespreken we de grootste wijzigingen van BETER in Beweging en geven we u handvatten hoe u dit nieuwe opleidingsplan kunt toepassen in uw dagelijkse werk.



DRS. M. (MARIEKE) BOLK

Onderwijskundige MB Onderwijskundig
Ontwerp & Advies, adviseur VRA en projectleider
Federatie Medisch Specialisten, Utrecht

PROF. DR. V. (VINCENT) DE GROOT

Revalidatiearts en afdelingshoofd afdeling
Revalidatie Amsterdam UMC, locatie VUmc, Amsterdam;
voorzitter Concilium

M. (MAUD) OOMEN MSC MA

Beleidsadviseur Nederlandse Vereniging van
Revalidatieartsen, Utrecht



CORRESPONDENTIE

Concilium@revalidatiegeneeskunde.nl

Door de modernisering van de medische vervolgopleidingen is er de afgelopen jaren meer nadruk komen te liggen op de individualisering van de opleiding. Elke aios is anders en effectief opleiden is maatwerk. Om maatwerk ook te kunnen bieden aan aios revalidatiegeneeskunde, moest het opleidingsplan BETER 2.0 worden herzien. De afgelopen jaren is met het Concilium en vele betrokkenen bij de opleiding gewerkt aan een nieuw plan en de uitwerking van de *Entrustable Professional Activities (EPA's)*. Met het Landelijk Opleidingsplan BETER in Beweging kan de opleiding optimaal afgestemd worden op de competenties en de ontwikkeling van de individuele aios.

WAT IS ANDERS?

In het Landelijk Opleidingsplan BETER in Beweging is zowel de inhoud, de structuur als de toetsing/beoordeling van de opleiding veranderd. Hieronder worden de grootste wijzigingen puntsgewijs uitgelegd.

1. Inhoud van de opleiding

De opleiding revalidatiegeneeskunde bestaat uit vier verschillende bouwstenen: EPA's (basis- en verbredings-EPA's), generieke activiteiten, verdiepingsstages en kennis.

- EPA's beschrijven de professionele beroepsactiviteiten van de revalidatiearts. In EPA's zijn de CanMeds competenties in de vorm van concreet observeerbaar gedrag geoperationaliseerd. Ook is aangegeven met welke (toets)instrumenten de aios kan aantonen dat hij (onderdelen van) EPA's beheerst en wanneer hij wordt verwacht de activiteit zelfstandig te kunnen uitvoeren. Bekwaamheidsniveaus voor EPA's worden uitgedrukt in de mate van benodigde supervisie (van observeren naar zelf superviseren). Aan het eind van de opleiding kan een aios alle EPA's geheel zelfstandig uitvoeren (op supervisieniveau 4). Er zijn twee soorten EPA's: basis-EPA's en verbredings-EPA's (zie ook structuur van de opleiding). Tabel 1. toont een overzicht met de EPA's en generieke activiteiten.
- Generieke activiteiten geven meer algemene activiteiten van artsen weer. Het gaat hierbij om 'vakoverstijgende, veelal niet klinische, activiteiten' die de aios zich eigen dient te maken. Er zijn drie generieke activiteiten beschreven: leiding geven en organiseren (medisch leiderschap); actief bijdragen aan de wetenschap; en onderwijs en supervisie verzorgen. Deze generieke activiteiten komen voor alle aios op 'basisniveau' aan de orde. Daarnaast kunnen aios ervoor kiezen zich te verdiepen in deze activiteiten in het kader van een verdiepingsstage.

- Verdiepingsstages zijn stages aan het eind van de opleiding waarin de aios zich voor *minimaal 6 maanden* zal verdiepen in één of meer van de medisch inhoudelijke thema's, een bepaalde werkcontext, in één of meer van de generieke activiteiten en/of actueel maatschappelijke thema's. Opleidingscircuits en/of aios in samenspraak met opleiders maken hiervoor zelf, binnen de kaders voor verdieping, vooraf een stagebeschrijving. Met de verdieping kan de aios zichzelf profileren op een bepaald terrein. Er gelden een aantal voorwaarden voordat de aios kan starten met een verdiepingsstage.

- Kennis: volwassenen leren veel tijdens het werken in de praktijk en het reflecteren op praktijksituaties. Daarnaast is het noodzakelijk kennis te ontwikkelen door middel van scholing in de vorm van leerlijnen, leerblokken, ander cursorisch onderwijs en zelfstudie. Er zijn zeven medisch inhoudelijke thema's geïdentificeerd waarin de aios onderwijs zal krijgen op basis van een kennisbeschrijving. Daarnaast wordt er in het lijnleren onderwijs gegeven over thema-overstijgende (generieke) kennis.

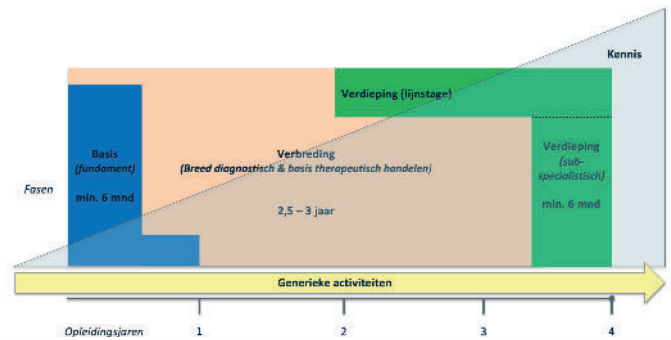
De verschillende bouwstenen zijn in samenhang met elkaar en met de opbouw van de opleiding te zien in figuur 1.

2. Structuur van de opleiding

- De opleiding is verdeeld in drie fases: basis, verbreding en verdieping. De basis van de opleiding bestaat uit het (grotendeels) behalen van een drietal basis-EPA's. Vervolgens is er ruimte voor verbreding van de opleiding, waarin de aios negen verbredings-EPA's zal behalen. Naast de EPA's is er ook ruimte voor de generieke activiteiten in elke fase van de opleiding. Aan het eind van de opleiding zal elke aios minimaal 6 maanden besteden aan verdieping op een bepaald medisch-inhoudelijk en/of maatschappelijk thema.

- De verplichte termijnen van de verschillende stages zijn losgelaten, met uitzondering van de verdiepingsstage (minimaal 6 maanden). De EPA's vormen de basis van de opleiding.
 - Elke aios dient in drie typen instellingen (UMC, algemeen ziekenhuis en revalidatiecentrum) stage te lopen. EPA's kunnen in verschillende typen instellingen gehaald worden. Binnen elke regio wordt bekeken waar de aios welke EPA het beste kan halen en op welk moment in de opleiding.

Duur, fasering en bouwstenen opleiding



Figuur 1. Samenhang bouwstenen van de opleiding revalidatiegeneeskunde.

Tabel 1. Overzicht van basis-EPA's, verbredings-EPA's en generieke activiteiten in de opleiding revalidatiegeneeskunde.

Basis:	1. Leveren van zorg op een klinische revalidatieafdeling
	2. Acute zorg leveren, dienst doen
	3. Poliklinisch spreekuur uitvoeren
Verbreding:	4. Interdisciplinaire revalidatiebehandeling aansturen
	5. Intercollegiaal consult (ICC) uitvoeren
	6. Cognitieve functiestoornissen diagnosticeren en behandelen
	7. Communicatief functioneren diagnosticeren en behandelen
	8. Loopvaardigheden diagnosticeren en behandelen
	9. Arm-handvaardigheden diagnosticeren en behandelen
	10. Problemen met liggen, zitten en transfers
	11. Ontwikkelingsgericht werken
	12. Zorg in de chronische fase leveren
Generieke activiteiten:	Leiding geven en organiseren
	Actief bijdragen aan de wetenschap
	Onderwijs & supervisie verzorgen

- Aan het eind van de opleiding functioneert iedere aios op de meeste deelgebieden op het niveau van een beginnend revalidatiearts. Tijdens de verdiepingsstage moet de aios laten zien in staat te zijn om op een of enkele deelgebieden een verdiepend niveau te behalen.



3. Toetsing/beoordeling

Met de introductie van de EPA's verandert er veel op het gebied van toetsing en beoordeling van de aios. De opleiding is gericht op het ontwikkelen van bekwaamheid op de EPA's. Dit wordt uitgedrukt in benodigde supervisie bij een activiteit.

- Om de voortgang op de EPA's te beoordelen kunnen verschillende toetsinstrumenten worden ingezet. Tijdens zogenaamde OOG (Oordeel OpleidingsGroep)-besprekingen wordt per EPA aan de hand van de door de aios zelf ingebrachte toetsuitslagen en het oordeel van de opleidersgroep besloten of de aios op superviseniveau 4 functioneert. Door deze summatieve beoordeling wordt het bekwaam verklaren van de aios transparanter en explicieter gemaakt. In het bezit van een bekwaamverklaring mag de aios de betreffende activiteit (met supervisie op afstand) zelfstandig uitvoeren.
- De aios is klaar met de opleiding als deze alle bekwaamverklaringen heeft verworven én de overige onderdelen van de opleiding heeft afgerond.

WAT MOET ER (SNEL) GEBEUREN?

Zoals hierboven weergegeven is het nieuwe Landelijk Opleidingsplan BETER in Beweging een grote verandering ten opzichte van het Opleidingsplan BETER 2.0. Dit betekent dat een aantal zaken anders georganiseerd moet worden in de regio. Een eerste stap in het omschakelen naar het nieuwe opleidingsplan is het gezamenlijk maken van een regionaal opleidingsplan met daarin o.a.: regionale organisatie van de opleiding; regionale planning van de verschillende onderdelen van de opleiding; volgen, monitoren, beoordelen en bekwaam verklaren van aios in de regio; en implementatie van het opleidingsplan en kwaliteitsbewaking. Belangrijke vragen hierbij zijn: wie zijn betrokken bij de opleiding? Waar kan de aios welke EPA het beste halen? Hoe zorgen we in de regio voor bekwaamverklaring van de EPA's? Hoe gaan we de OOG-bespreking inzetten in de regio? Welke verdiepingsstages worden waar in de regio aangeboden?

Ook is modernisering van de scholing nodig om beter aan te kunnen sluiten bij het leerproces van de aios. Dat vraagt een grondige analyse van de kennis die aangeleerd moet worden en de beste manieren waarop deze kennis aangeboden kan worden. De kennis is reeds beschreven in de kennisbeschrijvingen. Voor het op doelmatige wijze aanleren van deze kennis zal de juiste balans gevonden moeten worden tussen werkplekleren,

Met het Landelijk Opleidingsplan BETER in Beweging kan de opleiding optimaal afgestemd worden op de competenties en de ontwikkeling van de individuele aios

zelfstudie, e-learning, en lokaal, regionaal en landelijk onderwijs. Het Concilium en de Scholingscommissie werken momenteel aan een plan om deze modernisering vorm te geven.

Om het nieuwe opleidingsplan te ondersteunen heeft de werkgroep e-portfolio een nieuw e-portfolio vormgegeven, dat mooi aansluit bij de bouwstenen van het nieuwe opleidingsplan. Het e-portfolio geeft het afgenomen toetsmateriaal voor de verschillende EPA's overzichtelijk weer, zorgt voor digitale verzameling van feedback voor een OOG-bespreking of van een 360 graden feedback, koppelt leerdoelen aan verschillende gesprekken en zorgt in een oogopslag voor een overzicht van de voortgang van de aios.

Het Concilium, de werkgroep implementatie opleidingsplan en de werkgroep e-portfolio zijn de afgelopen periode druk bezig geweest om handvatten te ontwikkelen om de implementatie van het opleidingsplan te ondersteunen. Op de VRA-website staan hiervoor verschillende handvatten, zoals het nieuwe opleidingsplan, een samenvatting, een standaard presentatie om het opleidingsplan aan de opleidingsgroep te presenteren, tips bij het maken van een regionaal opleidingsplan, etc. Daarnaast is het uiteraard mogelijk om meer informatie te krijgen via de Concilium-vertegenwoordiger in het OOR.

TOT SLOT

Het Concilium wenst iedereen veel succes met het gebruik van het nieuwe opleidingsplan in de praktijk en is ervan overtuigd dat het nieuwe opleidingsplan zal zorgen voor kwaliteitsimpuls van de opleiding revalidatiegeneeskunde. ←

Meer informatie over implementatie van BETER in Beweging:
<https://revalidatiegeneeskunde.nl/nieuw-opleidingsplan-beter-beweging>

De vernieuwde opleiding tot revalidatiearts in het opleidingscluster OOR-ON

In dit artikel willen we jullie meenemen in de nieuwe vormgeving van de regionale opleiding tot revalidatiearts in de regio Oost-Nederland. We zijn hier al enige jaren geleden mee gestart en hebben daarom onze eigen terminologie gekozen. De komende maanden zullen we deze terminologie gaan aanpassen aan het nieuwe Landelijk Opleidingsplan BETER in Beweging van de VRA.



DR. I.J.W. (ILSE) VAN NES

Revalidatiearts en opleider Sint Maartenskliniek en vicevoorzitter opleidingsgroep regio OOR ON

DR. I.J.M. (IMELDA) DE GROOT

Revalidatiearts en opleider Radboudumc en voorzitter opleidingsgroep regio OOR ON

Mede namens de overige opleiders en plaatsvervangend opleiders revalidatie uit regio Oost Nederland



CORRESPONDENTIE

i.vannes@maartenskliniek.nl

De aanleiding voor de nieuwe vormgeving van de opleiding waren de berichten dat er minder opleidingsplaatsen zouden komen en dat er een verplichte verkorting voor alle aios zou komen. Tevens zou er meer nadruk komen te liggen op individualisering en profilering. We wilden geen kaasschaafmethode toepassen om tot korting te komen. Ook wilden we niet elke keer het wiel hoeven uit te vinden voor de individualisering en een individueel plan van een aios. Ons doel was het maken van een gedegen programma waarin aios binnen 3,5 jaar alle basisvaardigheden van het vak revalidatiegeneeskunde zouden kunnen ontwikkelen en waarbinnen ook ruimte was voor individualisering.

TOTSTANDKOMING

Om tot een goed plan te komen zijn we in 2014 gestart met de voorbereiding. We hebben een groep gevormd van opleiders, plaatsvervangend opleiders, een onderwijsadviseur en aios revalidatiegeneeskunde. Gemiddeld kwamen we elke drie maanden een dagdeel bij elkaar op een externe locatie. Tijdens de bijeenkomsten werden inhoudelijke discussies gevoerd en werden er taken afgesproken voor de volgende bijeenkomst. Ons opleidingscircuit bestond uit twee lussen. Als uitgangspunt hebben we genomen dat de lussen werden opgeheven en de regio als een geheel samenwerkt.

In het begin zijn we gestart met het bespreken van de sterke punten van alle betrokken opleidingsplekken binnen de regio. Gaandeweg het traject zijn hier meer praktische punten bijgekomen, zoals afspraken maken met het management, betrekken van de opleidingsgroepen van alle locaties, het opnieuw schrijven van een regionaal opleidingsplan en de afspraken met betrekking tot het in dienst treden van de aios.

Uiteindelijk hebben we een basisprogramma, een specialisatieprogramma en een profilering in wetenschap, management/innovatie of onderwijs/opleiding vastgesteld. In maart 2018 zijn de eerste aios volgens ons nieuwe regionale opleidingsplan gestart met de opleiding. Sinds die tijd worden alle aios binnen de regio op één plek binnen de regio aangenomen en vanuit hier gedetacheerd naar de overige opleidingsplekken.

BASISPROGRAMMA

Aan de hand van het kaderbesluit en landelijk opleidingsplan hebben we gekeken naar de minimale inhoud, zoals klinische revalidatie, poliklinische revalidatie, consulten en polikliniek. Hiervoor hebben we drie blokken gedefinieerd: neurologische revalidatie, kinderrevalidatie en orthopedische revalidatie. Mede op verzoek van de aios, zal elke aios starten op de klinische dwarslaesieafdeling. De reden hiervoor is de basis medische →

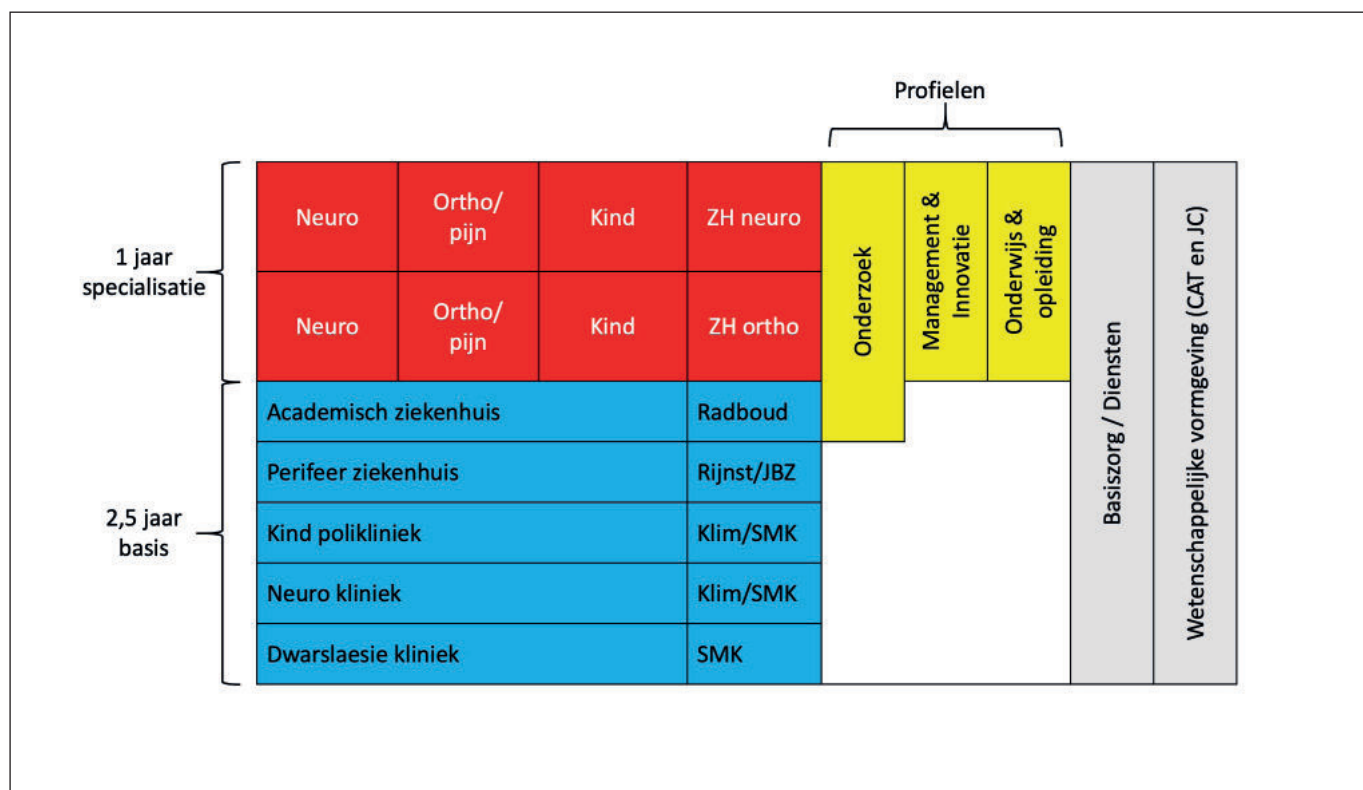
zorg op deze afdeling en daarmee ook de voorbereiding voor de voorwachten. Voor onderhoud van deze basis medische vaardigheden blijven de aios gedurende hun hele opleiding betrokken bij het verrichten van de voorwacht. Na de klinische dwarslaesierevalidatie volgt klinische neurorevalidatie, gevolgd door poliklinische kinderrevalidatie, ziekenhuisrevalidatie en een stage in het academisch ziekenhuis. Er is afgesproken hoe de verdeling van aios over de twee revalidatiecentra (Sint Maartenskliniek en Klimmendaal), waar klinische taken verricht worden, verloopt. Toen we bijna klaar waren met het hele plan, werd ook de set EPA's bekend. Deze hebben we toegevoegd aan alle stages en ook beschreven op welke plek welke EPA behaald kan worden.

SPECIALISATIEPROGRAMMA

In het 6e en 7e half jaar van de opleiding gaat de specialisatiefase in en daartoe maakt de aios in het 5e halve jaar (academische stageperiode) een keuze. Binnen deze specialisatiefase kan gekozen worden voor één van de drie basisthema's (neuro-, orthopedische of kinderrevalidatie) of het thema ziekenhuisrevalidatie (bestaande uit een combi van neuro- en orthopedische revalidatie gericht op ziekenhuisrevalidatie). In principe is er elk half jaar een stage, waarbij deze stage op twee locaties per half jaar gevolgd wordt. De topics en de locaties van deze stages zijn gekozen aan de hand van de sterke punten van de opleidingsplekken en daarnaast de wens van de aios en op basis van beschikbaarheid. De aios schrijven een gemotiveerde onderbouwing voor een van

Het implementeren van een vernieuwde opleiding vraagt om intensieve samenwerking tussen opleiders, supervisors, aios, opleidingsadviseur en management

de stages en kunnen dan aan de stage worden toegewezen. Naast de specialisatiefase kiezen aios zich nog een profiel. We hebben gekozen voor de profielen wetenschap, onderwijs/opleiding en management/innovatie. Voor het profiel dat gekozen wordt, wordt een individueel opleidingsplan geschreven in samenspraak met de opleider. Dit wordt vervolgens vastgelegd in het portfolio van de aios. Voor elk profiel zijn op basis van het kaderbesluit in het regionaal opleidingsplan eindtermen gedefinieerd, waaraan de aios moet voldoen om het profiel goed af te ronden. Deze profielstage wordt gedaan in het laatste jaar, met uitzondering van profiel wetenschap waar al eerder voor gekozen kan worden. We verwachten dat deze nieuwe manier van inbedden van de profielen in de opleiding een aantal duidelijke voordelen heeft. Zo is er betere voorbereiding op het profiel mogelijk, waardoor individuele kwaliteiten van de aios beter benut kunnen worden. Doordat er een betere voorbereiding op de stage mogelijk is, kan de stage bovendien beter benut worden.



Figuur 1. Overzicht opleidingsindeling van nieuwe regionale opleiding regio OOR-ON.

EERSTE ERVARINGEN

De eerste aios zijn nu twee jaar bezig met de nieuwe opleiding en de ervaringen zijn tot nu toe positief. Ze kunnen zich de eerste twee jaar volledig focussen op de patiëntenzorg en hoeven nog niets met hun profiel te doen. Zo kunnen ze voldoende 'vlieguren' maken en is ook de continuïteit voor de afdeling beter geborgd. Gedurende de twee jaar kunnen ze zich oriënteren op hun specialisatie en profiel, waardoor we beter kunnen aansluiten bij hun kwaliteiten en wensen.

ADVIEZEN VOOR SUCCESVOLLE IMPLEMENTATIE

Het introduceren van een nieuwe regionale opleiding vergt veel voorbereiding en veel tijd. We willen een aantal aanbevelingen meegeven waar wij gedurende het traject in positieve of minder positieve zin mee te maken kregen. Het allerbelangrijkste is om de aios direct vanaf de start van het traject te betrekken. Wij hadden steeds drie aios aanwezig bij de bijeenkomsten. Daarnaast was het voor ons heel erg prettig om een opleidingsadviseur aan boord te hebben. Zij zorgde voor de nodige inhoudelijke kennis en ook voor het in goede banen leiden van het hele proces. Bovendien konden we van haar ervaring gebruik maken om het regionale opleidingsplan vorm te geven.

Vanaf het begin van het traject hebben we de inhoud van het traject van de aios boven de bedrijfsmatige kant gesteld. De consequentie hiervan is dat er op sommige opleidingsplekken niet altijd een aios aanwezig is. Het betekent ook dat de aios echt boventallig is ten aanzien van werkzaamheden, waarop ingespeeld moet worden met planning van activiteiten van de aios en de zittende revalidatieartsen. Het is belangrijk om dit tijdig met het management en de opleidingsgroep te bespreken en de communiceren, zodat er op tijd een oplossing gezocht kan worden. Daarnaast is het ook belangrijk om het belang van deze nieuwe manier van opleiden te blijven uitleggen, zodat supervisors ook de achtergrond begrijpen en het kunnen uitdragen. Ten slotte is het belangrijk om rekening te houden met de wet- en regelgeving.

TOEKOMST

De volgende stap zal zijn om onze plannen aan te laten sluiten bij het nieuwe landelijk opleidingsplan dat recent verschenen is. We zullen hiervoor o.a. de basis generieke activiteiten explicieter moeten verwerken in ons nieuwe regionale en lokale opleidingsplan. Tevens zullen we onze terminologie aanpassen aan de terminologie die de VRA gekozen heeft. ←

**THUASNE**

*Optimale
ondersteuning van
het looppatroon*

thuasne.nl

ERVAAR 48% TRANSPIRATIE REDUCTIE

Met de nieuwe Alpha SmartTemp Gel Liner



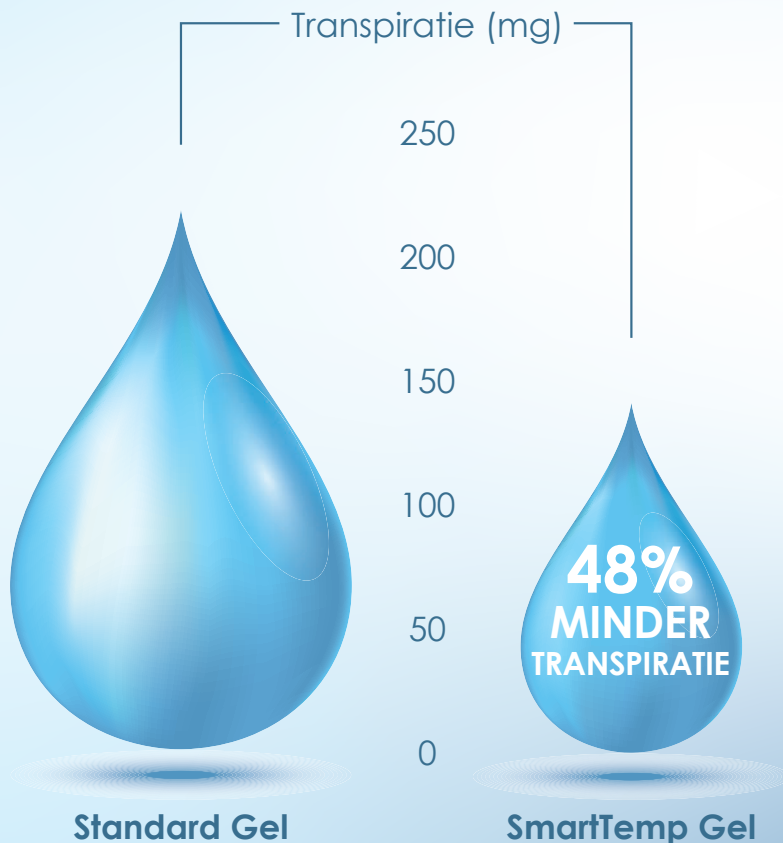
Proactieve transpiratie reductie met de comfortabele eigenschappen van TPE gel



Premium stof controleert pistoning, voorziet in een soepele knieflexie en voorkomt materiaalophoping



Beschikbare testperiode van 30 dagen



In een gerandomiseerd klinisch onderzoek ervoeren de deelnemers gemiddeld 48% vermindering van transpiratie bij het dragen van de Alpha SmartTemp Gel Liner ten opzichte van een standaard TPE Liner.*

*Onderzoekdata beschikbaar op www.ortho-europe.com

SmartTemp TPE Heated Room Test by Matthew Wernke, PhD, Alex Albury CPO, Daniel Conway, Larry Rowe
WillowWood Global LLC, Mt. Sterling, OH



 orthoeurope®

+31 (0)30 634 1681 | www.ortho-europe.nl | orders@ortho-europe.nl | info@ortho-europe.nl

INTERVIEW MET DR. VERA SCHEPERS OPLEIDER IN HET UMCU

'Een van de leukste dingen aan het opleider zijn, vind ik de groei en ontwikkeling bij de aios zien'

Sinds 2013 is Vera Schepers opleider voor de opleiding tot revalidatiearts in het UMC Utrecht. Er zijn op dit moment 62 opleiders en plaatsvervangend opleiders samen binnen de revalidatiegeneeskunde in Nederland. In dit themanummer over de opleiding tot revalidatiearts willen we graag aandacht schenken aan de rol van de opleider.



I.L.C. (IRENE) HEIJNDERS MSC

Arts in opleiding tot revalidatiearts OOR Utrecht, namens de Kerngroep, inmiddels revalidatiearts Libra Revalidatie & Audiologie



STIJN RADEMAKER



Vera Schepers is opleider in OOR Utrecht en werkzaam als revalidatiearts en onderzoeker in het UMC Utrecht. Zij heeft haar opleiding in Utrecht gevolgd van 1999-2006 in de vorm van een AGIKO-constructie. AGIKO is de afkorting van Assistent-Geneskundige In opleiding tot Klinisch Onderzoeker, hierin werden de opleiding tot specialist en een promotietraject gecombineerd, deze constructie bestaat formeel niet meer.

Waarom ben je revalidatiearts geworden?

'Ik heb dit specialisme gekozen vanwege mijn interesse in de gevolgen van een diagnose voor de patiënt; daar tijd en aandacht voor hebben vind ik belangrijk. Daarnaast vind ik het fijn om samen te werken met een groep therapeuten, samen resultaat neerzetten voor en met de revalidant. Ik heb voor mijn opleiding bewust naar een AGIKO-constructie gesolliciteerd. Aan het einde van de studie geneeskunde had ik interesse in onderzoek doen, daarvoor wilde ik meer vaardigheden leren. Die voorkeur voor exacte vakken had ik al op de middelbare school. De opleiding combineren met een promotietraject vond ik een leuke en leerzame combinatie. Ik wisselde de opleiding en promotie doen circa om het jaar af, afhankelijk van de planning van het onderzoek. Het was goed georganiseerd in mijn opleidingschema.'

Wanneer ben je opleider geworden?

'In 2013 werd ik hiervoor gevraagd door de voormalig opleider in het UMCU. Ik was al supervisor van de aios en het begeleiden van aios gaf me energie, dat was mijn initiële motivatie om opleider te worden. Voor mij houdt het opleiderschap in dat de opleiding goed georganiseerd is; mensen motiveren opleidingstaken op zich te nemen, daar een voortrekkersrol in hebben. Voordat ik ermee begon had ik geen beeld van wat er allemaal bij komt kijken, welke regelingen en kwaliteitseisen er zijn, waar de opleiding aan moet voldoen en wat de aandachtspunten zijn bij een opleidingsvisitee.'

Je bent eindoordelend opleider, wat houdt dat in?

'Binnen de revalidatiegeneeskunde in het OOR Utrecht heeft een aios een vaste opleider voor de gehele opleidingsduur. Elke opleidingslocatie heeft een lokale opleider, onderling verdelen wij met de drie opleiders de aios aan het begin van de opleiding. Ook als de aan mij gekoppelde aios op een andere locatie werkzaam is, →

voer ik de voortgangsgesprekken met de betreffende aios. De grote meerwaarde hiervan is dat je de aios over de gehele opleiding volgt. Hierdoor krijg je meer zicht op de persoon achter de aios, kun je beter de grote lijn vasthouden in de ontwikkeling en beter de persoonlijke leerdoelen monitoren: wat wil deze aios bereiken. Dit vind ik ook een van de leukste dingen aan het opleider zijn, de groei en ontwikkeling bij de aios zien en de aios daarbij begeleiden. De aios gaat in de loop van de opleiding beter zien waar zijn/haar kwaliteiten en interesses liggen.'

Kan iedere revalidatiearts opleider worden of zijn er eisen waaraan je moet voldoen?

'Er zijn eisen waar je aan moet voldoen. Je moet volgens het nieuwe kaderbesluit minstens drie jaar ingeschreven staan in het register als revalidatiearts. Daarbij moet je al langere tijd onderdeel uitmaken van de opleidingsgroep waar je de opleider wordt. In het UMCU gaat de Centrale Opleidingscommissie (COC) vooraf in gesprek met de beoogd opleider om een inschatting te maken of een beoogd opleider over de kwaliteiten beschikt om de opleidersrol te vervullen en wat diens motivatie is. Ik vind het belangrijkste dat een opleider affiniteit heeft met opleiden en daar energie uit haalt. Goed contact met de afdelingsleiding is ook belangrijk, omdat de opleiding goed neerzetten beïnvloed wordt door de organisatie. Daarnaast moet iemand het leuk vinden om supervisors te motiveren om taken binnen de opleiding te doen.'

‘Door de vragen die aios stellen kijk je met een frissere blik naar wat je zelf aan het doen bent’

Als opleider volg je daarvoor aanvullende *Teach the teacher* cursussen, bijvoorbeeld over het voeren van een voortgangsgesprek, welke informatie heb je daarvoor nodig, wat doe je als een aios het moeilijk heeft. Deze cursussen zijn specialisme-overstijgend, ik vind het altijd interessant om te zien dat opleiders van diverse specialismen tegen dezelfde dingen aan lopen.'

Kost het niet heel veel tijd dat opleiden?

'Ja het kost best veel tijd. Ik vind het moeilijk om dat in uren uit te drukken. Alle revalidatieartsen hier hebben een of meerdere neventaken, voor mij is dat o.a. het opleiderschap. De supervisie van aios kost tijd, maar dat verdelen we met de gehele opleidingsgroep. Een deel van de tijd gaat naar het voorbereiden en het voeren van voortgangsgesprekken en het deelnemen aan alle opleidingsvergaderingen, zoals de COC of regionaal overleg. Daarnaast zijn er wisselend over de tijd dingen die gedaan moeten worden.'

Wij zijn nu bezig met implementeren van de EPA's (*Entrustable Professional Activities*) in de opleiding, hoe gaan we dat lokaal doen en hoe richten we het opleidingsschema in. Een piekperiode voor mij als opleider is rond de opleidingsvisitatatie, dan moeten er veel documenten worden aangeleverd.

Binnen de regio is er een regionaal opleidingsoverleg. Onze samenwerking in de regio ervaar ik als goed en constructief. Door wat ik van anderen hoor, ben ik me ervan bewust dat een goede regionale samenwerking niet altijd vanzelfsprekend is, maar het voor mij als opleider wel veel prettiger maakt.'

Wat brengt het opleiden jou als revalidatiearts?

'Door de vragen die aios stellen kijk je met een frissere blik naar wat je aan het doen bent. Mensen die jonger zijn hebben andere dingen in de basisopleiding meegekregen. Je blijft beter op de hoogte van de ontwikkelingen die er zijn, ook in het algemeen in de gezondheidszorg. Daarnaast leer ik ook van het onderwijs met de aios. Een ander aspect is dat ik zicht krijg op individuele verschillen van aios. Het zijn allemaal verschillende artsen en iedereen pakt dingen net weer iets anders aan. Je houdt jezelf als opleider daarmee een spiegel voor, het maakt mij zelfbewuster.'

Zijn er ook minder leuke kanten aan het opleiderschap?

'Ja, het aanleveren van vele documenten voor de opleidingsvisitatatie is tijdrovend, ik denk dat dit papierwerk wel minder zou kunnen zijn. Ik denk dat het meerwaarde heeft en ook efficiënter zou zijn als de opleidingsregio als totaliteit geëvalueerd zou worden.'*1

Hoe zorg je ervoor dat de individualisering van de opleiding van de aios past in de dagelijkse werkzaamheden van de aios?

'Ik merk dat over individualisering verschillende ideeën bestaan. Ik zie het als samen met de aios zoeken naar diens individuele leerdoelen en daarbij aansluiten, maar ook aansluiten bij wie die aios is als persoon. Je kunt veel dingen leren uit alledaagse werkzaamheden. Kijk met de aios welke dagelijkse activiteiten meerwaarde hebben of leerpunten bevatten. Voor de ene aios zit dat meer in de communicatie met de patiënt, voor de andere aios is dat het aanspreken van een therapeut met andere ideeën en voor weer een andere aios kan dit het structureren van een brief zijn. Allemaal onderdelen die je in diezelfde dagelijkse patiëntenzorg goed kan leren. Individualisering gaat natuurlijk ook over individuele talenten en ambities, maar het wordt lastiger wanneer iemand zich alleen maar richt op zijn interesses.'

*1. De RGS is in 2019 gestart met het Project Implementatie Regionaal Visiteren. Regionaal visiteren richt zich op verschillende vervolgopleidingen van één medisch specialisme in één samenwerkingsverband. Hierbij krijgt de RGS inzicht in de samenhang en inhoud van de medisch-specialistische vervolgopleidingen binnen het samenwerkingsverband.



We kijken altijd samen naar mogelijkheden. Maar het moet wel relatie houden met hoe het totaalpakket van het werk als revalidatiearts eruit gaat zien, anders is er een risico op *cherry picking* en dat is niet de realiteit. Het is goed om als aios te leren hoe je energie uit je dagelijks werk haalt, want dat blijft ook als revalidatiearts een uitdaging. Individualisering gaat niet alleen over wat maak je als opleider mogelijk, maar ook hoe sta je er als aios in.'

Heb je nog tips voor aios?

'Het benutten van kleine leermomenten. In het dagelijks werk kun je al zoveel leren, maar het is belangrijk je daarvan bewust te zijn. De aios kan, samen met de supervisor, bewust stilstaan bij een ding wat je die dag of week geleerd hebt. Leermomenten zitten zeker niet alleen in het onderwijs en cursussen, hoewel dat relatief veel tijd kost. Als revalidatiearts gaat het ook om het werk in de dagelijkse praktijk. Daar motivatie en leermomenten uit

halen is een vaardigheid die je tijdens de opleiding kunt leren en de rest van je werkende leven kan gebruiken. De invoering van de EPA's waarbij er meer naar activiteiten wordt gekeken en minder naar competenties kan de aios helpen om meer en bewuster te kijken naar leermomenten in die dagelijkse praktijk, ook omdat je daar gericht bewijsmateriaal voor gaat verzamelen.'

Heb je nog tips voor het gaan gebruiken van het nieuwe Landelijke Opleidingsplan BETER in Beweging?

'We zijn gestart om te kijken welke EPA binnen welke stage past. Komend regionaal overleg wordt besteed aan het maken van een plan. Het aantal EPA's blijft nog aanzienlijk en het zijn activiteiten met een verschillend karakter. De EPA's 'Leveren van zorg op een klinische afdeling' of 'Poliklinisch spreekuur voeren' zijn duidelijke activiteiten, maar bijvoorbeeld de EPA 'Cognitieve functiestoornissen diagnosticeren en behandelen' kan een van de taken zijn bij poliklinisch werken, maar ook bij een consult in het ziekenhuis doen. Waar en wanneer welke EPA's behaald kunnen worden zal in het begin zoeken zijn, maar ik ben van de praktische aanpak,

'In het dagelijks werk kun je al zoveel leren, het is belangrijk je daarvan bewust te zijn'

we gaan ermee aan de slag! Het opleiden van de aios wordt naar mijn idee in essentie niet anders met de invoering van de EPA's. Het individuele contact van de aios met de opleiders en supervisors blijft het belangrijkste. De aios moet wel bewuster aan de slag omdat hij/zij zelf met bewijs moet komen voor het behalen van een EPA. Dat is denk ik wel anders ten opzichte van eerder, toen kwam de beoordeling meer vanzelf en was het bewijsmateriaal minder specifiek.'

Wil je nog iets meegeven?

'Kijk naar hoe je je opleidingsgroep kunt motiveren, want samenwerken met een gemotiveerde groep collega-supervisors geeft veel energie! Ik ervaar de opleidingsgroep in het UMCU als heel gemotiveerd voor hun opleidingstaken; alle revalidatieartsen hebben ook een superviserende rol, onderwijs is midden op de dag gepland, dit wordt als waardevol en belangrijk ervaren en alle artsen zijn hierbij aanwezig. Verder proberen wij de aios ook mee te nemen in het veranderende zorglandschap, andere diagnosegroepen binnen de revalidatie, ontwikkelingen op maatschappelijk gebied, hoe houden we de zorg betaalbaar, hoe ga je om met vergrijzing en waar loop je daarin tegenaan. Het zijn de aios die deze zorg in de toekomst gaan leveren.'



De zichtbaarheid van het vak van revalidatiearts

WAT KUNT U DOEN OM DIE TE VERGROTEN BIJ TOEKOMSTIGE ARTSEN?

Revalidatieartsen die het vak revalidatiegeneeskunde aantrekkelijker willen maken voor toekomstige artsen kunnen dit bevorderen door te investeren in hun rol als opleider, zich bewust te zijn van hun rol als rolmodel voor coassistenten en a(n)ios, en te investeren in een gunstig leer- en opleidingsklimaat op hun afdeling of in hun instelling.

In haar beleidsplan Revalidatiegeneeskunde 2025 luidt de VRA de noodklok: patiënten die baat zouden hebben bij revalidatiegeneeskundige zorg lopen die zorg nog te vaak mis. Eén van de oorzaken is een tekort aan jonge artsen die geïnteresseerd zijn in een carrière in de revalidatiegeneeskunde. Terwijl jonge artsen in de rij staan om opgeleid te worden tot kinderarts, gynaecoloog of chirurg is de belangstelling voor de revalidatiegeneeskunde beperkt. Tot tekorten in de opvulling van opleidingsplaatsen, zoals bij de ouderengeneeskunde, leidt het (nog) niet, maar zorgelijk is het wel. Hoe zou het komen dat de revalidatiegeneeskunde een relatief weinig populair specialisme is? En vooral: wat kunt u eraan doen om dat te veranderen?

WAAROM KIEZEN COASSISTENTEN VOOR EEN BEPAALD SPECIALISME?

Aan het begin van de coschappen hebben de meeste coassistenten nog geen, of slechts een beperkt, idee van wat ze willen worden na het artsexamen. De ervaring tijdens hun coschappen is bij de meeste coassistenten doorslaggevend bij het maken van een keuze voor een vervolgopleiding.¹ Die keuze wordt gebaseerd op twee belangrijke factoren: de kwaliteit van het gegeven onderwijs tijdens elk coschap, en het rolmodelgedrag van de 'bazen', van u dus.

REVALIDATIEGENEESKUNDE: EEN UITERST RELEVANT EN INTERESSANT COSCHAP

Revalidatiegeneeskunde is een integraal vak, waar het leven en het functioneren van de patiënt belangrijker is dan de ziekte en de diagnose, waar veel samen beslist wordt in het behandelteam en met de patiënt en diens familie, en waarin coassistenten uitgebreid kunnen snuffelen aan werken in multidisciplinaire teams. Het is dus een uiterst *relevant vak* voor de toekomstige dokter. Ook medisch inhoudelijk is de revalidatiegeneeskunde gevarieerd, breed en interessant voor toekomstige dokters. Het heeft raakvlakken met zowel de eerste lijn als een groot aantal specialisaties in de tweede en derde lijn. De revalidatiegeneeskunde biedt dus eigenlijk alle aspecten van het specialist-zijn die de Federatie Medisch Specialisten belangrijk vindt voor de specialist van 2025.¹

Hoe komt het dan dat er niet aan elke medische faculteit een coschap revalidatiegeneeskunde is? U kunt als beroepsgroep daarover zeggen 'tsja, daar gaan wij niet over'. Het zijn inderdaad de curriculumbouwers van de faculteit die daarover beslissen. Maar u kunt als beroepsgroep wel dat belang van de revalidatiegeneeskunde bij hen onder de aandacht brengen. Energiek en standvastig lobbyen. Zodat er een coschap



PROF. DR. P.L.P. (PAUL) BRAND

Kinderarts, decaan Isala Academie, Isala Zwolle en hoogleraar klinisch onderwijs, Wenckebach Instituut voor Onderwijs en Opleiding, Universitair Medisch Centrum Groningen



CORRESPONDENTIE

p.l.p.brand@isala.nl

revalidatiegeneeskunde in het curriculum komt en blijft, al is het maar als keuzevak, of als onderdeel van het verplichte coschap sociale geneeskunde.

GOED ONDERWIJS IN DE REVALIDATIEGENEESKUNDE TIJDENS DE COSCHAPPEN EN VOOR UW AIOS

Wat is dat, een goed coschap of een goede opleiding? Uit onderzoek weten we dat goed opleiden een drietal domeinen omvat: inhoud, organisatie en sfeer van de opleiding of het coschap.²

Inhoud

U heeft een prachtvak waarover u heel veel kunt en wilt vertellen. Er is zo veel kennis over te dragen! Toch is het goed om dan even stil te staan bij wat u met die kennisoverdracht wilt bereiken. Het doel van medisch onderwijs is niet zozeer de kennisoverdracht als zodanig: we willen vooral dat coassistenten en andere leerlingen die kennis ook gaan gebruiken. Toepassen bij hun patiënten, zowel nu als in hun latere loopbaan.

Uit empirisch onderzoek weten we aan welke principes klinisch onderwijs moet voldoen om ervoor te zorgen dat de kennis ook daadwerkelijk gebruikt en toegepast gaat worden (tabel 1).^{3,4} Misschien wel het belangrijkste principe is het *actief* betrekken van de leerling. Coassistenten leren meer van zelf patiënten zien, onderzoeken en begeleiden, dan van het luisteren naar een revalidatiearts die van alles uitlegt over de pathofysiologie van cerebrale parese of de domeinen van functioneren. Die kennis kunnen ze ook zelf opzoeken, als u ze duidelijk heeft gemaakt waarom het zo belangrijk is dat ze dat weten (liefst aan de hand van een casus). Intrinsiek ongemotiveerde coassistenten bestaan niet: ze willen allemaal dokter worden. Het is de kunst die motivatie aan te spreken, door uw enthousiasme, door de coassistenten te betrekken bij wat u doet, door ze zelf te laten oefenen en feedback te geven, door leermomenten expliciet te benoemen en

Tabel 1. De principes van het leren van volwassenen. Naarmate u meer van deze principes gebruikt in uw onderwijs over de revalidatiegeneeskunde tijdens het coschap, zullen coassistenten meer rendement van dit onderwijs ervaren en het onderwijs ook leuker en interessanter vinden.

Kom tot een duidelijk (leer)doel
Maak het onderwijs relevant
Maak de leerlingen actief
Sluit aan bij het niveau van de leerlingen
Breng duidelijke structuur aan in uw onderwijs
Toon enthousiasme
Geef constructieve feedback
Zet aan tot reflectie
Maak gebruik van de ervaringen van de leerlingen
Spreek de intrinsieke motivatie van de leerlingen aan

daarbij aan te sluiten bij wat de coassistent wil leren, of al eerder heeft geleerd.

Op deze manier kunt u de belangrijkste principes en problemen van de revalidatiegeneeskunde voorbij laten komen in het coschap. Wat u in ieder geval kunt doen is met uw vakgroep bespreken welke onderdelen van uw vak beslist voorbij moeten

komen tijdens het coschap. Wat is voor u en uw collega's essentieel – wat *moet* de coassistent in ieder geval van uw vak leren? Wat vindt u als vakgroep belangrijk om over te dragen (zie het voorbeeld in het kader). Ook als u aios, verpleegkundig specialisten, physician assistants of andere zorgprofessionals opleidt, gelden deze principes van effectief onderwijs. Omdat vrijwel iedere revalidatiearts ook aan opleiden doet loont het de moeite om u daar verder in te bekwamen.

Goed worden in het geven van klinisch onderwijs, in het toepassen van de principes uit tabel 1, gaat niet vanzelf. Daar kunt u zich in trainen. In iedere regio worden cursussen in opleidingsvaardigheden aangeboden, zoals *Teach the teacher* trainingen. Maak daar gebruik van: het is leuk, nuttig en leerzaam. Bovendien wordt u er een betere opleider van, en dat zullen toekomstige artsen waarderen (zie de paragraaf *Rolmodel* verderop).⁵

Organisatie

Hoe goed een coschap of opleiding inhoudelijk ook in elkaar zit, het rendement →

Een voorbeeld van effectief gebruik van principes van leren van volwassenen

Op de afdeling kindergeneeskunde van het Isala ziekenhuis willen de kinderartsen de coassistenten leren dat ze zinnig en zuinig moeten omgaan met het aanvragen van aanvullende diagnostiek. Vrijwel elke vorm van aanvullend onderzoek is voor kinderen belastend en onaangenaam. Bovendien is de a priori kans op (co)morbiditeit klein, zodat routinematig aangevraagd aanvullend onderzoek veel valspositieven oplevert. Daarom moeten de coassistenten leren, vinden de kinderartsen, om na een anamnese en lichamelijk onderzoek *altijd* eerst een denkstap in te bouwen (de epicrise, DD of werkhypothese) voordat ze aanvullend onderzoek aanvragen. De kinderartsen hebben onderling afgesproken dat ze dit bij elke patiëntencasus waar een coassistent zich in verdiept toetsen: bij elke poli- of spoedpatiënt, bij elke overdracht, bij elke zaalvisitatie wordt dus altijd gecheckt of de coassistent na anamnese en lichamelijk onderzoek eerst een conclusie of DD noemt. Dit staat ook in de modelinstructie voor de coassistenten die ze voor het coschap ontvangen. Het doel is dus duidelijk, de relevantie wordt herhaaldelijk benadrukt, de gewenste structuur van patiënten in kaart brengen en presenteren wordt zo geoefend, ze krijgen er voortdurend feedback op, en het sluit aan bij hun niveau van competentie. Zo worden ze ook gemotiveerd om dit bij andere coschappen ook te gaan toepassen.

De kinderartsen zelf moeten hierin natuurlijk het goede voorbeeld geven. Daarom hebben de kinderartsen ook onderling afgesproken dat ze elkaar erop aanspreken als ze zelf de denkstap overslaan en meteen doorgaan naar aanvullend onderzoek.

van die inspanningen wordt mede bepaald door een goede organisatie en structuur van het coschap. Begin met duidelijke doelen, geef aan wat u van de leerlingen verwacht (zie kader), hoe het programma van hun coschap of opleiding eruit ziet, bij wie ze terecht kunnen met vragen en feedback. Zorg bij coassistenten voor herkenbare momenten iedere dag waarin de coassistent een functie heeft (bij overdracht, visite, besprekingen, poli). Wissel patiëntgebonden werk af met praatjes en *bedside teachings* (waarbij u natuurlijk gebruikmaakt van de principes in de tabel). Als ze oefenen met patiëntgebonden activiteiten, observeer dan hoe ze dat doen, en geef ze gestructureerd en constructief feedback. Bied ze een vaste begeleider (mentor) aan. Maak duidelijk waar ze aan moeten voldoen om te slagen voor het coschap (of de stage of de opleiding), en handel daar ook naar bij de afsluitende eindtoets.

Sfeer

Het derde domein van de kwaliteit van een coschap of opleiding is de sfeer. Als de sfeer op een afdeling ondersteunend is, ambitieus én gezellig, met aandacht voor de mensen en wat ze willen leren, dan voelen de leerlingen (waaronder de coassistenten) zich meer thuis op de afdeling. Als de 'bazen' laten zien dat ze niet alleen hun expertise willen delen, maar ook hun onzekerheden, en als ze in woord en daad tonen dat ze willen leren van dingen die ze

niet weten of die fout gaan, dan zullen de coassistenten dat gedrag waarderen, en ook willen overnemen. Een dergelijke cultuur, die gericht is op leren en groei,⁶ verhoogt de bevoegdheid en verkleint de kans op overbelasting en burn-out.⁷

GOED VOORBEELD DOET GOED VOLGEN

Naast de expliciet omschreven inhoud van het onderwijsprogramma, leren coassistenten en andere leerlingen ook heel veel uit het zogenaamde 'verborgen curriculum': datgene wat u en uw collega's voordoen en overbrengen zonder het expliciet te maken.¹ Als de meesten van u te laat op de overdracht of multidisciplinaire teambesprekingen binnenkomen, zullen coassistenten en andere leerlingen denken dat u het niet belangrijk vindt om op tijd te beginnen. Als u laat zien dat u een denkstap of epicrise echt superbelangrijk vindt bij elk patiëntencontact (zie kader) zullen coassistenten het belang ervan steeds meer gaan inzien. Coassistenten en andere 'opleidingen' letten dus, bewust of onbewust, openlijk of verborgen, op *alles* wat u als dokter doet. Ze kijken of u inhoudelijk een goede dokter bent in alle zeven CanMeds competentiegebieden, ze letten erop hoe u uw rol als docent-opleider invult, en ze checken of u ook een beetje een prettig mens bent.⁸ Of u doet wat u zegt, of ze op u en uw oordeel kunnen vertrouwen, of u belangstelling toont voor hen als mens. Coassistenten en aios zijn net gewone

mensen: ze willen graag serieus genomen worden, en iets terugkrijgen (erkenning, respect, onderwijs) voor de inspanning die zij leveren voor de patiëntenzorg en voor uw afdeling of instelling. Die laatste rol, die van een gewoon prettig mens zijn, is in rolmodel-onderzoek het belangrijkste gebleken.⁸ Als u zich realiseert dat u in al deze drie domeinen (dokter, opleider, mens) elke dag een rolmodel bent voor uw leerlingen, dan kunt u dat ook gebruiken om te laten zien wat een voorrecht het is om revalidatiearts te zijn en uw prachtige werk te doen.

CONCLUSIES

Goed opleiden is een vak, en een vak kun je leren. Als u net zo uw best doet om een goede opleider te worden als u uw best doet om een goede dokter te zijn voor uw patiënten, en als u met uw collega's investeert in een goed georganiseerd, inhoudelijk sterk coschap (of opleiding) in een constructieve en ontspannen sfeer, als u zich elke dag bewust bent van uw rol als rolmodel voor al die jonge dokters die op uw afdeling voorbijkomen, dan zullen die jonge dokters (in spe) dat waarderen. Dat draagt bij aan hun enthousiasme voor het vak en aan hun motivatie om uw goede kenmerken als dokter en als opleider over te nemen. Afdelingen die zo investeren in onderwijs en opleiding, plaatsen op een inspirerende manier hun vak op een positieve manier in de schijnwerpers. ←

Referenties

1. Dornan T, Tan N, Boshuizen H, et al. How and what do medical students learn in clerkships? Experience based learning (ExBL). *AdvHealth SciEducTheoryPract* 2014;19:721-49.
2. Nijholt IM, Heldeweg MLA, Schonrock-Adema J, Brand PLP. Behoeft aan uniforme kwaliteitscyclus van coschappen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2018;162.
3. Brand PL, Boendermaker PM, Venekamp RM. Succesvol onderwijs en nascholing geven: 10 tips. *Ned Tijdschr Geneesk* 2014;158:A8137.
4. Brand PLP, Boendermaker PM, Venekamp R. *Klinisch onderwijs en opleiden in de praktijk*. 4e dr ed. Houten: Prelium; 2018.
5. Steinert Y, Mann K, Anderson B, et al. A systematic review of faculty development initiatives designed to enhance teaching effectiveness: A 10-year update: BEME Guide No. 40. *Med Teach* 2016;38:769-86.
6. Ramani S, Konings KD, Mann KV, Pisarski EE, Vleuten CPM van der. About Politeness, Face, and Feedback: Exploring Resident and Faculty Perceptions of How Institutional Feedback Culture Influences Feedback Practices. *Acad Med* 2018;93:1348-58.
7. Vendeloo SN van, Prins DJ, Verheyen C, et al. The learning environment and resident burnout: a national study. *Perspectives on medical education* 2018;7:120-5.
8. Jochemsen-van der Leeuw HG, van DN, Etten-Jamaludin FS van, Wieringa-de WM. The Attributes of the Clinical Trainer as a Role Model: A Systematic Review. *AcadMed* 2013;88:26-34.

Interdisciplinair opleiden: aios leren van elkaar

Artsen in opleiding tot revalidatiearts komen tijdens hun opleiding in aanraking met arts-assistenten van andere medisch specialismen. Het leren samenwerken in de opleidingsomgeving is een stimulans om te leren van elkaars vakgebied. De generieke activiteit 'Onderwijs en supervisie verzorgen' en de EPA 'Collegiaal consult' zijn naar ons oordeel mooie instrumenten om hieraan meer vorm te geven. In Maastricht hebben we daar de handschoen voor opgepakt.



PROF DR. G.M. (CLEMENS) ROMMERS

Revalidatiearts en hoogleraar,
Adelante afdeling revalidatiegeneeskunde MUMC+

DRS. H.J. (HENK-JAN) PRINS

Arts in opleiding tot revalidatiearts OOR ZON,
Adelante afdeling revalidatiegeneeskunde MUMC+



CORRESPONDENTIE

g.m.rommers@mumc.nl

Leren in de opleidingsomgeving gaat voor veel arts-assistenten (aios) gepaard met contacten met andere specialismen. Naast de vakinhoudelijke ontwikkeling staat het samenwerken in de patiëntenzorg centraal. Dit komt met name naar voren tijdens klinische en poliklinische intercollegiale consulten. Het leerproces van aios van verschillende vakgebieden samenwerkend met de revalidatiegeneeskunde kan echter versterkt worden door een kijkje in elkaars keuken te nemen door middel van stage lopen binnen een ander vakgebied. En daarmee je ervaringen in de verschillende vakgebieden samen te delen.

Doel: Aios revalidatiegeneeskunde leren om met artsen van een ander specialisme (in dit voorbeeld de reumatologie) samen te werken en van elkaar te leren in de opleidingsomgeving. Dit leren middels uitwisselingsstages in het ziekenhuis is daarvoor een prima vorm.

Vorbereiding: Er vindt overleg plaats tussen aios en opleiders, want beide specialismen dienen een meerwaarde te zien in de

uitwisseling. Tijdens dit overleg wordt besproken welke leerdoelen kunnen worden behaald en wat de verwachtingen over en weer zijn. **Advies:** Bied voorbereidingsopdrachten aan en laat de gast-aios aan de relevante onderdelen in patiëntenzorg en onderwijs deelnemen.

Uitvoering: Met oog voor de leerdoelen wordt een stappenplan voor de stage gemaakt. Het is belangrijk dat de aios mee kan denken en doen in het vakgebied. Revalidatievoorbeelden voor de reumatologie zijn: ICF-evaluatie; paramedische behandeling, technische spreekuren. Voor de revalidatie bij de reumatologie zijn dat: MDO reumatologie; poli reumatologie met o.a. artrose; fybromyalgie en reumaconsulent. **Advies:** Doe enkele keren samen spreekuur bij de reumatologie en de revalidatiegeneeskunde. Deel de tips en tops van je vak met je collega-aios. Zo ontwikkel je een goede inhoudelijke samenwerking die de opleidingstijd overstijgt.

Afsluiting: Gezamenlijk wordt de stage geëvalueerd, worden observaties uitgewisseld en wordt feedback gegeven aan de collega-aios. **Advies:** Geef elkaar de ruimte om te leren. Leg feedback vast in je eigen e-portfolio maar ook wederkerig in het portfolio van je collega-aios.

TIPS

- Bereid de stage ruim van tevoren voor. Maak het onderdeel van je e-portfolio. Het kan prima een verdiepingsstage zijn.
- Geef elkaar de ruimte om het vakgebied te verkennen. Houd contact met je collega tijdens de stage, over en weer.
- Maak elkaar nieuwsgierig: je collega-aios naar jouw specialisme en neem de tijd je te verdiepen in de mogelijkheden van het te bezoeken specialisme.
- De opleiders van beide disciplines evalueren gezamenlijk de beide stagemomenten.

CONCLUSIE

Het leren van aios onderling verrijkt de opleiding en heeft een geweldige *spin off* voor de samenwerking in de toekomst. ←

De revalidatiearts van morgen komt vanuit de basisopleiding geneeskunde!

De geneeskundeopleiding aan de acht medische faculteiten in Nederland is in beweging. Hoe krijgen wij de revalidatiegeneeskunde aan 19.000 studenten goed over het voetlicht? De acht onderwijscoördinatoren revalidatiegeneeskunde aan de medische faculteiten hebben de krachten gebundeld. Vanuit deze VRA werkgroep Academisch onderwijs revalidatiegeneeskunde delen we onze visie voor de toekomst.



Namens de VRA werkgroep Academisch onderwijs:

PROF. DR. G.M. (CLEMENS) ROMMERS

Revalidatiearts en onderwijscoördinator
Maastricht University, afdeling revalidatiegeneeskunde, Maastricht

DR. D. (DUCO) STEENBEEK

Revalidatiearts en onderwijscoördinator LUMC,
afdeling revalidatiegeneeskunde, Leiden

DR. W.J. (WILLEKE) KRUIHOF

Revalidatiearts en onderwijscoördinator
UMC Utrecht, afdeling Revalidatie, Fysiotherapie-wetenschap & Sport, Utrecht



CORRESPONDENTIE

clemens.rommers@maastrichtuniversity.nl

Leden VRA werkgroep Academisch onderwijs

- Prof. dr. G.M. (Clemens) Rommers, Maastricht
- Dr. D.S. (Duco) Steenbeek, Leiden
- Dr. W.G.M. (Wim) Janssen, Rotterdam
- Dr. L.A. (Laura) Bonouvrié, Amsterdam
- Dr. W.J. (Willeke) Kruithof, Utrecht
- Dr. M.W. (Mattijs) Alsem, Amsterdam
- Drs. H.J.M. (Helma) Hijdra, Nijmegen
- Prof. dr. M.F. (Michel) Reneman, Groningen

De geneeskundeopleiding wordt in Nederland op dit moment door ca 19.000 studenten gevolgd. Het Raamplan Artsenopleiding voor de studie geneeskunde beschrijft de eindtermen van de initiële universitaire opleiding tot arts in de vorm van competenties in de rollen waarin de arts in diverse beroeps-situaties moet kunnen functioneren. Het huidige Raamplan Artsenopleiding (2009) is aan vervanging toe. Begin 2020 wordt een nieuw raamplan verwacht. Voor de revalidatiearts van morgen is het essentieel dat de revalidatiegeneeskunde goed en beter vertegenwoordigd is in het raamplan. De in 2018 opgerichte VRA werkgroep Academisch onderwijs volgt de ontwikkelingen voor u op de voet. Het raamplan is opgesteld volgens de CanMeds-systematiek. Het is, zoals de inrichting van de huidige studie, 'klachten-gestuurd' en bevat een klachtenlijst van de patiënt met een beperkte uitwerking van de bijbehorende vaardigheden die aangeleerd dienen te worden. De revalidatiegeneeskunde is in een breed pallet van klachten vertegenwoordigd, maar het accent betreft de klachten van het bewegingsapparaat en cognitie. Voorbeelden van de benoemde klachten uit het Raamplan Artsenopleiding, die relevant zijn voor de revalidatiegeneeskunde, zijn de volgende: 62. Stijfheid, moeilijk bewegen; 63. Loopstoornissen; 64. Onwillekeurig bewegen; 65. Krachtsverlies; 66. Scheef gezicht; 67. Verminderd gevoel; 68. Tintelingen; 69. Verminderd/

wisselend bewustzijn; 70. Concentratie-stoornissen; 71. Vergeetachtigheid; 72. Verwardheid; 73. Stemmen horen/dingen zien die anderen niet zien.¹

In september 2018 is een werkconferentie gehouden over de contouren van de artsopleiding anno 2025.² Elementen die hierin naar voren kwamen:

- Leren nadenken is belangrijker dan kennis verwerven. Parate kennis blijft echter ook belangrijk.
- Studenten dienen al vroeg in de opleiding te leren om interactie aan te gaan met patiënten in hun context, om zo de vaardigheden te verwerven die de zelfregie en actieve participatie van de patiënt ondersteunen.
- Interprofessioneel leren is van belang, omdat medisch studenten al vroeg moeten leren samen te werken met andere disciplines. Deze vorm van leren is ook belangrijk voor de ontwikkeling van de identiteit en zelfcompetentie van de toekomstige arts.
- Het is belangrijk dat jonge professionals een houding aanleren van nieuwsgierigheid, waarin zij een leven lang blijven leren. Daarbij is het noodzakelijk om goed na te denken over de optimale inzet van de werkplek als leerplaats.

In de *Raamplan-visie van de KNMG* is er in 2040 dus een andere arts nodig dan nu.³ Wij denken ook dat er dan een andere revalidatiearts nodig is. Volgens de KNMG vraagt dit om een stevige, brede basisopleiding, die de toekomstige arts goed

voorbereid op een andere zorgvraag in een nieuwe context. Hierbij is het van belang dat de basis medische kennis goed geborgd blijft, denk aan vakken als anatomie, pathologie, farmacologie en fysiologie, naast psychologie, sociologie en technologie. Dit draagt ook bij aan het ontwikkelen van een gemeenschappelijke taal. Voor de revalidatiegeneeskunde kunnen we deze visie op de toekomst goed volgen, een focus op bijvoorbeeld de technologische ontwikkeling en het interdisciplinair werken is opgenomen in onze eigen beleidsplannen.

Studenten dienen zich vanaf het begin van de opleiding bewust te zijn van onbekwaamheden en het concept *life long learning*. Een individuele begeleiding is daarin dan ook voor iedere student essentieel.

In het *beleidsplan Revalidatiegeneeskunde 2025* wordt gesteld dat de zichtbaarheid van revalidatieartsen en de revalidatiegeneeskunde groter moet worden.⁴ Door een tekort aan bekendheid met de revalidatiegeneeskunde bij patiënten en zorgprofessionals, lopen op dit moment te veel patiënten revalidatiegeneeskundige zorg in de medisch specialistische revalidatiegeneeskunde (MSR) mis. Daar waar dit wel geïndiceerd is. We hebben binnen de beroepsgroep afgesproken dat iedereen met een revalidatie-indicatie verwezen wordt naar een revalidatiearts. Om dit te bereiken moet er ook iets aan de basis gebeuren: de geneeskundestudent.

De werkgroep is van mening dat we binnen de VRA moeten ambiëren dat iedere basisarts in Nederland ruime basale kennis heeft van de revalidatiegeneeskunde. Dat betekent een meer uniforme plaats in zowel de bachelor als de master en

invloegen in de toetsing binnen de bachelor en master.

In de opleiding geneeskunde dient iedere geneeskundestudent direct in aanraking te komen met de revalidatiegeneeskunde. Dit dient reeds in de bachelorfase van de geneeskundeopleiding tot stand te komen. Gezien de verschillende inrichtingen van de bachelor door de verschillende faculteiten, gebeurt dat heden met een grote diversiteit. Voorbeelden zijn colleges in de blokken over Beweging (in Nederland in uiteenlopende studie jaren gepland) en verschillende werkgroepvormen, waarbij patiënten frequent participeren. In de masterfase dient elke geneeskundestudent de mogelijkheid te hebben een keuzestage revalidatiegeneeskunde te volgen binnen de bestaande opleidingsstructuur. Wetenschappelijk onderzoek van studenten in de revalidatiegeneeskunde dient te worden gestimuleerd. Op dit moment kan dit in de vorm van keuzecoschappen (meestal 4 tot 10 weken), semi-artsenstage (de laatste stage, meestal 12-18 weken), wetenschapsstages en aangeboden schakel jaren (de combinatie van deze drie op één specialisme met als doel door te stromen in de medisch specialistische vervolopleiding).

Elementen waarin de revalidatiegeneeskunde voorloopt op de ontwikkelingen zijn bijvoorbeeld de volgende.

1. De impact van ziekte op het dagelijks functioneren van de patiënt.
2. Het ICF-model van de WHO om dit functioneren in kaart te brengen.
3. De relatie tussen de medische diagnose en revalidatiediagnose.
4. Interdisciplinaire vaardigheden als kerncompetentie in de geneeskunde van de toekomst.

Om deze basiskennis aan te kunnen bieden zal er hard gewerkt moeten worden aan een meer uniform onderwijsconcept van de revalidatiegeneeskunde binnen de medische faculteiten. Samenwerken en kennisdeling zijn daarbij aandachtspunten. De VRA werkgroep Academisch onderwijs dient daarbij te kunnen bouwen op de vele zorgprofessionals die betrokken zijn bij het medisch en paramedisch onderwijs. Ook de aios revalidatiegeneeskunde van de toekomst zijn onze docenten van de toekomst. Daarom zou als vanzelfsprekend onderdeel van hun opleiding de EPA dienen te bestaan die de docentprofessionalisering borgt.⁵ Dit is een voorbeeld waarin de revalidatiegeneeskunde heden zeker niet voorloopt. Het Opleidingsplan BETER in Beweging (2020) voorziet hierin met een verdiepingsstage. Wij zouden pleiten voor meer standaardisering van het onderwijs door aios en revalidatieartsen. Zonder deskundig opgeleide artsen in de specifiek benodigde kennis en vaardigheden van de revalidatiegeneeskunde, krijgen we niet de juiste patiënt op de juiste plaats binnen de MSR. Zonder goed voorbereide medisch studenten, kan de revalidatiegeneeskunde niet beschikken over de best gekwalificeerde aios voor de vervolopleiding. ←

Gebruik deze QR code voor informatie over de uitwerking per faculteit.



Referenties

1. Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra. *Raamplan Artsenopleiding 2009*. Utrecht: NFU, 2009.
2. Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra. *Verslag van de werkconferentie 'Basisarts van de toekomst'*. Utrecht: NFU, 2018.
3. *Raamplan visie van de federatie KNMG*, Utrecht: KNMG.
4. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. *Beleidsplan 'Revalidatiegeneeskunde 2025'*. Utrecht: VRA, 2018.
5. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. *Landelijk Opleidingsplan BETER in Beweging*. Utrecht: VRA, 2020.

IN GESPREK MET DE 'DOCENTEN VAN HET JAAR'

'Twintig jaar hetzelfde doen is ook in onderwijstermen niet meer van deze tijd'

Sinds 2015 wordt door de Kerngroep de verkiezing 'Docent van het Jaar' gehouden. Na vijf prijsuitreikingen leek het ons een leuk idee weer in gesprek te gaan met de winnaars van deze verkiezing om te horen hoe ze over het huidige scholingsprogramma denken en uiteraard in hoeverre deze verschilt van de tijd dat zij nog aios waren. Aan het woord zijn Casper van Koppenhagen, Maikel Siebrecht, Sander Geurts en Clemens Rommers.



DRS. C.E. (CHRISTIAAN) CLEMENS

Arts in opleiding tot revalidatiearts OOR VUmc, Amsterdam UMC

DRS. T.B. (THOMAS) ALLERSMA

Arts in opleiding tot revalidatiearts OOR NO, UMC Groningen

Docenten van het jaar 2015-2019

- 2015 – Prof. dr. G.M. (Clemens) Rommers
- 2016 – Dr. C.F. (Casper) van Koppenhagen
- 2017 – Prof. dr. A.C.H. (Sander) Geurts
- 2018 – Prof. dr. J.H. (Jaap) Buurke
- 2019 – Drs. M.A.N. (Maikel) Siebrecht

1. Waarom ben je docent van het jaar geworden?

Clemens: 'Ik denk zelf omdat ik toen al jaren bezig was met opleiding en onderwijs voor aios en geneeskundestudenten. Er werd lovend over mij gesproken vanwege de jarenlange betrokkenheid.'

Casper: 'Omdat ik bij elke vorm van onderwijs denk: Er zit een zaal vol leergierige mensen, die hun kostbare tijd vrij hebben gemaakt om naar een verhaal van mij te luisteren: laat ik maar mijn stinkende best doen!'

Sander: 'Dat is me nooit verteld. Ik neem dit jaar voor de 12e keer het coördinatorschap en docentschap van de eerstejaars basis-

curcus Klinische Epidemiologie & Statistiek op mij. Ik vermoed dat dit een belangrijke rol heeft gespeeld. Ik vind het altijd weer erg leuk om jonge, enthousiaste aios wegwijs te maken in de principes van wetenschappelijk onderzoek.'

Maikel: 'Dat heb ik zelf ook moeten teruglezen na de verkiezing... Het was wel een prachtig compliment. Ik probeer afwisseling te geven in de manier van aanbieden van inhoud en interactie. Omdat ik zelf een wat matig geheugen heb, steek ik veel tijd in voorbereiding en vorm. Dat geeft me dan ook meer rust en plezier bij het geven van onderwijs.'

2. Is het huidige scholingsprogramma toereikend of mist er nog iets in?

Clemens: 'Het programma dient steeds te worden aangepast aan de ontwikkelingen. Twintig jaar hetzelfde doen is ook in onderwijstermen niet meer van deze tijd.'

Casper: 'Het gaat mij meer om de manier van invullen. In een warme collegezaal een dag lang naar saaie voordrachten met overvolle slides luisteren, die letterlijk in het handboek staan, is niet meer van deze tijd.'

Sander: 'Eerlijk gezegd heb ik hier geen goed totaaloverzicht van. Mijn indruk is dat het geheel van het VRA Scholingsprogramma goed gebalanceerd is met thematische blokken en leerlijnen.'

Maikel: 'Ons vak is heel breed en er zijn allerlei ontwikkelingen. We zullen dus altijd moeten kiezen en daarmee veel belangrijke onderwerpen tekortdoen. De nieuwe aanpak in de opleiding waarin je makkelijker eigen accenten kan aanbrengen, ook buiten je eigen vakgebied, vind ik daarom een goede ontwikkeling. Als ik toch iets moet noemen is het dat er relatief weinig aandacht is voor management en beleid, zowel op regionaal als landelijk vlak.'



Prof. dr. G.M. (Clemens) Rommers



Dr. C.F. (Casper) van Koppenhagen

3. Wat vind je van hippe interactieve dingen als Kahoot en dergelijke?

Clemens: 'Interactief samen naar leerstof kijken vind ik altijd leuk. Wat opvalt is dat de kwaliteit van de vragen niet goed genoeg is om echt de kennis of vaardigheid te beoordelen. Een goede vraag maken is veel moeilijker dan je denkt.'

Casper: 'Interactie bestaat naar mijn idee vooral uit discussie en dialoog. Dat is gewoon een kwestie van de zaal in je verhaal betrekken. In de collegezaal ren ik vaak na vijf minuten de trap op en sta ik ineens met een microfoon voor de neus van een net niet oplettende student. Geloof me, er zijn er dan wel een paar wakker!'

Sander: 'Ik houd erg van interactie met de ai's tijdens het lesgeven, maar Kahoot is een nogal passieve en anonieme manier van interacteren. Niet mijn ding!'

Maikel: 'Ik vind het een enorme toevoeging aan de interactieve mogelijkheden. De nieuwe mogelijkheden vergen, bij mij althans, nog wel leerervaring in toepassen en doseren. Op een recent symposium had ik via een Mentimeter bijvoorbeeld een overdosering aan open vragen en was iedereen voornamelijk bezig met zijn of haar telefoon, waardoor de bedoelde interactie totaal niet op gang kwam.'

4. Veel tekst in je slides: een DO of een DON'T?

Clemens: 'Er zijn duidelijke afspraken over max. 5 regels en liever afbeeldingen dan tekstverhalen. Pas op om je dia als spiekpapiertje te gebruiken voor je eigen verhaal. Dan zijn naar mijn idee

steekwoorden op een blaadje beter. Bovendien is interactie met de luisteraars veel leuker, ook voor jezelf als presenter. Gebruik eventueel elektronische middelen om vragen te stellen: dan doen ook mensen mee die normaal geen vragen stellen. Zelfs in dit ZOOM tijdperk prima te gebruiken.'

Casper: 'Absolute don't. Ik hanteer de 5x5 regel, 5 regels met 5 woorden. Anders verzuip je in de slide.'

Sander: 'Een absolute don't, zowel voor de toehoorder als voor de spreker zelf. Slides dienen vooral om visuele informatie (bijvoorbeeld figuren, tabellen, foto's, films) over te dragen, en de structuur van de presentatie vast te houden.'

Maikel: 'Als directe ondersteuning voor je voordracht in principe een don't. Voor een ander doel van de tekst, bijvoorbeeld een overzicht of omdat een presentatie later als naslag gebruikt kan worden, kan het een functie hebben.'

5. Een start en eindtoets bij elke cursus, goed idee?

Clemens: 'De ervaring leert dat het toetsen van informatie aanzet tot studeren. Intrinsieke motivatie is er vaak wel, maar we moeten niet vergeten dat het ook een spiegel voor jezelf is, om te zien hoe je ervoor staat. Of een minder goede prestatie dan gevolgen moet hebben is meer een uitvloeisel van normering. Als je zelf ervaart dat je minder scoort, hopen we dat het aanzet tot reflectie en extra aandacht voor je zwakke plekken.'

Casper: 'Zeker. Als het goed is leer je wat, en dat vertaalt zich heerlijk terug in cijfertjes.'

→



Prof. dr. A.C.H. (Sander) Geurts

Sander: ‘Dat hoeft voor mij niet. Het is in de eerste plaats voor docenten heel veel extra werk en ik heb dat in de praktijk nog nooit echt goed zien werken. Bovendien krijg je een soort van ‘stress’ rondom iedere cursus, die het plezier in leren negatief kan beïnvloeden. En als je een eindtoets doet, zouden hieraan ook consequenties moeten zitten en dat is ingewikkeld in het huidige opleidingskader.’

Maikel: ‘Het kan een belangrijk middel zijn voor het ondersteunen van je leereffect. Het aanboren van motivatie waarom en wanneer je iets zou willen weten en het makkelijk kunnen (terug)vinden van betrouwbare informatie zijn zeker zo belangrijk. Ik verwacht dat bij een meer digitale leeromgeving toetsen meer gevarieerd en op maat kunnen worden aangeboden.’

5. Wat is volgens jou dan de beste manier om kennis te toetsen? En is een landelijke cursus het beste moment om te toetsen?

Clemens: ‘Het toetsen op EPA-niveau zou een combi moeten zijn: wat je in de praktijk geobserveerd laat zien geeft een goede indruk, het is niet cijfermatig te onderbouwen maar helpt wel op weg; kennis toetsen blijft evenwel belangrijk; Met name de theorie achter de praktijk blijft een bron van aandacht, dat moet je niet onderschatten. Als je de opbouw of werking niet goed snapt kun je niet makkelijk schakelen als het probleem anders is dan de vorige keer. Hoe je dat toetsen moet; een platte kennistoets zegt niet alles maar helpt wel om je eigen vaardigheden te kunnen



Prof. dr. J.H. (Jaap) Buurke

beschouwen. Een ultieme vorm van kennis toetsen is iemand anders uitleggen hoe het in elkaar zit en waarom er nu gekozen is voor deze oplossing en aanpak. Dat zegt meer dan MC vragen naar mijn idee.’

Casper: ‘Kennis toetst de supervisor in de praktijk, het liefst met ‘waarom’- en ‘hoe zit dat nou’-vragen. En dan het liefst tijdens een patiëntpresentatie. Dus ook als er tijdsdruk is, of juist dan.’

Sander: ‘Ik denk dat we op den duur 2 tot 3 grote digitale toetsen verplicht zouden moeten stellen voor de opleiding, liefst zelfs internationaal. De reumatologen hebben al iets dergelijks in de vorm van EULAR-modules, die zijn echt heel professioneel en duurzaam georganiseerd.’

Maikel: ‘De praktijk blijft de belangrijkste (motivatie)bron van leren en toetsen. Cursussen waar je heen gaat of dingen die je vraagt/opzoekt vanuit je eigen praktijk of als voorbereiding op een aankomende stage leveren mijns inziens het meeste op. Je luistert en vraagt dan gerichter, toetst jezelf en onthoudt het beter door koppeling aan een casus of sprekeuur.’

6. Hoe houd je de aios zelfs op vrijdagmiddag scherp en enthousiast?

Clemens: ‘Door te blijven vragen, casus door te nemen maar ook anekdotes van je eigen praktijk en leuke dingen buiten het werk te delen, bijvoorbeeld hobby of leuke gebeurtenissen.’

Casper: ‘Stel een vrijdagmiddagborrel in het vooruitzicht! Maakt de ‘opleidelingen’ hongerig en zorgt na afloop voor een reflectie-

moment van de week, even los van alle POPs en EPA's, die uiteraard ook best van belang zijn.'

Sander: 'Vrijdagmiddag staat het weekend voor de deur, dus heb ik altijd goede zin. En dat probeer ik uit te stralen. Verder is vrijdagmiddag het dagdeel van de week waarop het meeste onderwijs in ons netwerk wordt verzorgd. Goed onderwijs helpt enorm *to keep the spirit high.*'

Maikel: 'Door meer eigen inbreng van de cursist: bijvoorbeeld workshops en practica.'

8. Daarover gesproken, ging (en gaat) het sociale programma ten koste van het onderwijs of hoort het ook gewoon bij het scholingsprogramma?

Clemens: 'Samen een band smeden is voor je carrière net zo belangrijk als kennis vergaren. Mijn aios-groep uit 1991 heeft nog steeds een goede band en een groepsfoto - zou ik zeggen - is een must!'

Casper: 'Op die avonden leer je elkaar, jezelf en zeer zeker ook het vak kennen. Er worden contacten gesmeed, waar je in je verdere carrière alleen maar profijt van hebt. Je leert over de schutting van je veilige omgeving kijken en in het dagelijks verkeer met collega's in den lande gaat samenwerking toch net iets makkelijker als je een keer met elkaar aan de toeg hebt gehangen.'

Sander: 'Ahummm, als ik nu zou zeggen dat het helemaal nooit ten koste ging van op tijd aan de vrijdag beginnen, dan zijn er nog genoeg (actieve) collega's die binnen no time het tegendeel aannemelijk zouden kunnen maken. Ik was in die tijd wel wat wilder dan nu. En ja, een sociaal programma hoort erbij.'

Maikel: 'Een belangrijk onderdeel van een meerdaagse cursus. Het geeft afwisseling en door je medecursisten beter te leren kennen zal je ze later ook makkelijker kunnen benaderen voor overleg of samenwerking. Ik krijg als docent ook wel inhoudelijke of praktische vragen met betrekking tot de cursus. Het sociale deel wordt in Groningen altijd erg gewaardeerd en is een zeer belangrijk onderdeel van elke meerdaagse cursus. Het is wel prettig als cursisten de volgende cursusdag nog wek- en leerbaar zijn.'

9. Welke stad had toen jij in opleiding was het beste sociale programma?

Clemens: 'Zonder meer in Groningen omdat we daar meerdere dagen bij elkaar waren. Het Nova Zembla effect had altijd als voordeel dat bijna iedereen meedeed.'

Casper: 'Groningen. Dat komt ook omdat iedereen gedwongen is te blijven. Tegenwoordig hoor ik regelmatig terug van de aios dat men om 22.00 al moe van de dag het bed opzoekt. Kijk, vroeger was niet alles beter, maar dát kwam in mijn vocabulaire niet voor.'

Sander: 'Ik heb ook de beste herinneringen aan Groningen, varen op het Paterswoldsemeer en dan 's avonds die prachtige binnenstad in, heerlijk!'

Maikel: 'De kwaliteit van het sociale programma is voornamelijk afhankelijk van het gezelschap, niet zozeer van de locatie of het programma.'

10. Heb je tips voor collega's om deze prijs een keer te winnen?

Clemens: 'Wordt zelf blij van het leren van anderen: dan komt de rest vanzelf.'

Casper: 'Nee, want ik dacht dat het een oeuvreprijs was voor Clemens Rommers. Volgens mij geldt hier gewoon dat je te allen tijde je stinkende best MOET doen als je onderwijs MAG geven. Je best doen dus, stinkend en al.'

Sander: 'Volgens mij moet je nooit een prijs proberen te winnen. Een prijs moet je overkómen op een moment dat je er absoluut niet over hebt nagedacht. Maar los van deze prijs, blij vooral met enthousiasme onderwijs geven, waarbij zogenoemd 'frontaal' onderwijs nog wel degelijk 'mag'. Ook al is het wat uit de tijd, met frontaal onderwijs kun je écht bezieling overbrengen (iets wat ik mis bij veel 'nieuwere' vormen van onderwijs).'

Maikel: 'Hoe leuk ook om te winnen: niemand geeft onderwijs om een prijs te winnen. De verrassing was juist geweldig. De voorwaarden voor goed onderwijs creëer je daarnaast, zoals ook in mijn geval, vaak als groep in plaats van als individu. De opzet van het landelijk digitaal onderwijs zal heel veel tijd, creativiteit en inspanningen vergen. Ik hoop dat de misschien minder zichtbare betrokkenen daarbij ook voldoende aandacht en erkenning krijgen.'



Drs. M.A.N. (Maikel) Siebrecht

EEN INNOVATIEF FEEDBACK INSTRUMENT
IN DE OPLEIDING REVALIDATIEGENEESKUNDE

De Entrustment-based Discussion

De *Entrustment-based Discussion (EBD)* is een innovatief feedback instrument. Het instrument is ontwikkeld om aan de hand van casuïstiek de mate van zelfstandig werken van een aios binnen een *Entrustable Professional Activity (EPA)* te toetsen. Er kan feedback worden gegeven op het functioneren zodat concrete doelen kunnen worden geformuleerd waaraan de aios kan werken voordat het zinvol is om een Oordeel OpleidingsGroep bespreking (OOG-bespreking) aan te vragen. In dit artikel worden de voordelen van de EBD besproken door deze te vergelijken met twee andere veel gebruikte instrumenten: de STAMPPOT en *Case-based Discussion (CBD)*.



DRS. P.M. (PAUL) DEKKER

Revalidatiearts, afdeling revalidatiegeneeskunde
Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden

DRS. M. (MARIEKE) BOLK

Onderwijskundige MB Onderwijskundig Ontwerp &
Advies, adviseur VRA en projectleider Federatie
Medisch Specialisten, Utrecht

PROF. DR. TH.J. (OLLE) TEN CATE

Professor of Medical Education, Universitair Medisch
Centrum Utrecht, en Scientific Director Center for
Research and Development of Education, Universitair
Medisch Centrum Utrecht

DRS. R. (RUTGER) DAHMEN

Revalidatiearts en opleider, Reade, centrum voor
revalidatie en reumatologie, Amsterdam.



CORRESPONDENTIE

p.m.dekker@lumc.nl

Vertrouwen binnen de gezondheidszorg kan worden uitgelegd als een concept dat gericht is op veiligheid en effectiviteit.¹

Binnen de opleiding tot medisch specialist moet worden beoordeeld of, en op welk moment, een aios het vertrouwen krijgt om zelfstandig te kunnen gaan werken. Met andere woorden: wanneer de opleidingsgroep denkt dat een aios voldoende veilig en effectief werkt. Dit vertrouwen wordt deels bepaald met het meten/vastleggen van competenties.²

Om het competentiegericht opleiden binnen de gezondheidszorg te faciliteren zijn de *Entrustable Professional Activities (EPA's)*, oftewel de toe te vertrouwen beroepsactiviteiten, ontwikkeld.¹ Met de introductie van de EPA's binnen de medisch specialistische vervolgopleidingen kan het zelfstandig werken binnen een EPA, en het zelfstandig werken als aios in de opleiding als geheel, gefaseerd worden opgebouwd.

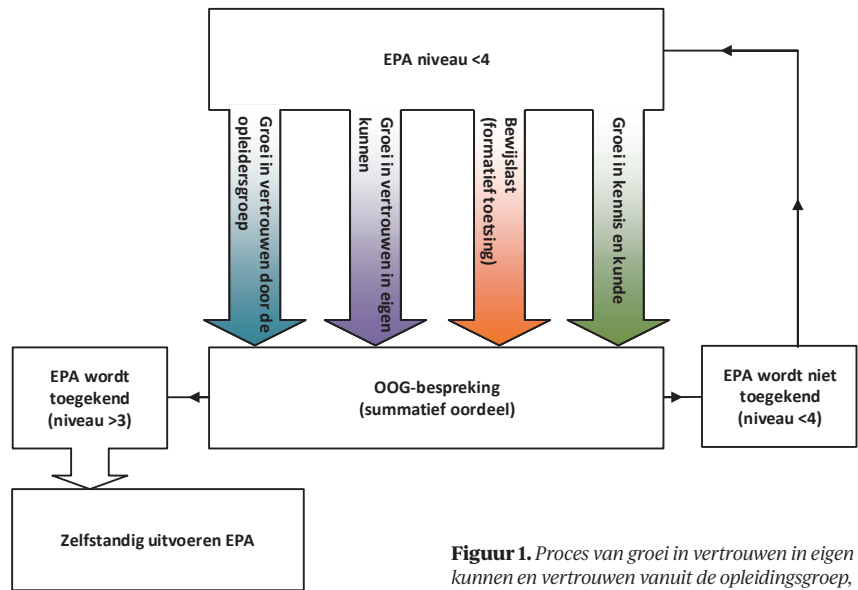
DE EVALUATIE VAN ZELFSTANDIG WERKEN, VERTROUWEN EN RISICO'S

De groei van zelfstandig werken van een aios binnen de EPA's is een proces dat wordt beschreven in vijf niveaus.³

Een aios zal het vertrouwen om steeds meer zelfstandig te gaan werken zelf moeten opbouwen aan de hand van het toepassen van vaardigheden in de praktijk. Daarnaast moet het vertrouwen van de opleidingsgroep om steeds zelfstandiger te gaan werken 'verdiend' worden. Het is belangrijk dat de ontwikkeling van het zelfstandig werken wordt geëvalueerd en geregistreerd in relatie tot de EPA's. Zo kan concreet worden geformuleerd waar een aios aan moet werken om een bekwaamverklaring (op niveau 4) te krijgen. Op het moment dat een aios het vertrouwen in zichzelf heeft om zelfstandig een EPA uit te kunnen gaan voeren, en verwacht dat de opleidersgroep dit vertrouwen deelt kan een Oordeel OpleidingsGroep bespreking (OOG-bespreking) worden aangevraagd. Tijdens deze bespreking wordt een discussie gevoerd om te bepalen of een bekwaamverklaring wordt afgegeven. In de OOG-bespreking moet de volgende vraag worden beantwoord: *vertrouwen wij erop dat de aios de kennis en kunde heeft om zelfstandig binnen deze setting een patiënt te bevragen, onderzoeken en/of te behandelen op een veilige en effectieve wijze, c.q. om een EPA uit te voeren?* Leidraad in de discussie zijn vooraf afgenomen toets- en feedback instrumenten.

Het afgeven van een bekwaamverklaring door de opleidingsgroep gebeurt op basis van vertrouwen, omdat de aios nu eenmaal niet in elke afzonderlijke unieke situatie kan worden getoetst.⁴ Ter vergelijking: bij het rijexamen acht de examinator de leerling rijvaardig op basis van een theoretisch en praktisch examen. Ondanks dat de leerling niet is geëxamineerd in extreem weer, of in het buitenland waar andere regels gelden, wordt het risico op problemen als acceptabel ingeschat en de rijvaardigheid afgegeven.

In figuur 1 wordt het proces getoond van groei in vertrouwen, groei in kennis en kunde en bewijsverzameling die leiden tot een OOG-bespreking.



Figuur 1. Proces van groei in vertrouwen in eigen kunnen en vertrouwen vanuit de opleidingsgroep, groei in kennis en kunde en bewijsverzameling vooraf aan een OOG-bespreking.

Risico is de tegenhanger van vertrouwen. Het betreft het risico op complicaties of verkeerde of suboptimale behandeling van een patiënt, inclusief aspecten als attitude en bejegening. Wanneer het besluit bij een OOG-bespreking is dat er nog geen bekwaamverklaring wordt afgegeven, is dit omdat het risico dat een aios binnen die EPA een patiënt op een niet-juiste manier behandelt groter is dan verwacht mag worden van een zelfstandig werkend jonge medisch specialist.^{5,6}

Bestaande (toets)instrumenten sluiten onvoldoende aan bij het werken met de EPA's. Deze zijn immers ontwikkeld vóór de introductie van de EPA's. Daarom is het moeilijk om met deze instrumenten tussentijds de mate van zelfstandig werken van de aios binnen een EPA te evalueren of hier concreet feedback op te geven. Ook bieden deze instrumenten slechts beperkt

mogelijkheden om concreet de risico's en gevolgen voor een patiënt te bespreken. Als gevolg hebben aios en opleidingsgroep weinig handvatten om te bepalen wanneer het aanvragen van een OOG-bespreking zinvol is. Deze instrumenten vormen nog wel het uitgangspunt voor discussie binnen de OOG-besprekingen.

DE STAMPOT EN CASE-BASED DISCUSSION

De STAMPOT is een uitbreiding op de *One Minute Perceptor methode*.⁷ Door de aios wordt een samenvatting van de ziektegeschiedenis met probleemstelling gegeven, en toegewerkt naar een werk- en differentiaaldiagnose. De aios heeft hierbij een actieve rol en stelt vragen aan de supervisor in plaats van andersom. Extra leerpunten, die eventueel ook buiten de context van de casus kunnen vallen en waar een aios waarschijnlijk niet snel zelf op zal komen,

kunnen in de vorm van 'pareltjes' worden meegegeven. Er kan bijvoorbeeld gedacht worden aan zeldzame ziektebeelden waarbij een bepaalde ziektepresentatie kan bestaan of bepaalde complicaties die kunnen optreden na een interventie, maar er kan bijvoorbeeld ook een bruggetje worden geslagen naar gesprekstechnieken. Na het bespreken en formuleren van een plan volgt een zelfstudie en wordt afgesproken wanneer getoetst wordt of aan de opdracht voor zelfstudie is voldaan.

De Case-based Discussion (CBD) is een feedback instrument voor formatief of summatief toetsen, of om als kapstok te dienen voor casuïstiekbesprekingen zonder dat hier een meer geformaliseerde toetsing aan vast zit. Net als bij de STAMPOT wordt bij de CBD aan de hand van casuïstiek een samenvatting en beleid besproken. Een verschil is dat bij een CBD vaak vragen worden gesteld om buiten de context van die casus breder kennis en kunde te evalueren: 'Wat als...?' vragen. Dit gebeurt door factoren uit de casus, zoals geslacht, pathologische kenmerken→

Het afgeven van een bekwaamverklaring door de opleidingsgroep gebeurt op basis van vertrouwen

of de sociale context, te veranderen en de aios binnen deze nieuwe theoretische context te bevragen. Onze ervaring is dat de CBD op verschillende manieren en breed wordt ingezet binnen de medisch specialistische vervolgopleidingen. Zo worden binnen de opleiding revalidatiegeneeskunde regelmatig onderdelen van de CBD gebruikt in een Korte praktijk Beoordeling (KPB) en soms op deze manier ook ingezet als formatief toetsinstrument.

DE ENTRUSTMENT-BASED DISCUSSION

De *Entrustment-based Discussion (EBD)* is een specifieke vorm van een CBD en heeft, net als de CBD en de STAMPPOT, een ‘live’ casus als uitgangspunt, bedoeld voor *work place-based assessment*.⁸ In de vorm van een kort gesprek met een aios of student wordt kennis en kunde binnen de context van een EPA geëvalueerd, nadat deze de betreffende EPA heeft uitgevoerd. Hierbij vormen vier vragen het uitgangspunt:

1. Wat heb je gedaan?
2. Waarom deed je dat?
3. Met welke risico's en complicaties heb je rekening gehouden? en
4. Wat zou je gedaan hebben als...?.

TOEVOEGINGEN AAN DE ENTRUSTMENT-BASED DISCUSSION

Om de EBD meer op het werken met de EPA's aan te laten sluiten hebben wij twee toevoegingen aan dit instrument gedaan. Onderdeel A bestaat uit het voorafgaand aan de EBD bespreken op welke EPA getoetst wordt en het noteren wat de mate van zelfstandig werken is. Er kan ook getoetst worden op verschillende onderdelen van een EPA. In onderdeel B worden de vier vragen van de EBD doorgenomen. Ten slotte wordt in onderdeel C vastgelegd wat de *geschatte* mate van zelfstandig werken is en kan concreet, eventueel aan de hand van de verschillende onderdelen van de betreffende EPA, feedback worden gegeven.

Tabel 1. Schematische weergave van verschillende onderdelen van de EBD.

Onder-deel A	Welke EPA wordt getoetst?		
	Wat is het niveau van supervisie op dit moment?		
Onder-deel B	EBD vragen		Doel/toelichting
	1	Wat heb je gedaan?	Laat de aios de casus (handelingen, bevindingen) en de relatie met de EPA toelichten.
	2	Waarom deed je dit?	Vraag aios handelingen te relateren aan relevante achtergrondkennis (anatomie, (patho)fysiologie, diagnostische tests en/of therapeutisch middelen). Check klinisch redeneren.
	3	Met welke risico's en mogelijke complicaties hield je rekening?	Hoe was aios voorbereid om te gaan met deze risico's en complicaties?
	4	Wat als de patiënt of situatie anders zou zijn geweest? Had je dan anders gehandeld? Hoe?	Denk aan verschillen in cultuur, geslacht, medische voorgeschiedenis, onverwachte bevindingen, mentale of fysieke onregelmatigheden, zelfde casus in de avonddienst etc.
Onder-deel C	Geschatte niveau van supervisie		
	Feedback		

TOETSING EN ANDERE VERSCHILLEN MET VEEL GEBRUIKTE INSTRUMENTEN

In tegenstelling tot de STAMPPOT en de CBD is de EBD een toetsinstrument. Tijdens het afnemen van de STAMPPOT en CBD kunnen ‘sturende’ vragen worden ingezet voor het leerproces. Hierdoor kan een aios geholpen worden te komen tot een differentiaaldiagnose, conclusie of beleid. Binnen de EBD worden zuiver vragen gesteld met als doel het niveau van zelfstandig werken te bepalen; ‘sturend vragen’ maakt dit niet mogelijk.

Belangrijke andere verschillen met de STAMPPOT en de CDB zijn verder dat er gewerkt wordt met een vaste structuur en dat er concreet feedback wordt gegeven binnen de context van een EPA. Dit maakt onder andere verbeterpunten inzichtelijk voor de aios en opleidingsgroep en geeft

handvatten voor wanneer een aios een OOG-bespreking kan aanvragen. Bij de introductie van de EBD werd de nadruk gelegd op risico-inventarisatie en het doorvragen buiten de context van de casus zelf (vraag 3 en 4 van de EBD). Het is onze ervaring dat soms ook juist gekozen kan worden om de nadruk te leggen op vraag 1 en/of 2. In tabel 1 is een schematische weergave van de verschillende onderdelen van de EBD.

DISCUSSIE

De EBD heeft de potentie om een waardevolle aanvulling te zijn op andere instrumenten. Het instrument kan OOG-besprekingen faciliteren en ondersteunen in het concreet, tussentijds feedback geven aan aios in relatie tot de EPA's. De eerste ervaringen binnen de opleiding revalidatiegeneeskunde zijn zeer positief.

IMPLEMENTATIE

Om de EBD te implementeren binnen de opleiding revalidatiegeneeskunde is bij het voorjaarscongres van de VRA in 2018 een eerste aanzet gegeven in de vorm van een workshop. In februari 2020 is een tweede workshop gegeven tijdens de landelijke opleidersdag van het Concilium. Het zakkaartje en bijbehorende presentaties van de workshops zijn terug te vinden op de website van de Vereniging voor Revalidatieartsen.⁹

De EBD zal een vaste plek binnen het nieuwe portfolio krijgen. ←

Referenties

1. Cate O ten. *Nuts and Bolts of Entrustable Professional Activities*. *J Grad Med Educ*. 2013;5:157-8.
2. Scheele F, Teunissen P, Luijk S van, Heineman E, Fluit L, Mulder H. *Introducing competency-based postgraduate medical education in the Netherlands*. *Med Teach*. 2008;30:248-53.
3. *Medischevervolgopleidingen.nl*. <https://www.medischevervolgopleidingen.nl/epas>. Published 2020. Accessed March 20, 2020.
4. Smit M, Hoog M de, Brackel H, Cate O ten, Gemke R. *A National Process to Enhance the Validity of Entrustment Decisions for Dutch Pediatric Residents*. *J Gr Med Educ*. 2019;11:158-64.
5. Damodaran A, Shulruf B, Jones P. *Trust and risk: a model for medical education*. *Med Educ*. 2017;51:892-902.
6. Cate O ten. *Managing risks and benefits: key issues in entrustment decisions*. *Med Educ*. 2017;51:879-81.
7. Brand PLP, Boendermaker PM, Venekamp R. *Supervisie volgens de STAMPOT-methode: efficiënte integratie van patiëntenzorg en klinisch onderwijs*. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2011;1-5.
8. Cate O ten, Hoff RG. *From case-based to entrustment-based discussions*. *Clin Teach*. 2017;14:385-9.
9. www.revalidatiegeneeskunde.nl. <https://revalidatiegeneeskunde.nl/nieuw-opleidingsplan-beter-beweging-concept>. Accessed March 24, 2020.

OPLEIDINGSPLEZIER**It takes two to tango, who leads?**

Mijn vroegere dansleraar vond het zichtbaar leuk zijn groep uit te dagen en steeds beter te zien worden. Ik geniet van het begeleiden van de persoonlijke ontwikkeling van zowel patiënten als medewerkers. Het succes daarvan begint met de verantwoordelijkheid die iemand neemt voor die ontwikkeling. Leerlingen van een dansschool en aios zijn wat dat betreft erg leuke groepen om mee samen te werken: enthousiast, leergierig en druk bezig met de ontwikkeling van hun professionele of hobbyvaardigheden. Voor beide groepen werkt uitdaging en goede begeleiding.

In de opleiding tot medisch specialist is die begeleiding gericht op het ontwikkelen van het vertrouwen van zowel de aios zelf als dat van de opleidingsgroep in de beroepsactiviteiten van de aios. Door herhaalde reflecties op de geïntroduceerde *Entrustable Professional Activities (EPA's)*, gestructureerde beschrijvingen van afgebakende beroepsactiviteiten die een specialisme kenmerken, moeten aios in verschillende situaties laten zien wat zij kunnen.

Ik denk dat deze methode heel geschikt is voor de revalidatiegeneeskunde-opleiding. In ons vak verzamelen we behoorlijk wat informatie tijdens de intake: een uitgebreide anamnese, inclusief hulpvraag, dagelijks functioneren, en persoonlijke en omgevingsgebonden factoren. Een lichamelijk onderzoek waarin ook de vaardigheden van de patiënt uitgebreid onderzocht worden. In de conclusie moet deze informatie vervolgens geïntegreerd worden met kennis over de onderliggende aandoening(en) en de functionele prognose, en leiden tot een geïndividualiseerd behandelplan. Het vertrouwd raken met deze complexe synthese leer je niet uit boeken en niet zondermeer uit cursussen, maar vooral in de dagelijkse praktijk.

Het is in de afgelopen decennia steeds duidelijker geworden dat volwassenen heel veel leren in praktijksituaties. Een groot deel hiervan betreft impliciet leren, een onbewust proces dat je vooral niet te veel moet willen expliciteren en dat gebaat is bij blootstelling aan diverse en uitdagende ervaringen. Een ander aanzienlijk deel betreft het leren van anderen aan de hand van reflecties op werkgerelateerde (of hobby-)situaties. Dit is één op één te koppelen aan de dagelijkse supervisiemomenten: het is aan de aios om die situaties goed te benutten, en aan de supervisor om de aios uit te dagen en goed te begeleiden.

It takes two to tango, who leads?

Prof. dr. Vincent de Groot

Voorzitter Concilium

Revalidatiearts en hoogleraar Amsterdam UMC, afdeling revalidatiegeneeskunde

Dokters in the lead

Medisch leiderschap is een belangrijk gespreksthema binnen de Federatie Medisch Specialisten en vast onderdeel in de opleiding tot revalidatiearts. Medisch leiderschap is echter niet voorbehouden aan de opleiding of het bestuur. Van elke revalidatiearts wordt verwacht dat deze, ieder op zijn eigen manier en niveau, medisch leiderschap toont. In dit artikel leest u meer over het waarom en hoe.



A.A. (ANNETTE) VAN KUIJK MD PHD

Revalidatiearts, medisch directeur Tolbrug, Jeroen Bosch Ziekenhuis 's-Hertogenbosch, namens Concilium

A.M. (ANNE MARIE), TER STEEG MD MHA

Revalidatiearts, voorzitter divisie Revalidatie, Reade Amsterdam, namens de Beroepsbelangencommissie (BBC)

R. (RINZE) BENEDICTUS MSC

Arts in opleiding tot revalidatiearts OOR NO, UMC Groningen, namens de Kerngroep en Beroepsbelangencommissie (BBC)



CORRESPONDENTIE

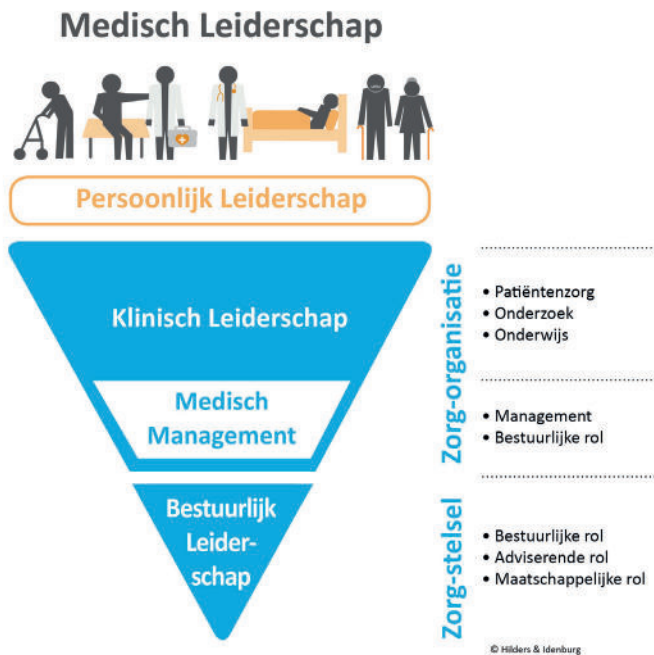
a.v.kuijk@tolbrug.nl

Het revalidatielandschap is de afgelopen jaren sterk in beweging. Minder complexe zorg wordt dicht bij de patiënt in de eerste lijn aangeboden, complexe zorg geconcentreerd. Er wordt steeds meer samengewerkt in regionale, en soms ook landelijke, netwerken. De zorgprofielen van revalidatiecentra en revalidatieafdelingen van ziekenhuizen veranderen en de zorgverzekeraars hebben in dit proces een regiefunctie gekregen. Revalidatieartsen zijn lang niet allemaal meer in loondienst, ze werken ook als ondernemende zelfstandige zonder personeel (ZZP'ers). Innovaties, dure geneesmiddelen, maar zeker ook vergrijzing met zijn invloed op ziekte en gezondheid en zijn invloed op het aantal mensen dat

beschikbaar is om te werken in de zorg, maken dat er keuzes gemaakt moeten worden om zorg betaalbaar en beschikbaar te houden voor iedereen die dat nodig heeft. Al deze ontwikkelingen vragen om een grotere betrokkenheid en medeverantwoordelijkheid van ons als (aankomend) revalidatieartsen bij de formulering en uitvoering van de strategische koers van onze organisaties, maar ook van onze beroepsvereniging, de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA). Belangrijkste vraag die wij in al deze ontwikkelingen moeten blijven stellen is: waar wordt de patiënt beter van?

MEDISCH LEIDERSCHAP: WAT IS DAT?

Medisch leiderschap is door het Platform Medisch Leiderschap (PML) gedefinieerd als: veranderingen in de gezondheidszorg mogelijk maken middels jezelf, anderen en de maatschappij.¹ Medisch leiderschap is iets anders dan medisch management waarbij het gaat om het organiseren van complexe medische vraagstukken. Met medisch leiderschap neem en toon je als (aankomend) specialist verantwoordelijkheid over het volledige zorgproces van en rondom de patiënt. Naast inhoudelijke kennis en vaardigheden zijn hiervoor ook organisatorische, financiële en leidinggevende kennis en vaardigheden essentieel. Het belang van medisch leiderschap is terug te vinden in de *Arbeidsvoorwaarden Medisch Specialisten (AMS)* zoals opgesteld door de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD), de Federatie Medisch Specialisten (FMS) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ).² Integraal onderdeel van de AMS is het *Statuut voor medisch specialisten in dienstverband*. Het Statuut regelt de afzonderlijke en de gezamenlijke verantwoordelijkheden van de raad van bestuur en de medisch specialist in dienstverband over de kwaliteit en kwantiteit van de te verlenen medisch specialistische zorg. Omdat zij hierop over en weer aanspreekbaar zijn, zullen het bestuur en medisch specialisten 'in eigen huis' heldere afspraken moeten maken over deze kwaliteit en kwantiteit van de te leveren zorg. Het doel van de afspraken in het Statuut is dat de medisch specialist en de raad van bestuur beide in de gelegenheid zijn de toegekende verantwoordelijkheid voor kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de geleverde zorg waar te maken.²



Figuur 1. Model niveaus van Medisch leiderschap. Hilders en Idenburg, ©

Niet elke revalidatiearts hoeft te besturen of te managen, en ‘de baas zijn’ is zeker geen vereiste. Medisch leiderschap is een basishouding: het vermogen te zien wat er beter kan en te doen wat daarvoor nodig is.³ Dit persoonlijke en klinische leiderschap kan op alle tijden en alle niveaus en wordt tot de basiscompetenties van iedere arts gerekend (zie beroepsprofiel).^{3,4} De motivatie om medisch leiderschap te tonen verschilt per arts. De een probeert beslissingen van de politiek te beïnvloeden, de ander probeert in zijn eigen omgeving bij te dragen aan de oplossing voor een maatschappelijk probleem; op alle niveaus kunnen artsen wat betekenen.

Er zijn verschillende soorten leiderschap (figuur 1), waarbij medisch management voor een beperkte groep, en bestuurlijk leiderschap maar voor een enkeling is weggelegd (figuur 2).⁵ Persoonlijk en klinisch leiderschap daarentegen, mag van ons allemaal verwacht worden.

• *Persoonlijk leiderschap*: bij dit niveau van leiderschap richt de arts zich primair op kwalitatief hoogstaande zorg voor zijn patiënten, maar heeft hij/zij ook oog voor het welzijn van de maatschappij en zichzelf. Als het bijvoorbeeld lastig is patiënten in de spreekkamer te motiveren, vraagt de medisch leider zich af of hij zelf iets aan zijn communicatie of uitstraling moet veranderen.



Figuur 2. Medisch leiderschap in de praktijk. Platform Medisch Leiderschap/ Universiteit Twente. Raamwerk Medisch Leiderschap, versie 1.0 ©, 2015.

• *Klinisch leiderschap*: dit niveau heeft een belangrijke rol bij de organisatie van het zorgproces. Klinisch leiders vormen de schakel tussen de organisatie en de werkvloer, zowel binnen de patiëntenzorg, het onderzoek als het medisch onderwijs. Als bijvoorbeeld de vakgroepsvergaderingen regelmatig uitlopen, stelt een klinisch leider voor daar samen iets aan te doen. Of als de vakgroep ziet dat er nog veel onwetendheid is over de rol van de revalidatiearts in het ziekenhuis, tonen ze zich klinisch leider door hierover met collega specialisten in gesprek te gaan. Maar ook het samen met de managers kijken naar oplossingen voor wachtlijsten en wat je daar als dokter zelf in kan doen, is een voorbeeld van klinisch leiderschap, net als acties in het kader van ontregel de zorg. Enkelen van ons zullen hun vakgroep of spreekkamer overstijgen, organisatiebreed willen meedenken en doen in het verbeteren van zorg binnen hun organisatie. Zij worden vakgroepvoorzitter, medisch manager, hoogleraar of bestuurder van een instelling.

• *Bestuurlijk leiderschap* op regionaal of landelijk niveau is voor een minderheid weggelegd. Deze collega's spelen een belangrijke rol in de beeldvorming over ons vak en in het politieke landschap. →



Figuur 3. *Wist je dat...*

MEDISCH LEIDERSCHAP IN DE PRAKTIJK

Onderzoek van het Platform Medisch Leiderschap, uitgevoerd door de Universiteit Twente, laat zien dat artsen nog onvoldoende toegerust zijn op het vervullen van organisatorische en leidinggevende taken in organisaties.¹ Zij hebben daarnaast ook onvoldoende inzicht in het bestuurlijke krachtenveld en in het belang van samenwerking tussen inhoudelijke en organisatorische experts. Hierdoor dreigen artsen hun leidende rol kwijt te raken aan niet-medici.¹ Het is belangrijk dat artsen de taal van de managers kunnen begrijpen en spreken, en niet gelaten achterover leunen als managers, de organisatorische experts, dingen roepen die ze niet begrijpen. Dan dreigt het gevaar dat het management besluiten neemt die op de werkvloer niet uitvoerbaar zijn, met alle gevolgen voor de patiënt van dien. De inbreng van artsen als inhoudelijk experts bij organisatorische en financiële vraagstukken is essentieel. Artsen zijn immers experts van de inhoud en managers en bestuurders experts van het systeem (organisatorisch/financieel). Om met elkaar samen te werken, moeten we elkaars taal leren spreken en elkaars expertises respecteren. De spreekkamer moet verbonden zijn met de bestuurskamer. We zijn immers samen verantwoordelijk voor het leveren van kwalitatief goede zorg die toegankelijk, te organiseren en te betalen is. We hebben dus ook een gezamenlijke verantwoordelijkheid om elkaar te begrijpen en te bereiken.

Leiderschap is een bewuste keuze; een keuze om je verantwoordelijkheid te willen nemen over je eigen gedrag, gevoel en ontwikkeling

Er is een cultuuromslag noodzakelijk waarbij artsen permanent en al vanaf het begin van hun geneeskundeopleiding gestimuleerd en opgeleid worden om relevante organisatorische en leidinggevende taken te vervullen in medische organisaties.¹ De FMS heeft deze handschoenen opgepakt en medisch leiderschap tot een belangrijk speerpunt in de medische vervolgopleiding gemaakt. Via de Raad Opleiding hebben zij in 2016 een handreiking ontwikkeld om de invoering van het thema medisch leiderschap in de opleidingsplannen van de wetenschappelijke verenigingen te ondersteunen.⁵ In ons eigen nieuwe Landelijk Opleidingsplan BETER in Beweging is dit terug te vinden in de generieke activiteit ‘Leiding geven en Organiseren’. Alle aios revalidatiegeneeskunde komen zo ten minste op basisniveau in aanraking met medisch leiderschap. Daarnaast is er aandacht voor medisch leiderschap in het beroepsprofiel van de revalidatiearts.^{4,6} Dit beroepsprofiel wordt ook door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) als kader gehanteerd bij de herregistratie.

Maar de wereld om ons heen houdt niet op met veranderen nadat je medisch specialist bent geworden. Zowel maatschappelijke ontwikkelingen, als ontwikkelingen in de gezondheidszorg zorgen ervoor dat ook de rol van de revalidatiearts continu in beweging is. Daardoor en door nieuwe inzichten uit onderzoek naar leiderschap, verandert ook medisch leiderschap. Het is belangrijk om je daar als revalidatiearts bewust van te zijn en je te blijven verdiepen in medisch leiderschap. De Beroepsbelangencommissie (BBC) helpt revalidatieartsen hierbij door een cursusoverzicht aan te reiken voor scholing op het gebied van medisch leiderschap (zie website VRA deel Opleiding en werk).⁷

LEADING BY EXAMPLE: DE PERSOONLIJKE KANT VAN MEDISCH LEIDERSCHAP

Tegelijkertijd kent leiderschap ook een persoonlijke kant.⁸ Als medisch leiderschap een basishouding is, ben je zelf het belangrijkste instrument in dit leiderschap. Dat vraagt van de leider om zijn eigen instrument goed te kennen en in te zetten. Dit doe je door naar je eigen handelen te durven kijken: Wat doe ik, wat zou ik anders kunnen doen, en hoe ga ik daaraan werken? Durven te leren van je eigen kwaliteiten en fouten.



Figuur 4. *Leading by example*, Freepick.®

Als professional is het belangrijk om zelf eigenaarschap en ruimte te nemen om je vak uit te oefenen, ook bij de keuzes van alledag en de moeite waarmee het maken van die keuzes gepaard gaat. Laat je daarbij niet ontmoedigen door grote ideeën, juist kleine stappen kunnen het verschil maken. Als revalidatiearts ben je altijd onderdeel van een samenwerkend team, zowel rondom de patiënt als binnen de organisatie. Leiding nemen is een belangrijk kenmerk van samenwerken. Bij samenwerking is gedeelde

ambitie en vertrouwen belangrijk. Vertrouwen biedt ruimte om te experimenteren, te vernieuwen en te groeien. Een open houding en flexibiliteit zijn daarin van belang; open staan voor anderen en daarvan durven leren, nieuwsgierig zijn naar ideeën die echt raken. Maar ook door de deskundigheid van ieder tot zijn recht te laten komen. Verbinding komt tot stand op basis van een gedeelde interesse. Om anderen te inspireren en te verbinden aan een gezamenlijk doel, is het belangrijk je eigen drijfveren te kennen. Dat zijn allemaal zaken waar je zelf regie in hebt. Van je organisatie mag je verwachten dat deze professionals de ruimte geeft in tijden van schaarste. Drukke en verandering is er altijd, maar bij heldere kaders blijkt tijd rekbaar en krijgt professionaliteit meer kans. Die ruimte creëer je in een gezamenlijke dialoog met je eigen organisatie.

CONCLUSIE

Experts van de inhoud en experts van het systeem (organisatorisch/financieel) moeten elkaars taal leren spreken en de spreekkamer verbinden met de bestuurskamer. Alleen dan is het mogelijk om samen eigenaarschap te nemen voor de kwaliteit, de betaalbaarheid en de organisatie van zorg. Dat is wat onze patiënten en de maatschappij van ons vragen en van ons verwachten.

Medisch leiderschap is geen theoretisch concept of voorbehouden aan aios, die in opleiding zijn tot revalidatiearts. Medisch leiderschap is onderdeel van de professionele identiteit van elke revalidatiearts. Van elke revalidatiearts mag verwacht worden dat hij, ieder op zijn eigen manier en niveau, medisch leiderschap toont. Kernvragen daarin zijn: wat kan beter en draagt bij aan mijn werkplezier zodat de patiënt er beter van wordt en hoe kan ik daar zelf aan bijdragen? ←

Referenties

1. Platform Medisch Leiderschap / Universiteit Twente. Raamwerk Medisch Leiderschap, versie 1.0 ©, 2015. <http://platformmedischleiderschap.nl/>.
2. <https://cao-ziekenhuizen.nl/arbeidsvoorwaarden-medisch-specialisten-ams>.
3. Kwant L de. Medisch leiderschap voor dummies. Medisch Contact 2015 :1731.
4. Concilium in opdracht van Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. Beter in beweging. Landelijk opleidingsplan revalidatiegeneeskunde, 3de editie juli 2020. Bijlage 2; Beroepsprofiel van de revalidatiearts 2025:7-10.
5. Werkgroep medisch leiderschap in opdracht van Raad Opleiding van Federatie Medisch Specialisten. Rapport medisch leiderschap in de medische vervolgopleiding. November 2016. <https://www.medischevervolgopleidingen.nl/medisch-leiderschap>.
6. Concilium in opdracht van Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. Beter in beweging. Landelijk opleidingsplan revalidatiegeneeskunde, 3de editie juli 2020. Bijlage 5; Beschrijving generieke activiteiten revalidatiegeneeskunde: 39-42.
7. <https://revalidatiegeneeskunde.nl/medisch-leiderschap>.
8. Voogt JJ, Rensen ELJ van, Noordegraaf M, Schneider MME. Medisch leiderschap ontrafelt. NTVG, 2015;159:A9123.

OBSERVATIES EN MIJMERINGEN VAN EEN AIOS

Nog even achteruit kijken voor de eindstreep

Het is een unieke tijd. Sommige collega's zullen het erg druk hebben in de Covid-19 pandemie, anderen hebben het wellicht wat rustiger. Aan het begin van de periode dat de overheid maatregelen nam om de verspreiding van het coronavirus te beperken behoorde ik tot de laatste groep. Die rust gaf me de ruimte om terug te blikken op mijn opleiding die zijn einde nadert. Luisterend naar Pink Floyd schieten de ervaringen door mijn hoofd.



DRS. C.H. (CHANG HO) WESSEL

Arts in opleiding tot revalidatiearts OOR AMC, Amsterdam UMC



CORRESPONDENTIE

Via de redactie: ntr@revalidatiegeneeskunde.nl

Een van de eerste dingen die ik deed toen ik hoorde dat ik was aangenomen voor de opleiding, was bij de bank informeren naar de mogelijkheden om een appartement te kopen. Het idee hiervoor speelde al langer, maar de zekerheid van een opleidingsplek - en dus een contract - voor vier jaar, gaf een geheel nieuwe dimensie aan dit idee. Daarnaast overheerste het heerlijke gevoel en de opluchting dat ik goed genoeg was bevonden (om aangenomen te worden) en was de beloning voor de jaren (hard) studeren en werken als anios en arts-onderzoeker eindelijk daar. De euforie en de ontlading van het aios-zijn hielden voor mij aan tot ongeveer na het eerste halfjaar, toen ik mijn kinderstage had afgerond. Daarvoor had ik al als anios in de kinderrevalidatie gewerkt dus dit was voor mij een prettige start. Er volgden anderhalf jaar klinische stages, waarin het flink aanpoten was en de tijd voorbij vloog. Vervolgens had ik het zo geregeld dat ik mijn verdiepingstage aansluitend kon doen in plaats van aan het

einde. En voordat ik er erg in had, zat ik al in het laatste derde deel van mijn opleiding waarin ik naar het ziekenhuis ging voor de intercollegiale consulten en poliklinische revalidatie. Als ik terugblik op mijn opleiding dan zou ik een aantal dingen anders hebben gedaan. Dat wil ik bij dezen dan ook meegeven aan beginnende aios of collega's die - net zoals ik destijds - nog in de euforie van het 'net-aangenomen-voor-de-opleiding' zitten.

'YOU MISSED THE STARTING GUN'

Voor mij was het dus heel verleidelijk om in mijn eerste stage een beetje bij te komen van de voorgaande periode. Maar ondanks dat we met regelmaat over de principes van belasting-belastbaarheid prediken en aan onze patiënten verkondigen niet te veel te doen op goede dagen, geldt voor aios denk ik het omgekeerde. Probeer

'Probeer tijdens de stages die relatief rustiger zijn alvast te werken aan dingen die op een later moment minder goed uitkomen'

tijdens de stages die relatief rustiger zijn, alvast vooruit te denken en te werken aan dingen die op een later moment nog minder goed uitkomen.

- Maak een lijst van de KPB's (Korte PraktijkBeoordeling), EPA's (Entrustable Professional Activities) etc. die behaald moeten worden en kijk wáár je ze kan behalen zodat je later geen inhaal-slag hoeft te maken.
- Houd je portfolio bij. Elke keer als er iets toegevoegd kan worden (denk aan o.a. gevolgd onderwijs/cursussen, patiëntregistratie, CAT-presentaties en referaten, (individuele) opleidingsplannen), doe dit dan meteen. Zo wordt het bijhouden van het portfolio veel behapbaarder en inzichtelijker en kan er door jou zelf of



de opleider tijdig worden bijgestuurd als het ergens spaak dreigt te lopen.

- Plan je RGS-schema goed en houd hierbij rekening met dat als je korting krijgt, je goed moet vastleggen waar en wanneer je de korting er vanaf haalt. Ik heb bijvoorbeeld korting gekregen op kliniek en wetenschap wat neerkomt op zes maanden. Door plan-technische redenen is deze korting echter op het eind verrekend waardoor ik geen verdiepingsstage meer kan doen, terwijl ik te veel tijd heb besteed aan mijn kliniekstages, ondanks dat ik hier korting voor had.

De bovengenoemde punten zijn voor mij dingen waar ik later pas tegenaan liep. Dit zal in het begin ongetwijfeld een keer genoemd en tegen me gezegd zijn, maar blijkbaar had ik dit toen gemist en was het onvoldoende tot me doorgedrongen. Een aparte sectie met tips en adviezen voor de startende aios in de aiosklapper van

het lokaal en/of regionaal opleidingsplan zou dit mogelijk kunnen ondervangen. Wellicht in combinatie met een buddy-systeem waarin een meerderejaars aios wordt gekoppeld aan een eerstejaars aios.

DE DENKKOOI VAN HET OPLEIDEN

Tijdens het lopen van mijn coschappen geneeskunde kwam ik erachter dat ik vaatchirurg wilde worden. Door het coschap chirurgie kwam ik hiermee in aanraking, want daarvoor wist ik niet eens dat het bestond. Toen ik (logischerwijze) bij de vaatchirurgie mijn keuzecoschap deed, zag ik voor het eerst een revalidatiearts. Zij prikkelde mij met de vraag of ik dacht dat de patiënt waarvan zijn onderbeen geamputeerd moest worden, nog zou kunnen lopen. Tot twee keer toe werd tijdens mijn coschappen mijn denkkooi dusdanig vergroot, dat dit consequenties had voor de latere keuzes in mijn carrière. Ik werd ergens bewust van gemaakt. →

Tegenwoordig is de opleiding sterk gericht op het opstellen en behalen van leerdoelen. Er is ook bewijs voor dat het leerrendement op deze manier erg hoog is. Wat mij echter bezighoudt, is dat er op deze manier met name wordt toegespitst om de kennis te vergroten van de dingen waar je je al bewust van bent, want anders zou je er geen leerdoel van kunnen opstellen. Ik ben juist benieuwd naar de dingen die ik niet weet, ook wel het onbewust onbekwame.

Ongevraagd iets in het bewustzijn van mensen planten werkt, want dagelijks worden er miljoenen (zo niet miljarden) euro's geïnvesteerd in reclames die hetzelfde doel voor ogen hebben. In het curriculum van het Amsterdam UMC komt de medisch student op beide locaties (AMC en VUmc) tegenwoordig in aanraking met ons mooie vak om ze daarmee maar te laten weten dat wij bestaan. Dit is ook van belang omdat er aanwijzingen zijn dat patiënten soms door onwetendheid bij zorgprofessionals medisch specialistische revalidatiegeneeskundige zorg mislopen.¹ Daarnaast word ik blij van de supervisor die mijn denkkooi vergroot doordat hij of zij af en toe spontaan iets vertelt of een vraag stelt over iets wat niet aansluit bij mijn leerdoelen. Ik hoop dat hiervoor ruimte blijft in elke opleidingsomgeving.

TOETSEN

Dit betreft niet de kennistoets, maar het werkwoord toetsen. Over wat we doen als artsen (en wetenschappers) om een hypothese of differentiële diagnose waarschijnlijker te maken of te verwerpen. Dit is de dagelijkse gang van zaken op vakinhoudelijk gebied: bij aanwijzingen voor cognitieve stoornissen doen we een Montreal Cognitive Assessment of laten we neuropsychologisch onderzoek verrichten en bij aanwijzingen voor spasticiteit doen we tonus-onderzoek, slaan we de reflexen en doen we eventueel een gangbeeldanalyse met EMG. En hoe vanzelfsprekend dit is in het beoefenen van ons vak (of ik heb nu je denkkooi vergroot), denk ik dat we dit vaak vergeten bij de aannames die we doen over elkaars gedrag. Waar ik bijvoorbeeld achter ben gekomen is dat ik minder geneigd ben om een KPB te vragen aan een supervisor die het druk heeft. En dat is al meteen de aanname die ik bij lange na niet altijd toets. Daarnaast zou de drukte van een supervisor geen reden moeten zijn om mij te weerhouden van een leermoment of beoordeling. Ook bemerk ik dat het lastiger is om een patiënt die heel wanhopig is te vertellen dat je niks voor hem of haar kan betekenen, dan aan een patiënt die dit niet heeft. Hoe groter de lading van een onderwerp, hoe lastiger het is om te bespreken. Ik denk dat wij als

revalidatieartsen meer getraind zijn - niet per se gevoeliger - om aandacht te hebben voor de andere aspecten dan inhoud in de communicatie, namelijk de overdracht, relatie en emotie. Deze facetten van communiceren gelden natuurlijk ook in de communicatie tussen supervisors en arts-assistenten en vice versa. Daarom werkt benoemen zo goed in de communicatie: je toetst je observatie (van zijn of haar gedrag) bij de ander. De lading en/of emoties die worden gevoeld in de spreekkamer of bij een beoordeling, zouden niemand moeten laten verleiden tot ongetoetste aannames. Ik denk dat er in de opleiding meer ruimte zou kunnen zijn voor het benoemen en toetsen van onze waarnemingen en (onnodige) aannames over elkaars gedrag. Zeker wanneer bepaalde gedachten of aannames structureel voorkomen en leiden tot vermijdend gedrag.

‘Ik hoop dat in elke opleidingsomgeving ruimte blijft voor vergroten van de denkkooi’

Ondanks dat ik the starting gun had gemist, altijd in een denkkooi zal zitten en zelf ook weleens vergeet om mijn aannames te toetsen, heb ik het heel erg naar mijn zin in de opleiding. Een hechte aiosgroep heeft hierin ook een groot aandeel. Om meer invulling te geven en invloed uit te oefenen op mijn opleiding en de leermomenten en mijn denkkooi te vergroten zit ik in de onderwijscommissie van het OOR AMC van het Amsterdam UMC. Dit heeft misschien niet direct invloed op mijn eigen opleiding, maar wel voor de volgende aios. Het in opleiding komen gaf mij de zekerheid en de mogelijkheid om mijn appartement te kopen, maar onzekerheden over het voldoen aan de opleidingseisen, over de continue wisselende interacties met patiënten, collega's, therapeuten en supervisors, de wetenschap dat je altijd handelt binnen je eigen denkkooi en het voortdurend toetsen en afstemmen van de eisen die je jezelf oplegt en de omgeving, kwamen daarvoor terug. Dat klinkt en was soms ook intens en stressvol. Toch biedt het in opleiding zijn je de unieke gelegenheid om dit bij jezelf te herkennen en anderen hierin mee te durven nemen en jezelf als persoon verder te ontwikkelen. In je comfortzone leer je tenslotte niks. ←

Referenties

1. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. Beleidsplan Revalidatiegeneeskunde 2025. VRA: Utrecht, 2018

Compendium Geneeskunde 2.0

In november 2019 is de 2.0 versie van het Compendium Geneeskunde gepubliceerd. Over de afgelopen jaren is het Compendium Geneeskunde gebleken een uitermate geschikt hulpmiddel te zijn voor geneeskundestudenten om zich voor te bereiden op tentamens en voortgangstoetsen.



DRS. Z. (TANJA) GROOTKARZIEN

Arts in opleiding tot revalidatiearts OOR NO, Vogellanden, Zwolle

De eerste boekenreeks bestond uit vier delen en werd in 2016 uitgegeven. Het oorspronkelijke idee kwam van twee geneeskundestudenten van de Vrije Universiteit Amsterdam. Het doel was om de studiestof voor de landelijke voortgangstoets voor geneeskundestudenten op een overzichtelijke manier aan te bieden.

Het nieuwe Compendium is herzien door zowel studenten als artsen, wat het boek geschikt maakt als naslagwerk voor coassistenten, verpleegkundigen, arts-assistenten, onderzoekers en specialisten. Het Compendium Geneeskunde 2.0 bestaat uit vijf delen, waar in totaal 35 disciplines binnen de geneeskunde beschreven worden. In totaal hebben meer dan 250 studenten en specialisten meegewerkt aan de herziening van de boekenreeks. In ieder hoofdstuk wordt aandacht besteed aan anamnese, lichamelijk onderzoek en beleid. Daarnaast bevat het Compendium vragen om te oefenen voor de voortgangstoetsen. Door de toevoeging van acht nieuwe disciplines ten opzichte van het voorgaande Compendium, biedt de reeks van vijf boeken een uitgebreide samenvatting van de algemene geneeskunde.

Een van de nieuwe disciplines in het Compendium 2.0 is de revalidatiegeneeskunde. Prof. dr. G.M. (Clemens) Rommers (hoogleraar revalidatiegeneeskunde en medisch onderwijs, MUMC+, Maastricht) en dr. D. (Duco) Steenbeek (kinderrevalidatiearts, LUMC, Leiden) zijn betrokken geweest bij de totstandkoming hiervan. Het aanvankelijke idee om aan ieder hoofdstuk een onderdeel revalidatiegeneeskunde toe te voegen bleek niet haalbaar, waarna gekozen is voor een apart hoofdstuk Revalidatiegeneeskunde. Centraal daarin staat het ICF-model, waarin ingegaan wordt op de interactie tussen zowel anatomische eigenschappen en het functioneren op activiteitsniveau enerzijds, als activiteiten en de uiteindelijke participatie in de maatschappij anderzijds.



Compendium Geneeskunde 2.0 (5 delen)

Het meest complete overzicht van de essentie van 6 jaar geneeskunde

Initiatiefnemers: Romée Snijders & Veerle Smit

Versie 2.0: uitgave november 2019

Bestellen: www.compendiumgeneeskunde.nl

Prijs: € 179,- voor pakket met 5 delen

ISBN: 9789083015361

ISBN (deel 1 t/m 5):

9789083015316

9789083015323

9789083015330

9789083015347

9789083015354

Er wordt ingegaan op de verschillende domeinen om het niveau van functioneren van de patiënt in kaart te brengen. Daarnaast geeft een tabel overzichtelijk de belangrijke aandachtspunten weer bij verschillende fasen van een aantal belangrijke diagnosegroepen binnen de revalidatiegeneeskunde. Ter afsluiting volgen enkele oefenvragen voor de voortgangstoets.

Het hoofdstuk biedt een beknopte samenvatting van de revalidatiegeneeskunde. De informatie wordt naast de geschreven tekst op een grafische manier middels tabellen en illustraties weergegeven. Door de afwisseling van tekst en illustraties leest het boek prettig en wordt de essentie van de revalidatiegeneeskunde op een laagdrempelige manier weergegeven. Voor studenten en artsen met interesse in de revalidatiegeneeskunde is een lijst met aanbevolen Nederlandse revalidatieliteratuur bijgevoegd, die gebruikt kan worden voor het verkrijgen van meer diepgang. ←

Revalidatieaspecten van COVID-19 bij kinderen: kinderspel?

In het nieuws wordt steeds meer bericht over de revalidatiebehandeling van volwassenen met COVID-19. Een artikel in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (NTvG) over COVID-19 bij kinderen stelt dat 'kinderen de dans ontspringen'¹, maar is dat wel zo?



DR. M.W. (MATTIJS) ALSEM

Kinderrevalidatiearts Amsterdam UMC

PROF. DR. R.H.H. (RAOUL) ENGELBERT

Hoogleraar Kinderfysiotherapie Amsterdam UMC, kernlector en onderzoeksdirecteur Centre of Expertise, Urban Vitality, Faculteit Gezondheid, Hogeschool van Amsterdam, Amsterdam

DR. H. (HENNIE) KNOESTER

Kinderarts-intensivist, PICU Emma Kinderziekenhuis, Amsterdam UMC

PROF. DR. A.I. (ANNEMIEKE) BUIZER

Kinderrevalidatiearts en hoogleraar Kinderrevalidatiegeneeskunde Amsterdam UMC



CORRESPONDENTIE

m.w.alsem@amsterdamumc.nl

De afgelopen weken wordt steeds meer duidelijk over het virus dat de aarde sinds de uitbraak in Wuhan in zijn greep heeft. Steeds meer maatregelen worden getroffen om de gezondheidszorg toereikend te kunnen laten zijn voor de behandeling van patiënten met COVID-19.

Voor de revalidatiegeneeskunde betekent dit dat volwassen COVID-19 patiënten na hun klinische opname in het ziekenhuis een adequaat revalidatieprogramma zullen moeten krijgen.

De Graaf geeft hiervoor een mooi overzicht van de behandelingsmogelijkheden en ervaringen met revalidatie van deze patiënten.² Onze reeds vóór deze pandemie toegenomen kennis van het Post-Intensive Care Syndroom (PICS) en de invloed hiervan op de patiënt en zijn familie (PICS-F) draagt bij aan het opstellen van doelgerichte en allesomvattende revalidatie voor deze patiënten.

In dit artikel willen we enkele aspecten van de zorg rondom pediatrie COVID-19 patiënten na ontslag uit het ziekenhuis, en de gevolgen van de pandemie voor de overige patiënten met u delen. Hoewel we ook binnen de kindergeneeskunde en de kinderrevalidatie voorbereidingsstappen hebben gezet om de niet-spoedeisende zorg af te schalen en ruimte te maken voor de te verwachten grote aanwas van COVID-19 patiënten, wordt steeds duidelijker dat de incidentie van COVID-19 bij kinderen lager ligt dan bij volwassenen. Ludvigsson beschrijft in een review dat slechts 1-5% van de patiënten met COVID-19 kinderen waren.³ Logischerwijs kwam het merendeel van de kennis hieromtrent uit China. Van de kinderen met COVID-19 lijkt zo'n 90% een asymptomatisch of mild ziektebeloop te hebben. Van het cohort in Wuhan kwam 1,8% op de IC terecht, allen hadden onderliggende aandoeningen.⁴ De prognose wordt als goed omschreven, met compleet herstel in ongeveer twee weken.

In Nederland rapporteerde het RIVM op 5 april 153 kinderen (0-19 jaar) met COVID-19 (1,1%) waarvan 56 opgenomen werden in het ziekenhuis.⁵ Er waren geen kinderen overleden aan de gevolgen van COVID-19. Kinderen lijken minder problemen te ontwikkelen dan volwassenen en dus de dans te ontspringen.¹ Althans, zij worden minder vaak *zelf* ziek. De gevolgen van de Corona pandemie zijn echter voor kinderen ook merkbaar. Sinds 15 maart zijn de scholen en kinderdagverblijven in Nederland dicht. Ook kinderdagcentra en mytylscholen vallen hieronder. Voor veel gezinnen en kinderen is dit een grote opgave. Immers vaak zitten zowel ouders als kinderen thuis, waarbij ouders thuis (proberen te) werken

en kinderen werk van school krijgen. Voor kinderen met beperkingen levert dit echter nog meer problemen op. Zij snappen niet altijd wat er aan de hand is, en krijgen niet de hulp die zij nodig hebben. Therapie die niet 'medisch noodzakelijk' is wordt niet geboden, waardoor mogelijk op lange termijn problemen ontstaan, zoals contracturen. Daarnaast merken ouders van kinderen met een zorgvraag dat de mogelijkheden voor (thuis)zorg beperkt zijn. Enerzijds zijn er veel ouders die 'vrijwillig' in isolatie gaan om hun kwetsbare kind te beschermen, anderzijds zijn de mogelijkheden voor thuiszorg door ziekte en opgelegde (isolatie)maatregelen steeds gecompliceerder geworden. Hoe langer deze situatie aanblijft, hoe groter de druk op deze toch al kwetsbare gezinnen. Naast deze angst is er de angst die ontstaat bij het schaarser worden van de zorg. Reeds voordat de capaciteit op de (volwassen) IC's nijpend werd, werd nagedacht over hoe de schaarse middelen op een rechtvaardige manier te alloceren.⁶ De angst voor het ziek worden van hun kind in combinatie met het mogelijk niet in aanmerking komen voor opname op een IC heeft veel impact op ouders. Al met al heeft deze pandemie, een grote impact op kinderen en gezinnen, in het bijzonder kinderen met een beperking. Vanuit de principes van de gezinsgerichte zorg is het van belang dat wij nadenken over manieren waarop we onze gezinnen kunnen bereiken. Thuisprogramma's voor krachttraining en video-conferencing zijn enkele voorbeelden die nu worden aangeboden vanuit diverse centra. Als kinderrevalidatieartsen zijn wij echter nog zoekende naar hoe we met name de sub-acute en preventieve zorg toch vorm kunnen geven binnen de maatschappelijke beperkingen die gelden.

Betekent dat dat we geen aandacht hebben voor de (kleine) groep kinderen met (gering risico op) langetermijngevolgen van COVID-19? Integendeel! Sinds 2017 is er de door de Nederlandse Vereniging van Kinderartsen (NVK) opgestelde richtlijn 'Follow-up van kinderen na opname op een Intensive Care'.⁷ Hoewel kinderen

in het algemeen na opname op de IC ook gevolgen voor lange termijn kunnen hebben, lijkt het PICS bij kinderen uit andere componenten te bestaan dan het PICS bij volwassenen, waarbij de psychosociale gevolgen voor het gezin niet onderschat mogen worden.⁸

De richtlijn geeft concrete adviezen om kinderen na opname op de intensive care gestandaardiseerd te volgen in hun fysieke en psychologische ontwikkeling en kijkt ook naar de gevolgen voor het gezin. Derhalve worden alle kinderen die opgenomen zijn geweest op de kinder-IC regelmatig, maar in iedere geval 3-6 maanden na ontslag geëvalueerd op fysiek, psychosociaal en neuropsychologisch functioneren. Mochten er dus toch kinderen opgenomen worden met (ernstige) verschijnselen van COVID-19, dan is follow-up geborgd.

Samengevat heeft de Coronacrisis veel impact op de maatschappij en dus ook op gezinnen met kinderen, in het bijzonder kinderen met een beperking. De groep kinderen die (blijvende) beperkingen zal hebben ten gevolge van COVID-19 lijkt op dit moment niet groot te gaan worden. Echter, de gevolgen voor de kinderen die al een beperking hadden (en hun gezinnen) zijn er wel degelijk, door het ontstaan van mogelijke zorgschaarste en maatschappelijke beperkingen die de continuïteit van behandelingen en zorg in het geding brengen. Desalniettemin hebben deze kinderen en hun familie onverminderd recht op zorg en therapie, zoals ook door het WHO aangegeven.⁹ Het is onze taak als kinderrevalidatieartsen en paramedici om voor deze kwetsbare groep op te komen. Op dit moment inventariseren we landelijk onder kinderrevalidatieartsen en paramedici wat de gevolgen zijn voor hun werk en hun patiënten, en welke ondersteuning helpend zou zijn om de zorg te continueren en te zijner tijd weer op te bouwen.

Vanuit Kind en Ziekenhuis is een informatiepagina met informatie over COVID-19 voor kinderen ontwikkeld. Deze is te vinden op <https://kindenzorg.nl/coronavirus/> ←

Referenties

1. Harmans L. Ontspringen kinderen de dans? *Ned Tijdschr Geneesk.* 2020;164:C4510.
2. <https://revalidatiegeneeskunde.nl/coronavirus-en-revalidatie-sector>.
3. Ludvigsson JF. Systematic review of COVID-19 in children shows milder cases and a better prognosis than adults. *Acta Paediatrica* March 2020. <https://doi.org/10.1111/apa.15270>.
4. Xiaoxia Lu et al. SARS-CoV-2 Infection in Children. *NEJM*, 2020 doi: 10.1056/NEJMc2005073.
5. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Epidemiologische situatie COVID-19 in Nederland 5 april 2020. <https://www.rivm.nl/documenten/epidemiologische-situatie-covid-19-in-nederland-5-april-2020>.
6. Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A et al (2020) Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *N Engl J Med*. <https://doi.org/10.1056/NEJMs2005114>.
7. Nederlandse Vereniging van Kindergeneeskunde. Follow-up van kinderen na opname op een intensive care. <https://www.nvk.nl/themas/kwaliteit/richtlijnen/richtlijn?componentid=6881283&tagtitles=Intensive%2bCare>.
8. Knoester H, Grootenhuis MA, Bos AP. Outcome of paediatric intensive care survivors. *Eur J Pediatr.* 2007;166:1119–28.
9. Schiariti V. The human rights of children with disabilities during health emergencies: the challenge of COVID-19. *DMCN* 2020. Doi: 10.1111/dmcn.14526.

Opzet klinisch behandelprogramma COVID-19 post-IC in De Hoogstraat

De Coronavirus (COVID-19) pandemie heeft in de vorm van een verwachte toestroom aan patiënten met het Post-Intensive Care Syndroom (PICS) ook gevolgen voor de revalidatie-sector. Er zijn voor deze groep echter nog geen klinische behandelprogramma's in de medisch specialistische revalidatie (MSR) beschikbaar. Vanwege deze omstandigheden heeft De Hoogstraat een behandelprogramma ontwikkeld voor COVID-19 patiënten die langdurig op de Intensive Care (IC) hebben gelegen en in aanmerking komen voor klinische revalidatie in de MSR.

De eerste versie van het document Behandelprogramma COVID-19 post-IC De Hoogstraat werd 31 maart 2020 gepubliceerd. Het betreft een nog onaf en 'levend' document dat telkens weer zal worden aangepast aan de hand van nieuwe kennis en inzichten. Het doel van dit document is om 1) de huidige kennis omtrent klinische revalidatie bij Post-Intensive Care Syndroom (PICS) op te helderen, 2) de hulpvraag wat betreft de medisch specialistische revalidatie (MSR) van patiënten na COVID-19 in kaart te brengen en 3) een opzet te maken voor een De Hoogstraat-specifiek behandelprogramma voor deze doelgroep. Bij het opstellen van dit document hebben we nadrukkelijk de samenwerking gezocht met diverse specialisten in de regio (zoals longartsen, specialist ouderengeneeskunde, intensivisten, revalidatieartsen en fysiotherapeuten werkzaam op de IC) om de beschikbare kennis zo goed mogelijk te bundelen. Vanwege de urgentie van de huidige situatie heeft De Hoogstraat dit document al in conceptvorm via onder andere de VRA landelijk beschikbaar gemaakt. De multidisciplinaire richtlijn over nazorg en revalidatie na PICS (in samenwerking met de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) en de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC)) is verder nog volop in ontwikkeling.

PICS NA COVID-19

Een aanzienlijk deel (volgens huidige schattingen tot 20%) van de COVID-19 patiënten heeft ernstige tot zeer ernstige klachten waarbij ziekenhuisopname (op reguliere afdeling of op de IC) noodzakelijk is. Gehospitaliseerde COVID-19 patiënten hebben met name respiratoire problematiek, verminderd fysiek functioneren en cognitieve stoornissen, zowel in de acute als in de herstelfase.¹ Omdat de wereld pas sinds december 2019 bekend is met COVID-19, zijn de langetermijngevolgen tot op heden nog onduidelijk. Bij COVID-19 patiënten die langdurig op de IC verbleven verwachten we een klinisch beeld gelijkend op PICS, waarbij fysieke, cognitieve en/of psychische problemen persisteren na ziekenhuisopname (zie figuur 1), en dat kan leiden tot langdurige beperkingen in het dagelijks functioneren en verminderde kwaliteit van leven.²

Uit prospectieve cohortstudies na de SARS-epidemie in 2003 weten we dat pulmonale restverschijnselen (o.a. restrictief longlijden bij respiratoire spierzwakte, alveolitis en longfibrose) en psychiatrische stoornissen (met name PTSS, depressie en angststoornissen) zich bovengemiddeld vaak voordeden post-IC. De lange isolatieperiode, extreme onzekerheid en intense media-aandacht waarmee deze patiënten (en naasten) te kampen hebben gehad lijken de meest logische verklaring voor deze psychologische restschade.³



DRS. J.A. (JORIS) DE GRAAF

Arts in opleiding tot revalidatiearts, OOR Utrecht, De Hoogstraat

DRS. M.A.H. (MICHAEL) BROUWERS

Revalidatiearts De Hoogstraat

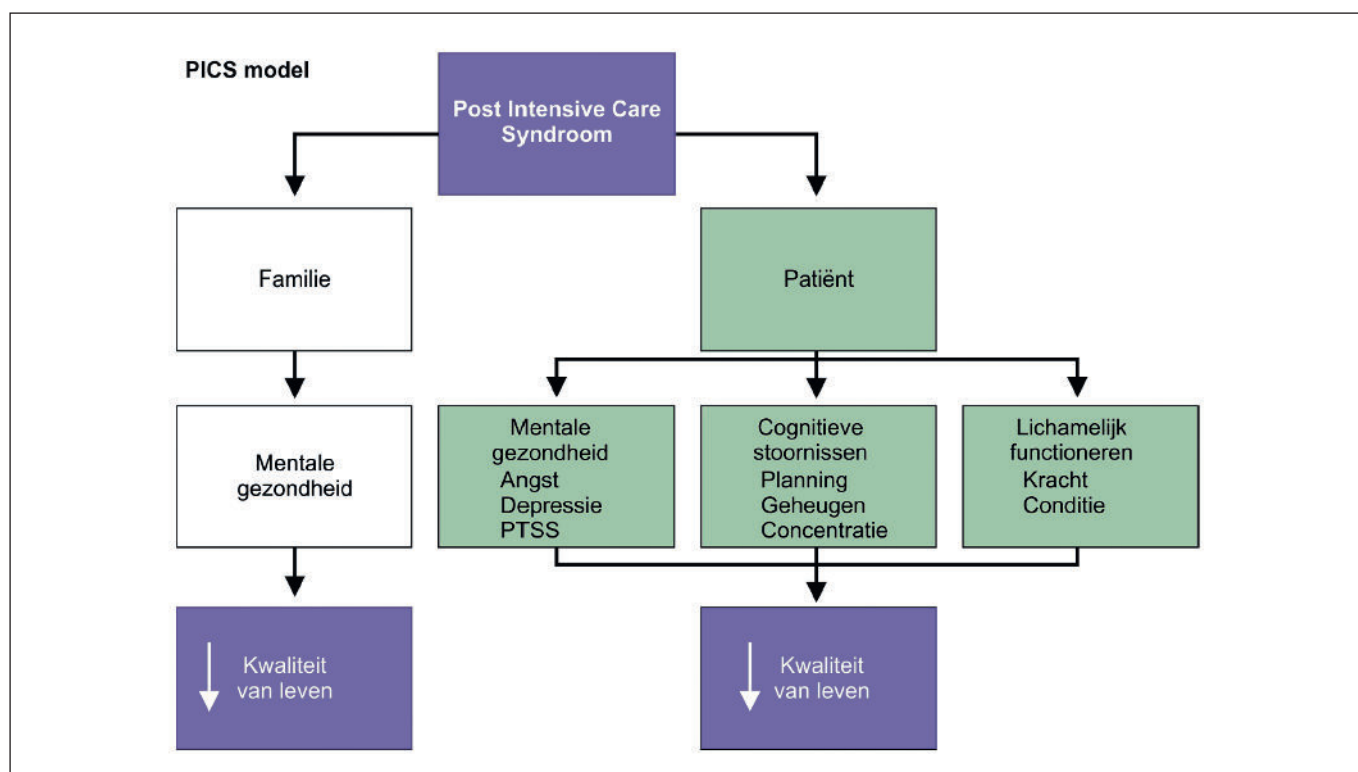
PROF. DR. M.W.M. (MARCEL) POST

Hoogleraar revalidatiegeneeskunde De Hoogstraat



CORRESPONDENTIE

j.d.graaf@dehoogstraat.nl



Figuur 1. Dit model laat de fysieke, cognitieve en mentale problemen zien die de kwaliteit van leven van patiënten met PICS en hun naasten negatief beïnvloeden. Afkortingen: PTSS, posttraumatische stressstoornis. (Bron: Marike Van der Schaaf. Zorg voor Kwaliteit van Overleving. Hogeschool van Amsterdam, juni 2016)

DE ROL VAN DE REVALIDATIE

Naar verwachting zal een aanzienlijk deel van de COVID-19 patiënten na IC-opname om multifactoriële redenen fysieke beperkingen ondervinden waarvoor klinische revalidatie noodzakelijk is, waarbij naast pulmonale problematiek ook bijvoorbeeld IC acquired weakness, deconditionering bij langdurige immobilisatie, chronische ondervoeding, cardiomyopathie en contracturen een rol kunnen spelen. Klinische revalidatie in de MSR richt zich hierbij met name op patiënten met een hoog premorbide-niveau van functioneren en hoge participatieambitie, waarbij er sprake is van beperkingen in het fysiek, cognitief en/of mentaal functioneren waarvoor multidisciplinaire zorg nodig is en longproblematiek minder op de voorgrond staat. Indien de pulmonale beperking de belemmerende factor is in het behalen van de behandoelen (bijvoorbeeld bij interstitieel longlijden na COVID-19 infectie, onderliggende pre-existente longziekte, ernstige invaliderende ademhalingsontregeling), dan is revalidatie op een

Intensieve regionale samenwerking is gewenst

afdeling met expertise op het gebied van longproblematiek/revalidatie geïndiceerd. Afhankelijk van o.a. leeftijd, belastbaarheid en comorbiditeit kan dan gekozen worden voor geriatrische revalidatie op een GRZ afdeling met longexpertise en infrastructuur, of voor medisch specialistische revalidatie in een Kenniscentrum voor Complexe Chronische longaandoeningen (KCCL, zie voor meer informatie <https://kenniscentraccl.nl>). Ook zal een aanzienlijk deel vanuit huis (in de eerste lijn of in poliklinische revalidatiebehandeling) gaan revalideren, waarbij follow-up voor screening op gevolgen bij PICS in veel ziekenhuizen geschiedt door middel van een IC nazorgpoli na 2-3 maanden. Het onderzoeksproject REACH (REhabilitation After Critical illness and

Hospital discharge) vanuit het Amsterdam UMC omvat een regionaal netwerk van eerste en tweedelijns professionals die betrokken zijn in de revalidatie van complexe patiënten na ziekenhuisopname. Vanwege de COVID-19 pandemie hebben zij versneld een Post intensive care Toolkit online beschikbaar gesteld (<https://www.npi.nl/home-reach>), een zeer nuttig naslagwerk voor therapeuten werkzaam in de eerste lijn of met weinig ervaring met PICS.

REGIONALE SAMENWERKING

Laagdrempelig overleg tussen centra die zorg bieden aan COVID-19 patiënten en intensieve regionale samenwerking is gewenst. In regionale Corona-werkgroepen kunnen ziekenhuizen, revalidatieinstellingen en therapeuten werkzaam in de eerste lijn elkaars kennis bundelen, ervaringen uitwisselen, zorg op maat bieden en de patiëntenzorg optimaal stroomlijnen. Verder is het beschikbaar hebben van longgeneeskundige expertise (inclusief mogelijkheid tot zuurstoftoediening) →

en mogelijkheid tot consultatie van een longarts van belang.

BEHANDELPROGRAMMA MSR

Gebaseerd op de te verwachten gevolgen bij PICS na COVID-19, hebben wij onderscheid gemaakt in drie profielen, namelijk profiel A 'longen', profiel B 'fysiek functioneren' en profiel C 'cognitief functioneren'. Het is belangrijk voor opname in te schatten op welk domein de voornaamste klachten/hulpvragen liggen. Afhankelijk van het profiel kan tevens een keuze worden gemaakt voor het best passende revalidatieteam. Bij iedereen zal een screening op stemmingsklachten en psychologische factoren plaatsvinden, inclusief belasting en stemming van naasten. Ook de diëtist heeft een prominente rol in het behandelprogramma vanwege het frequent voorkomen van ondervoeding na PICS en het optimaliseren van de energie- en eiwit-intake in de revalidatiefase.⁴

Verder is een klinimetrieset (bij intake, ontslag en 3 maanden follow-up) bij revalidanten met PICS na COVID-19 vastgesteld (zie tabel 1), die afgestemd is op het REACH-project en de IC-nazorgpoli in het UMC Utrecht, waarbij zo veel mogelijk wordt geprobeerd aan te sluiten bij de reguliere zorg in De Hoogstraat. Vanuit de VRA wordt er momenteel gewerkt aan het landelijk stroomlijnen van klinimetrie binnen de revalidatie in het kader van onderzoek. Het landelijk afstemmen van klinimetrie rondom opname, ontslag en follow-up zou waardevol zijn om de klinische revalidatie bij PICS in de MSR te kunnen evalueren en in de toekomst verder te kunnen verbeteren. ←

Tabel 1. klinimetrie set klinisch revalidatiebehandeling voor revalidanten met PICS na COVID-19 in De Hoogstraat.

Domein:	Meetinstrumenten:	Start MSR (klinisch*)	Einde MSR (klinisch)	Follow-up (3 maanden)
Pulmonaal	Ademspierkracht (MIP/MEP)**	X		X
Inspanning	6-minuten looptest (6MWT)			X
	Submaximale cardiopulmonale inspanningstest**	X		
Fysiek	MRC sum score	X	X	
	Handknijpkracht	X	X	X
	Timed Up and Go test (TUG)	X	X	X
	PROMIS lichamelijk functioneren vragenlijst			X
Voeding	Bio-impedantie meting	X		X
	SNAQ65+	X		
Vermoeidheid	Fatigue Severity Scale (FSS)			X
Psychologie	Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD)	X		X
	Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)	X		
	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	X		X
Cognitie	Montreal Cognitive Assessment (MoCA)	X		X
	Checklijst voor cognitieve gevolgen na een IC-opname (CLC-IC)	X		X
Activiteiten	Utrechtse Schaal voor de Evaluatie van Klinische Revalidatie (USER)	X	X	
Participatie	USER-Participatie restrictie subschaal			X
	EuroQoL 5D-5L			X
Naasten	HADS	X		X
	PC-PTSD	X		X
	Caregiver Strain Index (CSI)			X
*Indien revalidanten in isolatie (nog COVID-19 besmettelijk) worden opgenomen, wordt klinimetrie bij intake teruggebracht tot MRC sum score, SNAQ-65+, MoCA, HADS en USER. Zodra de revalidant naar een reguliere afdeling kan, zal er een "tweede" intake plaatsvinden waarbij de overige klinimetrie afgenomen wordt.				
**Facultatief, pas uitvoerbaar zodra revalidanten niet meer COVID-19 besmettelijk zijn.				

Referenties

- Liang T. Handbook of COVID-19 prevention and treatment. 1st edition. Hangzhou (China): Zhejiang University School of Medicine, 2020.
- Dettling-Ihnenfeldt D. The Post-Intensive Care Syndrome (PICS): Impact of ICU-stay on functioning and implications for rehabilitation care. Academisch proefschrift. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, AMC, 2017.
- Hui DS, Tsang KW. SARS: Sequelae and Implications for Rehabilitation. In: Severe Acute Respiratory Syndrome (1st edition), Peiris M et al. Chapter 5. Massachusetts (USA): Wiley-Blackwell; 2005;36-41.
- Singer P, Blaser AR, Berger MM, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. Clin Nutr 2019;38: 48-79.

INTERVIEW MET DR. WIM JANSSEN

‘Vanuit een helikopterview overzie je het hele gebied van de opleiding in Europa’

In november 2019 won Wim Janssen de Van Hoytema Trofee. Hij kreeg deze prijs niet alleen vanwege zijn actieve participatie in de Raad Opleiding van de Federatie en de belangrijke rol die hij speelt in het landelijk profileren van de opleiding tot revalidatiearts. Hij werd ook zeer geroemd om zijn activiteiten voor de revalidatiegeneeskunde op internationaal gebied. Wat brengt het hem en wat kunnen we daarvan leren? Anke Meester sprak met hem.



DR. A. (ANKE) MEESTER-DELVER

(Kinder)revalidatiearts n.p.



500 WATT



Wim Janssen (1959) is reeds jaren actief op internationaal gebied. Zo maakt hij onderdeel uit van de *Board and Committee for Education* van de *European Board of PRM* en is hij penningmeester van de *Executive Committee* van de *UEMS PRM Section and Board* van de *European Union of Medical Specialists (UEMS)*. In de *European Society of PRM (ESPRM)* is hij voorzitter van de *Special Interest Scientific Committee* kinderrevalidatiegeneeskunde. Een bevlogen collega die over de grenzen van het vak en landsgrenzen heen kijkt met verrassende inzichten voor de toekomst.

Waarom heb je voor het vak revalidatiegeneeskunde gekozen?

‘Aanvankelijk was ik eigenlijk meer geïnteresseerd in de neurologie. Het analytisch denken, het zoeken naar de oorzaak van de aandoening, het deduceren, maar ook de invloed van neurologische aandoeningen op de psyche van de patiënt spraken me enorm aan. Echter in het derde jaar van mijn geneeskundeopleiding leerde ik mijn vrouw kennen die als kinderfysiotherapeut werkzaam was. Via haar maakte ik kennis met de revalidatiegeneeskunde en vond ik het toch interessanter om ook daadwerkelijk iets voor de patiënt te kunnen betekenen in het vervolgtraject: en wat nu; hoe verder na de fase van diagnostiek?’

Waarop ben je gepromoveerd? En wanneer was dat?

‘Ik ben in 2008 gepromoveerd bij prof. Henk Stam, hier aan de Erasmus Universiteit. Het onderwerp van mijn promotieonderzoek was: *The Sit-to-Stand Movement, recovery after stroke and objective assessment*. Het voordeel van op latere leeftijd promoveren vind ik dat het onderwerp van je promotieonderzoek ook echt vanuit je eigen interesse komt. Ik vond het heel bevredigend om mijn eigen praktijkervaring op deze manier te kunnen omzetten naar een gedegen onderzoeksvraag en vervolgens een promotietraject.’

Je bent internationaal erg actief, hoe ben je daarin terecht gekomen?

‘Mijn opleiding heb ik gehad in het circuit Johanna Stichting (opleider drs. H. Vos), ziekenhuis de Weezenlanden (drs. R. Warmerdam) en revalidatiecentrum Het Roessingh (prof. dr. G. Zilvold). Tijdens mijn coschappen ben ik in De Hoogstraat geweest, toen nog in Leersum. Vervolgens kwam ik, na een werkplek in het oosten van het land (Medisch Spectrum Twente), terecht in het Erasmus MC. Ik had toch meer affiniteit met de academische setting en wetenschappelijk onderzoek dan met de periferie. Inmiddels had ik Daan Wever en Tinus ter Burg leren kennen,



die internationaal al heel actief waren. Daan in de Buitenland-Commissie van de VRA en Tinus als penningmeester van de UEMS PRM. Zij stopten op een gegeven moment met deze functies en het leek mij heel boeiend, dus zo ben ik erin gerold. Mijn motivatie komt vooral voort uit nieuwsgierigheid: hoe wordt revalidatiegeneeskunde in het buitenland vormgegeven, kunnen we daar wat van leren?’

Zijn jouw internationale activiteiten alleen op het gebied van opleidingen, of ook breder?

‘Nee, het is zeker breder dan alleen de opleiding tot revalidatiearts. De *UEMS (union européenne des médecins spécialistes)*, opgericht in 1958 om het vrije verkeer van medisch specialisten in Europa te bevorderen en kwalitatief zo hoog mogelijke medisch-specialistische zorg voor de Europese burgers te garanderen, werkt hard aan het proces van harmonisatie. Hieronder valt ook het op elkaar afstemmen van bij- en nascholing, wat vitale onderdelen zijn van de medisch-specialistische praktijkuitoefening. Het is dus een uitdaging om ook qua revalidatiegeneeskunde de kennis en vaardigheden Europees op elkaar af te stemmen.

De meeste Europese landen kennen het specialisme revalidatiegeneeskunde als zelfstandig specialisme. Er zijn nog wel specialisten uit de aanliggende vakgebieden, zoals neurologen of orthopeden die zelf de revalidatie van hun patiënten doen, maar ook internationaal wordt dat toch als minder gewenst beschouwd.

Frankrijk lijkt nog het meest op Nederland qua opvattingen en visie op het vak. Duitsland is ingewikkeld, omdat de werkverhoudingen er nogal hiërarchisch en strikt zijn, met diverse regels per Bundesland (16 in totaal). Zwitserland is ook weer ingewikkeld vanwege de indeling in kantons en zo heeft ieder land zijn eigen aandachtspunten.

Een onderwerp dat op dit moment veel aandacht vraagt is de opleidingsduur. De Federatie Medisch Specialist (FMS) heeft van de overheid de opdracht gekregen om de opleidingsduur met 3 maanden te verkorten. Dit geldt overigens voor alle specialismen. De opleidingsduur voor de revalidatie is binnen de regelgeving van de Europese Unie minimaal 3 jaar. In de meeste landen duurt de opleiding 4-5 jaar, soms zelfs 5-6 jaar. Hoe richt je zo'n verkorte opleiding in Nederland dan in? Uiteraard is dat een interne kwestie waar ik vanuit de BuitenlandCommissie niet bij betrokken ben, maar gezien mijn internationale taken heb ik er wel mee te maken en moet ik hierin samen met mijn buitenlandse collega's een visie en beleid zien te ontwikkelen.’

Wat betekent internationaal actief zijn voor jou?

‘Ik vind het enorm boeiend. Vanuit een helicopterview overzie je het hele gebied van de opleiding in Europa en hoe de onderlinge samenwerking tussen de landen van lieverlee steeds beter van de grond komt. Het is een langzaam proces, maar het heeft veel contextuele aspecten en moet zorgvuldig gebeuren. Je moet groeien in dit proces. Het is interessant om de buitenlandse collega's te leren kennen met hun specifieke inbreng. Overigens is het leren kennen maar betrekkelijk. Anders dan vroeger gaan veel vergaderingen tegenwoordig via Skype en e-mail. Per jaar ben ik maar zo'n 6 dagen echt in het buitenland. En die bezoeken zijn ook nog heel efficiënt gepland.’

En wat kan het voor de VRA en de VRA-leden betekenen?

‘Het onderhouden en opdoen van internationale contacten is heel informatief en bevredigend. Het leert je relativeren. Het is echt niet zo dat bij ons alles beter is. Ik vind Nederland soms een beetje xenofob. Nederland is echt niet het centrum van het heelal. Wat meer over de grenzen heen kijken is heel gezond.

‘Nederland is echt niet het centrum van het heelal’

Overigens doen we het in Nederland helemaal niet slecht qua gezondheidszorg. Sterker nog, Nederland wordt tot een van de beste landen in Europa gerekend, voor wat betreft het zorgstelsel: de toegang tot de zorg is goed geregeld, het antibioticagebruik is het laagst in Europa en ‘beslissingen in de gezondheidszorg, worden in een ongewoon hoge mate, genomen door medische professionals met medewerking van patiënten en niet door de overheid’. Zie voor meer informatie ook de website van de *European Health Consumer Index: www.ehci.net*.’

Waarin zie je kansen?

‘Het kennismaken met collega's in andere landen en het zo opdoen van ervaringen is enorm verrijkend. De kansen om hier gebruik van te maken zijn tegenwoordig optimaal. Ik adviseer →

de collega's hier meer mee te doen. Meer uitwisseling en buitenlandstages voor aios. Meer gebruikmaken van de sociale media: word actief op platforms zoals LinkedIn. Maak groepen aan, zodat je informatie kunt uitwisselen met collega's in andere landen. Maak gebruik van de open communicatiemogelijkheden die er tegenwoordig zijn en leer beter in het Engels communiceren. Ik ben er geen voorstander van dat het hele onderwijs vanaf de kleuterschool in het Engels is, maar ik zou er wel voor zijn dat het 'gewoon' wordt om goed in het Engels te leren communiceren. Ik vind dat we daar in Nederland echt mee achter lopen vergeleken met bijvoorbeeld de Scandinavische landen.'

... en waar knelpunten?

'Tja, dat zijn, zoals vaak, de financiën. Een opleidingsinstituut krijgt voor elke opleidingsplaats revalidatiegeneeskunde van de overheid grofweg zo'n 135.000 euro (beschikbaarheidsbijdrage). Voor grote instellingen zoals het Erasmus MC kan het gaan om een bedrag van 10 miljoen euro. Maar wat er gebeurt met dat geld is niet transparant. De NZa probeert dit transparant te maken, maar dat is ingewikkeld, want hoe lopen die geldstromen? Stel je organiseert samen met een ander instituut een cursus met medewerking en facilitering uit allerlei disciplines. Uit welke pot wordt dan wat betaald, hoe verdeel je de kosten? Het is de vraag of je alles wel zo transparant kunt/moet maken, of het dan niet onwerkbaar wordt.'

Een ander knelpunt is de recent ingevoerde AVG (de 'privacywet'). Natuurlijk is het noodzakelijk en terecht dat ieders privacy wordt beschermd, maar het bemoeilijkt wel het leggen van contacten en het communiceren. Snelle en directe terugkoppeling naar verwijzers wordt onnodig complex. Gelukkig komen daar steeds betere oplossingen voor via de sociale media waar artsen gebruik van kunnen maken.'

Waaruit haal jij je 'geneesplezier'?

'Mijn geneesplezier haal ik in de eerste plaats uit de individuele contacten met mensen. Ik vind het enorm bevredigend om bij te kunnen dragen aan de kwaliteit van leven van mensen. Ik vind het belangrijk om mensen positief te kunnen bekrachtigen, talenten te ontdekken en daar iets mee te kunnen. Anderzijds houd ik ook erg van de helicopterview en het overzicht dat je nodig hebt in ons vak, het observeren van processen. Dat deze twee aspecten bij ons ruim voorhanden zijn maakt dat ik iedere ochtend met plezier op de fiets stap.'

Van welke (internationale) ontwikkelingen verwacht je de komende periode veel?

'Wat ik al zei: het meer gebruik maken van netwerken via de sociale media. Contacten leggen via de digitale media. En er moeten meer kerndocumenten in het Engels komen. Ik heb zelf gezocht naar het visiedocument over de medische opleiding in 2025. Ik kon het alleen in het Nederlands vinden, waarom is dat er

'Laat het niet allemaal maar gebeuren maar geef vorm aan ervaringen en creëer daarmee je eigen toekomst'

niet in het Engels? Via het Platform Europa van de FMS worden ervaringen van diverse medisch specialisten op Europees vlak gedeeld, onder andere over de voordelen van het deelnemen aan het Europees Examen.'

Hoe zie jij de meest optimale samenwerking tussen de VRA en de buitenlandse collega's?

'Eigenlijk wordt er al heel veel samengewerkt. En verder heb ik een aantal punten al aangegeven, zoals meer buitenlandstages en beter in het Engels leren communiceren, naast onze Engelstalige congressen (op voorspraak van onder andere Henk Stam). Maar van echte uitwisseling is eigenlijk nog weinig sprake. Misschien is dat nog een aandachtspunt voor de toekomst. Verder heb ik de indruk dat collega's die werkzaam zijn binnen dezelfde diagnosegroep elkaar al redelijk weten te vinden, ook internationaal. Maar op dit punt is zeker verbetering mogelijk.'

Wat wil je de lezers van NTR meegeven?

'Waar ik het voor doe is dat ik graag over 20 jaar goede dokters aan mijn bed en bij mijn (klein-)kinderen wil. Opleiden is investeren in de toekomst. En verder: Zoek uitdagingen en gebruik je talenten. Laat het niet allemaal maar gebeuren maar geef vorm aan ervaringen en creëer daarmee je eigen toekomst.'



Cognitieve stoornissen na een mammacarcinoom

HET GEVOLG VAN EEN 'CHEMOBREIN' OF IS ER MEER AAN DE HAND?

De casus in dit artikel illustreert dat bij patiënten met mammacarcinoom cognitieve klachten en stoornissen relatief vaak voorkomen na de herstelperiode en het re-integratie traject. Neuropsychologisch onderzoek kan helderheid geven of klachten verklaard kunnen worden vanuit cognitieve stoornissen. Ten slotte wordt het belang van revalidatiebehandeling en psycho-educatie onderstreept.



A.B.C. (AICHA) DIJKSHOORN MSC

(Neuro)psycholoog Arkin

DR. M. (MAURITS) SLOOTS

Ergotherapeut Revalidatie, Fysiotherapiewetenschap & Sport UMC Utrecht

DR. H.E. (HAIKE) VAN STRALEN

GZ-psycholoog i.o. Klinisch neuropsycholoog Revalidatie, Fysiotherapiewetenschap & Sport UMC Utrecht

DR. C.F. (CASPER) VAN KOPPENHAGEN

Revalidatiearts Revalidatie, Fysiotherapiewetenschap & Sport UMC Utrecht

PROF. DR. S.B. (SANNE) SCHAGEN

Klinisch neuropsycholoog Nederlands Kanker Instituut, Antonie van Leeuwenhoek ziekenhuis (NKI-AVL) Faculteit der Maatschappij- en Gedragwetenschappen, Universiteit van Amsterdam (UVA)

DR. V.P.M. (VERA) SCHEPERS

Revalidatiearts Revalidatie, Fysiotherapiewetenschap & Sport UMC Utrecht



CORRESPONDENTIE

a.b.c.dijkshoorn@gmail.com

INTRODUCTIE CASUS

Een hoogopgeleide 59-jarige vrouw met mammacarcinoom, die behandeld is met radiotherapie, resectie en chemotherapie meldt zich bij de polikliniek Revalidatiegeneeskunde van het UMC Utrecht. Zij presenteert zich met een beeld van milde fysieke en cognitieve klachten, waaronder mentale vermoeidheid. Na een herstelperiode en een re-integratie traject is zij weer volledig aan het werk, waarna zij aangeeft dat zij alsnog 'mentaal tegen de lamp is gelopen'. Patiënte vertelt dat zij klachten ervaart in haar concentratievermogen, haar tolerantie voor prikkels, het onthouden van afspraken en in het langer moeten zoeken naar woorden. Patiënte geeft aan bang te zijn dat zij aan het dementeren is. Daarnaast zijn er wisselende vermoeidheidsklachten en minimale stemmingsklachten. Zij heeft zich recent weer voor vijftig procent ziek moeten melden. Naar aanleiding van haar klachten en doelen (weer fit aan het werk) wordt een oncologisch revalidatieprogramma gestart. Een neuropsychologisch onderzoek wordt ingezet om te achterhalen of er inderdaad sprake is van onderliggende cognitieve stoornissen, of dat er andere verklaringen waren, zoals vermoeidheid of stemmingsproblemen. Dit onderzoek wijst uit dat haar klachten verklaard kunnen worden door een stoornis in aandacht en werkgeheugen en dat deze passend zijn bij de gevolgen van (de behandeling van) het mammacarcinoom. Middels dit inzicht en de bijbehorende psycho-educatie nam de bezorgdheid over haar geheugenklachten af. Dit gaf de erkenning voor haar klachten en ruimte om zich te richten op de revalidatiebehandeling.

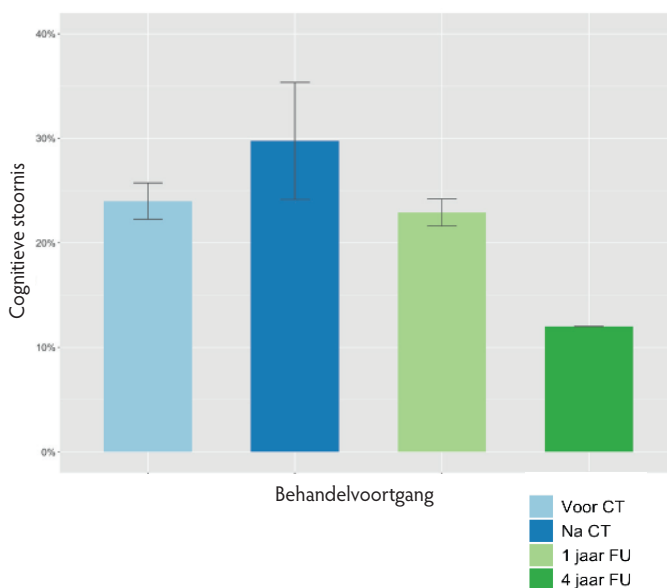
ACHTERGROND

De patiënte in deze casus heeft een mammacarcinoom gehad. In Nederland wordt jaarlijks bij ca. 15.000 vrouwen (en 130 mannen) borstkanker gediagnostiseerd. Circa één op de acht vrouwen krijgt in haar leven een mammacarcinoom.¹ Naast chirurgische behandeling kan systemische chemo- en/of endocriene therapie →

of radiotherapie gegeven worden om metastasering op afstand te voorkomen. Logischerwijs is het van belang om hierbij een balans op te maken van de te verwachten ziekte winst van de behandeling ten opzichte van de bijwerkingen.

COGNITIEVE BLAUWDRUK CHEMOTHERAPIE

In een deel van de patiënten die chemotherapie ondergaan, ontstaan cognitieve stoornissen. Het is echter niet geheel duidelijk waar in het ziektebeloop cognitieve problemen zich presenteren en welke psychische en biochemische factoren hieraan ten grondslag liggen. Vroeger werd gedacht dat deze cognitieve problemen te wijten waren aan carcinoom-gerelateerde psychische klachten. Echter, in de jaren 90 werd ontdekt dat veel chemotherapeutische middelen in staat zijn om de bloed-brein-barrière te passeren.² Zodoende kunnen deze middelen in direct contact komen met het biochemische milieu van de hersenen. Daarbij is zowel de therapeutische dosis als de duur van de behandeling gerelateerd gebleken aan de mate van cognitieve stoornissen.^{3,4} In vergelijking met intracerebrale tumoren, zijn de cognitieve gevolgen bij patiënten met een mammacarcinoom vaak milder en diffuser. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat directe en indirecte toxische stoffen bij behandeling van mammacarcinoom minder effect hebben op het brein. Daarbij zijn deze niet progressief, zoals wel het geval kan zijn bij bestraling op het brein. Bovendien speelt de pathologie van het mammacarcinoom zelf weinig of in mindere mate een rol in de totstandkoming van cognitieve stoornissen. De exacte bijdrage van mogelijke mammacarcinoom-gerelateerde factoren is echter tot op heden onbekend.



Figuur 1. Cross-sectionele analyse van de prevalentie van cognitieve stoornissen bij patiënten met mammacarcinoom ($N_{range} = 66 - 555$) voorafgaand aan en gedurende de chemotherapiebehandeling. CT: chemotherapie, FU = follow-up.

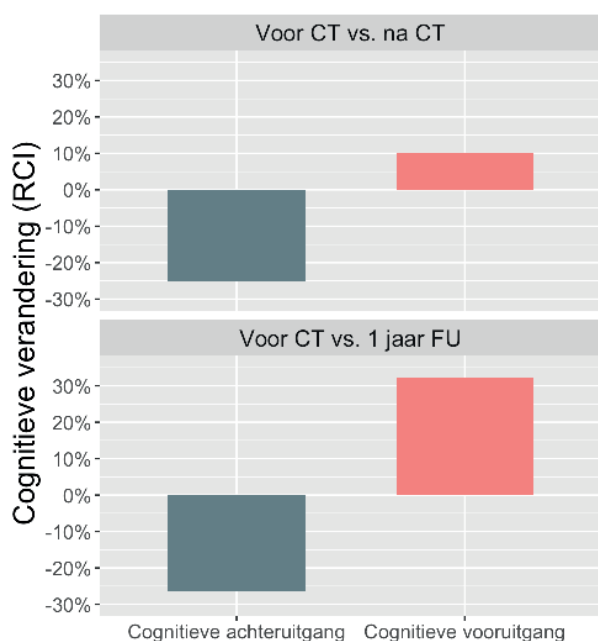
COGNITIEVE STOORNISSEN EN KLACHTEN

Chemotherapeutische behandeling kan een verscheidenheid aan cognitieve functiestoornissen tot gevolg hebben. Ondanks dat cognitieve stoornissen mild van aard zijn, kunnen deze invaliderend zijn en een bron van zorg op het werk, maar ook in het dagelijkse leven. Ook kunnen de klachten lang aanhouden, zelfs nadat de behandeling is gestopt. Op basis van anamnese blijkt het moeilijk om een onderscheid te maken tussen cognitieve klachten en cognitieve stoornissen, veroorzaakt door schade in het brein. Cognitieve klachten kunnen een relatie hebben met cognitieve stoornissen. Klachten correleren echter ook vaak met depressieve klachten, angstklachten en vermoeidheid. Om aanwezige cognitieve stoornissen vast te stellen dient een neuropsychologisch onderzoek te worden afgenomen. Keuze van de behandeling van cognitieve klachten hangt af van al of niet aanwezig zijn van cognitieve stoornissen.

BELOOP VAN COGNITIEVE STOORNISSEN

Cognitieve stoornissen kunnen in alle fasen van de ziekte en behandeling van een mammacarcinoom ontstaan en voorkomen. Uit een meta-analyse blijkt dat de toediening van chemotherapie zijn weerslag heeft op diverse cognitieve functiegebieden, hetgeen zich kan uiten in: aandacht- en concentratiestoornissen, verminderde snelheid van informatieverwerking, taalstoornissen, verstoorde onmiddellijke en uitgestelde reproductie en executieve disfuncties.⁶ Het is echter onduidelijk welk percentage van de patiënten cognitieve problemen heeft en welke diagnostische en behandelingsmogelijkheden er zijn. Een recente systematische review naar longitudinale studies heeft de prevalentie van cognitieve stoornissen in verschillende fasen van de chemotherapiebehandeling geobjectiveerd.⁷ Hieruit komt naar voren dat één op de vier patiënten reeds een cognitieve stoornis heeft vóór de start van de chemotherapiebehandeling, hetgeen suggereert dat ook andere carcinoomgerelateerde factoren een rol spelen in de ontwikkeling van cognitieve stoornissen. Daarnaast laat de review zien dat één op de drie patiënten een cognitieve stoornis heeft na voltooiing van de chemotherapie, één op de vier omstreeks zes maanden na voltooiing van chemotherapie en één op de negen omstreeks vier jaar na voltooiing van de chemotherapiebehandeling (figuur 1).

Ook cognitieve achteruitgang komt voor bij één op de vier patiënten, zowel direct na de chemotherapiebehandeling als na één jaar follow-up. Ondanks dat het percentage van patiënten die cognitieve achteruitgang toont constant blijft, stijgt de prevalentie van patiënten die significante cognitieve verbetering laat zien; waar één op de tien patiënten verbetering toont gedurende de chemotherapiebehandeling laat één op drie patiënten verbetering zien na één jaar follow-up (figuur 2). Een mogelijke verklaring voor het cognitieve herstel zijn verminderde emotionele of fysieke (vermoeidheids-)klachten.



Figuur 2. Longitudinale analyse van de prevalentie van het ontstaan van cognitieve vooruitgang en cognitieve achteruitgang bij patiënten met mammapcarcinoom ($N_{\text{range}} = 85 - 647$) gedurende de chemotherapiebehandeling. CT: chemotherapie, FU: follow-up.

KLINISCHE IMPLICATIES VOOR ONCOLOGISCHE REVALIDATIE

Met deze casuïstiek vragen wij aandacht voor cognitieve stoornissen en klachten bij patiënten met mammapcarcinoom.

- Breng standaard cognitieve klachten in kaart (bijv. met de CLCE-24).⁸
- Vraag een neuropsychologisch onderzoek aan indien cognitieve klachten niet verklaard kunnen worden door stemmingsproblemen en de cognitieve klachten hinderen bij het hervatten van werk of dagelijkse activiteiten.
- Bied educatie over cognitieve klachten en stoornissen en maak gebruik van tips van de websites: <https://www.kanker.nl/gevolgen-van-kanker/geheugen-en-concentratieproblemen/wat-kunt-u-doen/>

[adviezen-en-tips-bij-cognitieve-problemen#show-menu](https://www.avl.nl/voorbereiding-afspraken/afdelingen-en-centra/centrum-voor-kwaliteit-van-leven-ondersteunende-zorg/cognitieve-problemen-bij-kanker-en-kankerbehandeling/) en <https://www.avl.nl/voorbereiding-afspraken/afdelingen-en-centra/centrum-voor-kwaliteit-van-leven-ondersteunende-zorg/cognitieve-problemen-bij-kanker-en-kankerbehandeling/>.

- Richt de revalidatiebehandeling bij cognitieve klachten eerst op herstel van energiebalans en op mogelijke stemmingsproblemen (angst en depressie).
- Externe en interne compensatiestrategieën kunnen aangeleerd worden om in te passen in het dagelijks leven, zodat er minder energie aan deze klachten verloren gaat en patiënten hier meer grip op krijgen (zoals een 'Niet Rennen Maar Plannen' module). Binnenkort is in het kader van wetenschappelijk onderzoek een onlineversie van het 'Niet Rennen Maar Plannen' programma beschikbaar, dat zich specifiek richt op oncologische patiënten met cognitieve klachten op de werkvloer.

KERNPUNTEN

- Cognitieve klachten (zoals moeite met concentreren, geheugenklachten) en vermoeidheid komen veel voor en zijn vaak blijvend van aard.
- Cognitieve stoornissen bij mammapcarcinoom komen gedurende het gehele behandeltraject voor in een subgroep van de patiënten.
- Het aantal patiënten met cognitieve stoornissen daalt van 1 op de 3 net na de chemotherapie tot 1 op de 9 op langere termijn.
- Neuropsychologisch onderzoek in combinatie met anamnese kan uitwijzen of er sprake is van cognitieve stoornissen.
- Hoewel chemotherapie gerelateerd is aan (een mogelijke verergering van) cognitieve stoornissen, zijn ook carcinoom gerelateerde factoren betrokken bij het ontstaan van cognitieve stoornissen; één op de vier patiënten heeft cognitieve stoornissen vóórdat de chemotherapiebehandeling start.
- Cognitieve klachten en stoornissen hebben grote invloed op dagelijks leven, werk, en onderhouden van relaties. ←

Referenties

1. Oncoline richtlijnen oncologische zorg. Mamma. Versie: 1.0, Redactionele aanpassing 2019-09-16, Verantwoording: NABON, Type: Landelijke richtlijn. Available from: <https://www.oncoline.nl/borstkanker>.
2. Sakane T, Yamashita S, Yata N, Sezaki H. Transnasal delivery of 5-fluorouracil to the brain in the rat. *J Drug Target* 1999;7:233-40.
3. Dam FSAM van, Boogerd W, Schagen SB, Muller MJ, Droogleever Fortuyn ME, Wall E v.d., et al. Impairment of Cognitive Function in Women Receiving Adjuvant Treatment for High-Risk Breast Cancer: High-Dose Versus Standard-Dose Chemotherapy. *JNCI J Natl Cancer Inst [Internet]* 1998;90:210-8.
4. Collins B, Mackenzie J, Tasca GA, Scherling C, Smith A. Cognitive effects of chemotherapy in breast cancer patients: A dose-response study. *Psychooncology* 2013;22:1517-27.
5. Briones TL, Woods J. Dysregulation in myelination mediated by persistent neuroinflammation: Possible mechanisms in chemotherapy-related cognitive impairment. *Brain Behav Immun [Internet]* 2014;35:23-32.
6. Bernstein LJ, McCreath GA, Komeylian Z, Rich JB. Cognitive impairment in breast cancer survivors treated with chemotherapy depends on control group type and cognitive domains assessed: A multilevel meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev [Internet]* 2017;83:417-28.
7. Dijkshoorn ABC, Stralen HE van, Sloots M, Schagen SB, Visser-Meily JMA, Schepers VPM. Prevalence of cognitive impairment and cognitive change in patients with breast cancer: a systematic review of longitudinal studies. In preparation.
8. Heugten C van, Rasquin S, Winkens I, Beusmans G, Verhey F. Checklist for cognitive and emotional consequences following stroke (CLCE-24): Development, usability and quality of the self-report version. *Clin Neurol Neurosurg* 2007;109:257-67.

Metten van het rustmetabolisme bij mensen met een dwarslaesie

Gewichtstoename is een veelvoorkomend probleem bij mensen met een dwarslaesie, met verschillende gezondheidsrisico's als gevolg. Een verlaging van het rustmetabolisme, door afname van spiermassa, speelt hierin een belangrijke rol. Het meten van het rustmetabolisme is een belangrijke stap om voedingsadviezen te optimaliseren. Mogelijk wordt hierdoor een betere gewichtsbeheersing bereikt. Dit artikel beschrijft een innovatieproject naar de praktische haalbaarheid van metingen van het rustmetabolisme bij mensen met een dwarslaesie tijdens hun klinische revalidatie.



S.A. (SIETSKE) VAN DER WIEL

Verpleegkundige, Rijndam Revalidatie, Rotterdam

R. (ROGIER) BROEKSTEEG

Fysiotherapeut, Rijndam Revalidatie, Rotterdam

S. (SANDRA) VAN DER VELDEN

Diëtiste, Rijndam Revalidatie, Rotterdam

DR. T. (TESSA) WESTENDORP

Beleidsadviseur en onderzoeker, Rijndam Revalidatie, Rotterdam

DR. H.J.G. (RITA) VAN DEN BERG-EMONS

Universitair hoofddocent, Erasmus MC, afdeling Revalidatiegeneeskunde, Rotterdam

DR. R. (RUTGER) OSTERTHUN

Revalidatiearts en onderzoeker, Rijndam Revalidatie, Rotterdam; Erasmus MC, afdeling Revalidatiegeneeskunde, Rotterdam



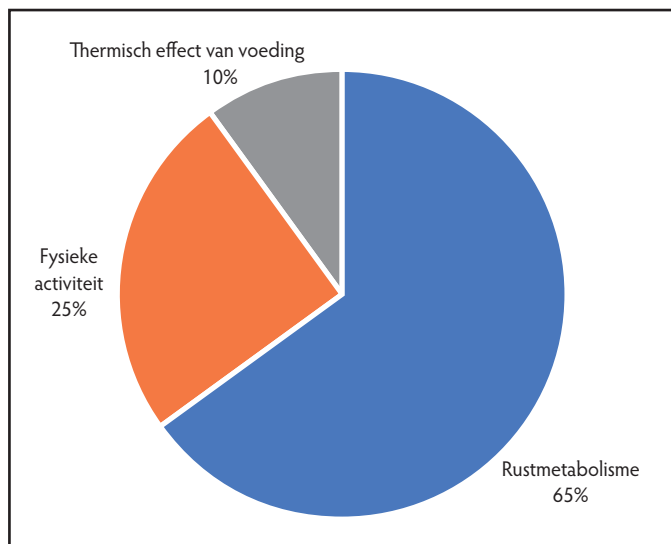
CORRESPONDENTIE

r.osterthun@rijndam.nl

Bij ongeveer 45% van de mensen met een recente dwarslaesie is sprake van een gewichtstoename tijdens of na de revalidatie. Dit gaat gemiddeld om een toename van twee kilogram per jaar.¹ In de chronische fase heeft 75% van deze groep overgewicht of obesitas, terwijl dit 47% is in de algemene populatie.¹ Overgewicht en obesitas vergroten ook in deze populatie het risico op onder andere hart- en vaatziekten, diabetes, vermoeidheid, pijnklachten, decubitus en slaapproblemen.^{2,3} Daarnaast kunnen overgewicht en obesitas negatieve effecten hebben op het dagelijks functioneren.

Verschuivende aspecten zorgen voor een sterk verhoogd risico op gewichtstoename bij mensen met een dwarslaesie. Na de acute fase verandert bij deze groep geleidelijk de lichaamssamenstelling, afhankelijk van de hoogte en compleetheid van de dwarslaesie. Door afname van spiermassa verlaagt het rustmetabolisme dat verantwoordelijk is voor zo'n 60 tot 70% van ons dagelijks energieverbruik (zie figuur 1). Mensen met een dwarslaesie hebben daarnaast minder mogelijkheden om fysiek actief te zijn en hun voedingsintake is vaak niet aangepast op een lager energieverbruik. De combinatie van deze factoren zorgt voor een sterk verhoogd risico op gewichtstoename.^{1,4}

De richtlijn Dwarslaesierevalidatie, die in mei 2017 verschenen is, beveelt aan om met het revalidatieteam aandacht te besteden aan de energiebalans van mensen met een dwarslaesie, zowel tijdens de acute fase en de revalidatiefase, als tijdens de chronische fase. Daarnaast wordt aanbevolen om indirecte calorimetrie tijdens de revalidatiefase te gebruiken om een goede inschatting van de caloriebehoefte te kunnen maken. Bij indirecte calorimetrie wordt de gaswisseling in de longen gemeten (O₂ opname en CO₂ afgifte).



Figuur 1. Dagelijks energieverbruik.

Voedingsadviezen aan mensen met een dwarslaesie worden in het algemeen gebaseerd op de Harris-Benedict (zie kader) of een vergelijkbare formule, waarmee het energieverbruik geschat wordt.⁵ Hierbij wordt dan gecorrigeerd voor de dwarslaesie, ook door middel van een schatting, vaak op basis van ervaringen van de diëtist. Door met name het lagere rustmetabolisme en activiteitsniveau kan de schatting van het energieverbruik bij mensen met een dwarslaesie echter fors hoger zijn dan het daadwerkelijke energieverbruik.

Het meten van het rustmetabolisme is de enige manier om het energieverbruik in rust goed te bepalen.⁶ Daarmee kunnen gerichte voedingsadviezen gegeven worden, aangepast op het individuele energieverbruik. Door specifiekere voedingsadviezen te geven wordt verwacht dat er op lange termijn sprake zal zijn van minder overgewicht, minder cardiovasculaire complicaties, langer behoud van functioneren en een betere gezondheid bij mensen met een dwarslaesie.

Gezien het belang van het geven van juiste voedingsadviezen bij mensen met een dwarslaesie is Rijndam als eerste revalidatiecentrum in Nederland gestart met het uitvoeren van metingen

Harris & Benedict formule (1984).

Mannen (kcal): $88.362 + (13.397 \times Wt) + (4.799 \times Ht) - (5.677 \times Age)$

Vrouwen (kcal): $447.593 + (9.247 \times Wt) + (3.098 \times Ht) - (4.33 \times Age)$

Wt = gewicht in kg; Ht = lengte in cm; Age = leeftijd in jaren



Afbeelding 1. Meetopstelling

van het rustmetabolisme in de zorg. In dit artikel wordt een innovatieproject beschreven waarin is gekeken naar de praktische haalbaarheid van metingen van het rustmetabolisme door middel van indirecte calorimetrie bij mensen met een dwarslaesie tijdens hun klinische revalidatie. Tevens is hierbij een indruk gekregen van de verschillen tussen het rustmetabolisme gemeten door middel van indirecte calorimetrie en de schatting op basis van de Harris-Benedict formule.

INNOVATIEPROJECT 'RUSTMETABOLISME BIJ MENSEN MET DWARSLAESIE'

Als eerste stap is een protocol geschreven voor het uitvoeren van metingen van het rustmetabolisme bij mensen met een dwarslaesie. Dit meetprotocol is gebaseerd op een landelijke richtlijn ontwikkeld in het UMC Utrecht voor het meten van het rustmetabolisme⁷ en is specifiek aangepast aan onze doelgroep, door rekening te houden met het uitvoeren van de meting tijdens een klinische opname en de mogelijke lichamelijke beperkingen van mensen met een dwarslaesie.

In het project is vervolgens het rustmetabolisme gemeten bij negen mensen die opgenomen waren voor hun eerste klinische revalidatie na een dwarslaesie. Het hebben van een haloframe of claustrofobie waren exclusiecriteria. De metingen voor dit project zijn op willekeurige momenten tijdens de klinische revalidatie verricht. →

Tabel 1. Voorspelde en gemeten rustmetabolisme.

Deelnemer	Geslacht (man/vrouw)	Leeftijd (jaren)	Hoogte en compleetheid dwarslaesie	Tijd sinds ontstaan dwarslaesie (weken)	Voorspelde rustmetabolisme H&B formule (kcal/dag)	Gemeten rustmetabolisme (kcal/dag)	Vershil gemeten en voorspelde rustmetabolisme
1	m	57	C1 AIS D	4	1594	1235	-23%
2	m	57	T9 AIS A	10	1698	1463	-14%
3	m	27	C5 AIS B	46	1696	1292	-24%
4	m	29	T2 AIS A	16	1861	1917	+3%
5	m	41	C3 AIS C	13	1823	1736	-5%
6	m	24	C4 AIS B	21	1922	1757	-9%
7	m	56	C3 AIS C	28	1651	1295	-22%
8	v	69	T4 AIS A	10	1648	1952	+18%
9	m	55	C3 AIS D	22	1697	1278	-25%

De meting

Deelnemers kregen uitleg voorafgaand aan de meting en moesten zich de dag voorafgaand aan de meting wegen. Vervolgens moesten zij vanaf middernacht nuchter blijven en mochten ze niet lichamelijk actief zijn. De metingen werden 's ochtends uitgevoerd door een verpleegkundige in een aparte kamer op de afdeling om te voorkomen dat de deelnemer gestoord werd. De temperatuur in deze kamer was ongeveer 20 graden. De deelnemers kregen de instructie om rustig te liggen en de verpleegkundige bleef gedurende de gehele meting bij de deelnemer. Met gebruik van een doorzichtige kap die over het hoofd van de deelnemer werd geplaatst werd het rustmetabolisme gemeten middels indirecte calorimetrie (zie afbeelding 1). Na afloop van de meting werd gevraagd naar de ervaring van de deelnemer. Tot slot werden de meetgegevens verwerkt in het patiëntendossier en werd de diëtiste ingeschakeld om een voedingsadvies te geven.

UITKOMSTEN

Metingen

De tijdsinvestering voor het meten van één persoon was 1 uur, waarvan 30 minuten nodig was voor de voorbereiding en het uitwerken van de gegevens, en 30 minuten voor het uitvoeren van de meting zelf. Per ochtend konden twee tot drie deelnemers gemeten worden.

Ervaringen van deelnemers

Alle deelnemers gaven aan dat ze de meting weinig belastend vonden. Een deelnemer twijfelde vooraf over deelname omdat zij het liggen onder een kap een onprettig idee vond. Omdat de kap die ze over zich heen kreeg doorzichtig was vond zij de meting echter erg meevallen.

Het meten van het rustmetabolisme is een belangrijke stap richting optimalisatie van voedingsadviezen

Logistiek rondom de metingen

De metingen bleken goed uitvoerbaar tijdens de klinische revalidatie. De grootste logistieke uitdaging was de beschikbaarheid van een verpleegkundige in de ochtend. Deelnemers werden uitgeroosterd tot 11 uur van therapie voor het uitvoeren van de meting en de ochtendzorg na de meting. Wel vroegen de metingen een forse tijdsinvestering van de verpleegkundige, namelijk 1 uur per patiënt.

Meetuitkomsten

Bij zeven deelnemers lag het gemeten rustmetabolisme lager (-5% tot -25%) dan het voorspelde rustmetabolisme op basis van de Harris-Benedict formule. Bij twee deelnemers lag het gemeten rustmetabolisme hoger (+3% en +18%) dan het voorspelde rustmetabolisme. In tabel 1 zijn de voorspelde rustmetabolisme aan de hand van de Harris-Benedict formule en de gemeten rustmetabolisme van de deelnemers weergegeven.

DISCUSSIE

Met dit innovatieproject is Rijndam gestart met het uitvoeren van metingen van het rustmetabolisme in de zorg bij mensen met een dwarslaesie. Daarbij bleek het meetprotocol goed uitvoerbaar en de metingen weinig belastend voor de deelnemer. De meetuitkomsten bevestigen de (soms grote) verschillen tussen de geschatte en het gemeten rustmetabolisme, wat het belang onderschrijft van het uitvoeren van deze metingen.

De metingen in dit project vroegen een tijdsinvestering van de verpleegkundige. De potentiële winst van de metingen ten opzichte van een schatting met de Harris-Benedict formule (adequater voedingsadvies, minder gewichtstoename voor de persoon met een dwarslaesie en kortere inzet van de diëtiste) lijkt echter op te wegen tegen de tijdsinvestering. De diëtiste heeft door de metingen een duidelijkere onderbouwing voor de patiënt en de begeleiding kan zich meer op gedragsmatige aspecten richten. Naar aanleiding van dit project wordt overwogen de metingen door een andere discipline uit te laten voeren, waarbij de diëtiste het meest aannemelijke alternatief lijkt. De diëtiste zou dan direct na de meting een voedingsadvies kunnen geven.

Uit de metingen bleek dat bij zeven van de negen deelnemers sprake was van een lager en bij twee deelnemers van een hoger gemeten rustmetabolisme dan voorspeld op basis van de Harris-Benedict formule. Deze uitkomsten ondersteunen de complexiteit van gewichtsbeheersing bij mensen met een dwarslaesie en laten zien dat specifieke expertise vereist is.

TAKE HOME MESSAGE

Gewichtsbeheersing is complex bij mensen met een dwarslaesie, mede doordat er vaak sprake is van een verlaagd rustmetabolisme. Het meten van het rustmetabolisme is een belangrijke stap richting optimalisatie van voedingsadvies. Het meten van het rustmetabolisme bij mensen met een dwarslaesie bleek goed uitvoerbaar en haalbaar tijdens de klinische revalidatie. ←

Referenties

1. Groot S de, Post MW, Hoekstra T, Valent LJ, Faber WX, Woude LH van der. Trajectories in the course of body mass index after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2014;95:1083-92.
2. Gater DR, Jr. Obesity after spinal cord injury. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2007;18:333-51, vii.
3. Hetz SP, Latimer AE, Arbour-Nicitopoulos KP, Martin Ginis KA. Secondary complications and subjective well-being in individuals with chronic spinal cord injury: associations with self-reported adiposity. *Spinal Cord* 2011;49:266-72.
4. Felleiter P, Krebs J, Haeberli Y, Schmid W, Tesini S, Perret C. Post-traumatic changes in energy expenditure and body composition in patients with acute spinal cord injury. *J Rehabil Med* 2017;49:579-84.
5. Nutritional assessment. Energieverbruik berekenen Harris en Benedict formule. Maastricht UMC. Beschikbaar via: <https://nutritionalassessment.mumc.nl/energiegebruik-berekenen>. Geraadpleegd op 21-04-2019.
6. Haugen HA, Chan LN, Li F. Indirect calorimetry: a practical guide for clinicians. *Nutr Clin Pract* 2007;22:377-88.
7. Afdeling diëtetiek UMC Utrecht. 2015. Meting energieverbruik in rust middels indirecte calorimetrie. Beschikbaar via: <https://www.umcutrecht.nl/getmedia/9ca79f65-4ffc-44e8-9e06-b1ab98f0df1f/SOP-Meting-energieverbruik-in-rust-middels-indirecte-calorimetrie-april-2015.pdf.aspx>. Geraadpleegd op 11-09-2018.

CORONA-ERVARINGEN

Zaalartsdienst

Nachtdienst op de Corona-afdeling, natuurlijk had ik mij daar voor aangemeld, maar nu ik op zaterdagavond om 19.30 uur op de fiets zit, op weg naar mijn afdelingsartsdienst, knijp ik hem toch wel. Gisteravond even meegelopen met de chirurg die het spits moest afbijten. Hij belde mij toen ik net het ziekenhuis binnenliep, en zei: 'kom snel, dan laat ik je zien hoe je de overlijdenspapieren moet invullen'. De eerste overledene had hij na 10 minuten dienst.

Het is een frisse avond, maar de kou voel ik niet. Gewa- pend met een behandelrichtlijn en wat online cursussen, die middag gevolgd, moet ik de leemte van 30 jaar geen afdelingsartsdienst inhalen. Corona-afdeling is een nieuw fenomeen.

Verpleging, vanuit verschillende afdelingen samengesteld, is druk met de soms zeer ernstig zieke patiënten. Een drukte die zwaarder is door de beschermende kleding. Angst in de ogen van patiënten. Ondanks dat ze nauwelijks benauwd zijn moeten ze veel moeite doen om voldoende zuurstof in hun bloed te krijgen. Angst in hun ogen, dat ze het niet redden, beklemmt en blijft plakken.

Echter, zo na die eerste drukte maakt de avond geleidelijk plaats voor een stilte die ik me nog van vroeger herinner, een speciale ziekenhuisnachtstille. Stilte die aangrijpend is, omdat zij breekbaar is. Elk moment kan zij verstoord worden door groot leed, waarbij je bang bent dat je die niet het hoofd kunt bieden. Een gespannen gevoel.

In de vroege ochtend op weg naar huis worden die indrukken, met de voorjaarswind door de haren, herinneringen.

Peter van Leeuwen
Revalidatiearts Libra Revalidatie & Audiologie
en St Anna Ziekenhuis

Kees Pons

1942 - 2020

Op 26 maart 2020 is onze collega C. (Kees) Pons overleden. Kees werd op 17 december 1942 geboren in Maassluis waar hij ook opgroeide.

Na zijn studie geneeskunde startte hij in 1972 zijn opleiding tot revalidatiearts bij H.F.W. te Riele in het revalidatiecentrum Hoensbroeck (tegenwoordig Adelante). Daar het in de bedoeling lag dat hij in dit revalidatiecentrum een gespecialiseerde dwarslaesieafdeling zou gaan leiden, liep hij ook stage bij prof. dr. Volkmar Paeslack in het 'Querschnittzentrum' van de universiteit in Heidelberg (Duitsland). Hij organiseerde dat ook zijn teamleden een bezoek aan dit centrum konden brengen. Door deze periode sprak hij vloeiend Duits en hield hij zijn hele beroepsmatige leven contacten met Duitse collega's in de dwarslaesierevalidatie.

Na zijn opleiding ging in 1976 de gespecialiseerde dwarslaesieafdeling in Hoensbroeck van start. Hij stimuleerde zijn teamleden tot systematisch nadenken over hun werk en om de resultaten hiervan vast te leggen. Zo ontwikkelde zijn team in 1977 de Functionele Observatielijst Dwarslaesies (FOD). Dit was een van de eerste specifiek voor dwarslaesies ontwikkelde lijsten waarmee het functionele vaardigheidsniveau gekoppeld werd aan de segmentale laesiehoogte. Ook vond hij het belangrijk dat zijn teamleden met hun kennis en ervaring naar buiten traden. Zo stimuleerde hij zijn therapeuten Dominiek Beckers en Math Buck tot het schrijven van het primair op paramedici gerichte boek *De Revalidatie van Dwarslaesiepatiënten* (1992). In 1995 was hij met Beckers en Buck medeauteur van het boek *Dwarslaesie. Een wegwijzer voor dwarslaesiepatiënten en hun partner*.

Hij nam het initiatief om de handchirurgie voor patiënten met een cervicale dwarslaesie in Nederland verder uit te breiden. Hiertoe zette hij een samenwerking op met de plastische chirurgen in het toenmalige De Weverziekenhuis in Heerlen. Voor het succes van deze operaties is de indicatiestelling en de nazorg minstens zo belangrijk als de operatie zelf. In 1985 nodigde hij hierom de toen al 79-jarige Zweedse plastisch chirurg Erik Moberg, een autoriteit op dit gebied, in Hoensbroeck uit. Deze gaf instructie over de indicatie en de nazorg en voerde enkele operaties in Heerlen uit. Door dit initiatief is de dwarslaesieafdeling in Hoensbroeck een aantal jaren een verwijscentrum geweest voor deze operaties. In 1998 en 2007 was hij coauteur van het hoofdstuk 'Arm- en handfunctiestoornissen' in het *Handboek Dwarslaesierevalidatie*. In 1986 schreef Kees met B. Dechesne en A.M.C.M. Schellen



Sexuality and handicap: problems of motor handicapped people en in 1999 was hij redacteur van het boek *Letsels van de plexus brachialis*. Voor zijn bijdragen aan de revalidatie in woord en geschrift ontving hij in 2001 van de VRA de Van Hoytema Trofee.

Hij was een bevolgen docent en bij vele oud-assistenten leeft hij als een enthousiast opleider voort. In 1989 organiseerde hij de eerste basis cursus die in zijn geheel over dwarslaesies ging. Vooral het feest na afloop van de eerste dag waar de aanwezigen in boerenkielen onderhouden werden door een Limburgs dweilorkest kunnen de aanwezigen van toen zich nu nog levendig herinneren.

Ook bestuurlijk was hij actief. Binnen de VRA was hij lid van het Concilium en van de Commissie Capaciteitsbepaling. Voor zijn activiteiten op dit gebied ontving hij in 2000 de zilveren en in 2005 de gouden balk van de VRA.

Als enige niet-Duitstalige en als enige revalidatiearts ooit was hij van 1988-1990 vicevoorzitter en van 1990-1992 voorzitter van het *Deutschsprachigen medizinischen Gesellschaft für Paraplegiologie (DMGP)*.

In november 1993 behoorde hij tot de delegatie van vijf Nederlandse revalidatieartsen die samen met vijf Vlaamse collega's in Utrecht het Nederlands-Vlaams Dwarslaesie Genootschap (NVDG) oprichtte. Vanaf 1995 vertegenwoordigde hij het NVDG als *regional society* in de *Council van de International Medical Society of*

Paraplegia (IMSoP, sinds 2001 ISCoS). In 1999 werd hij voorzitter van het NVDG en bij zijn pensionering werd hij tot erelid van het NVDG benoemd.

In 2003 ging hij met pensioen en droeg hij zijn afdeling over. Dat hij naast al zijn bestuurlijke activiteiten ook door zijn patiënten gewaardeerd werd, bleek bij zijn afscheid. De rij van patiënten die afscheid van hem kwamen nemen reikte tot buiten het centrum. Na zijn pensionering heeft hij nog enige tijd hand- en spandiensten verricht in het centrum en op de polikliniek van het De Weverziekenhuis. Aansluitend werkte hij nog enkele maanden in het revalidatiecentrum Rijndam in Rotterdam waar hij zich vooral bezighield met de poliklinische revalidatie van dwarslaesiepatiënten.

De laatste jaren zijn zwaar voor hem geweest. Een combinatie van neurologische, vasculaire en orthopedische stoornissen betekende vele medische onderzoeken en interventies. Zoals hij zelf eens aangaf: 'ik heb deze jaren alle medische specialisten aan mijn lijf gehad behalve de gynaecoloog'.

Hij werd steeds meer afhankelijk en verhuisde naar Parc Imstenrade waar hij de noodzakelijke zorg kon krijgen. Deze situatie werd

voor hem nog zwaarder door het overlijden van zijn echtgenote Anke op 22-9-2019.

Op 26 maart overleed hij en, zoals zijn familie ons mededeelde, heeft de begrafenis door de bijzondere omstandigheden in zeer kleine kring plaatsgevonden. Met hen hadden wij hem ook een groter afscheid gegund.

In Kees verliezen wij een zeer gewaardeerde collega. Wij zullen hem niet alleen missen om zijn bijdrage aan de dwarslaesie-revalidatie, maar ook vanwege zijn warme, geestige en belangstellende persoonlijkheid.

Wij wensen zijn kinderen en kleinkinderen veel sterkte met dit grote verlies. ←

Floris van Asbeck

Helma Bongers-Janssen

Tebbe Sluis

Dirk van Kuppevelt

Hans Slootman



Online DCRM 2020

12 & 13 November 2020

INNOVATION WITH IMPACT



Rehabilitation in the near future

DCRM 2020 wordt online gehouden

Vanwege onzekerheden over een fysiek evenement in november wordt het DCRM 2020 online gehouden en wel op donderdagmiddag 12 en vrijdagochtend 13 november. Ook online zal dit congres bestaan uit keynotes, parallel sessies (workshops en mini-symposia) en postersessies. Houd de nieuwsbrieven in de gaten voor meer informatie.

TRUST BOTOX®

FOR YOUR POST-STROKE SPASTICITY PATIENTS

PROVEN EFFICACY

BOTOX® has proven evidence and experience in post-stroke spasticity in both the upper & lower limb in a range of muscles*.^{1,2,3}

For these patients, BOTOX® showed reduced muscle tone, reduced pain and greater functional goal achievement compared to baseline.^{2,3,4}

EARLY

Earlier identification and intervention in post-stroke spasticity is key for better patient outcome.⁵

Together
we make a
difference.

Discover
Adopt
Improve

 **BOTOX**®
Botulinum Toxin Type A

Because of you
 **Allergan**™

1. BOTOX® Summary of Product Characteristics. March 2019.
2. Brashear A, et al. N Engl J Med. 2002;347(6):395–400.
3. Kaji R, et al. J Neurol. 2010;257:1330–1337.
4. Gordon MF, et al. Neurology. 2004;63(10):1971–1973.
5. Wissel J, et al. PM&R J. 2015;7(1):60-67.

*BOTOX® is geregistreerd voor focale spasticiteit van de pols, hand, enkel en voet bij volwassen patiënten na een beroerte.

Verantwoordelijk uitgever: Allergan b.v., Keizerstraat 13, Breda
NL-BTX-2050005 | Date of preparation: February 2020