

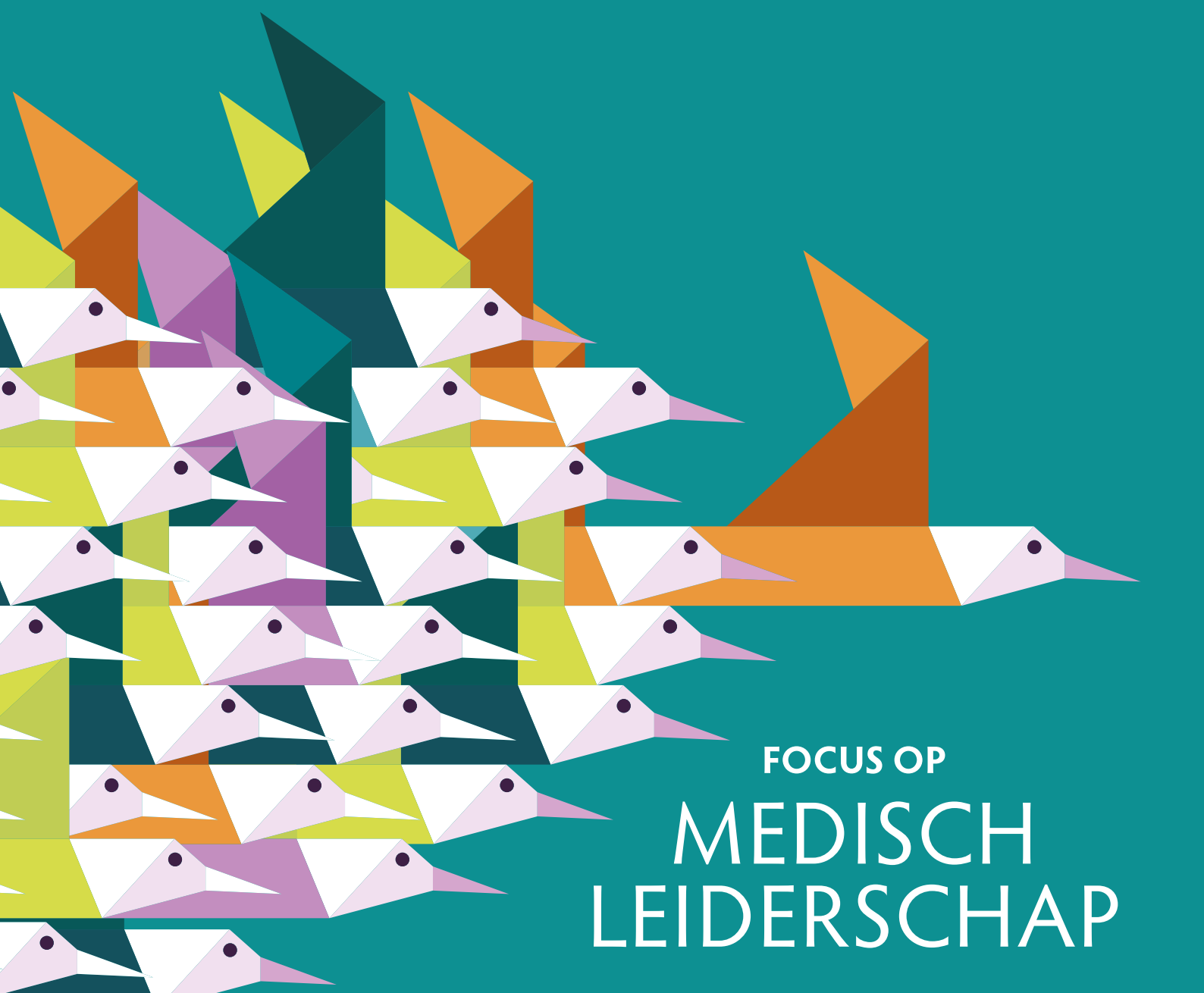
NEDERLANDS TIJDSCHRIFT VOOR

REVALIDATIE GENEESKUNDE



JAARGANG 44 | NUMMER 2 | APRIL 2022

UITGAVE VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING VAN REVALIDATIEARTSEN



FOCUS OP MEDISCH LEIDERSCHAP

IN DIT NUMMER ONDER ANDERE

Pagina 15
Interview
Jeroen Hulst

Pagina 18
Inspiratiesessie
Colloquium 2022

Pagina 22
Interview
Annette van Kuijk en
Dorine Wekking

Pagina 34
Prothesetevredenheid
bij transtibiale
amputatie



“Met prothese voel ik me fysiek completer”

-Joke van de Wetering

Joke heeft in 1998 een motorongeluk gehad en verloor daarbij haar been. Joke wil graag een prothese om zich weer 'compleet' te voelen. Daarom vindt ze het belangrijk dat haar prothese er zo mooi mogelijk uitziet en tegelijkertijd functioneel is.

De wensen van onze klanten vertalen in een goede en mooie prothese; dat is onze kracht!

In dit nummer

FOCUS OP MEDISCH LEIDERSCHAP

5

EDITORIAL

Leiderschap: Who gives a f***?

6

KORTOM

Geneesplezier
Nieuwe revalidatieartsen
Toetsvragen

9

EDITORIAL

Medisch leiderschap in beweging!

12

PRIKBORD

Inzendingen medisch leiderschap

15

INTERVIEW

In gesprek met Jeroen Hulst,
Kolonel bij Defensie, over
leidinggeven in crisistijd
*'Waar het uiteindelijk om draait,
is jouw persoonlijk leiderschap'*

18

JUNIOR VRA

Inspiratiesessie
medisch leiderschap

22

INTERVIEW

In gesprek met Dorine Wekking,
voorzitter RN, en Annette van
Kuijk, voorzitter VRA
*Medisch leiderschap begint bij
jezelf: 'We zijn allemaal leiders'*

27

UIT DE PRAKTIJK

'Dokter houd je rug recht'

29

OPINIE

Medisch leiderschap
begint bij jezelf

31

OPINIE

Vertrouwen in de aios

32

ACTUEEL

Lees- en luistertips

34

ACTUEEL

Prothesetevredenheid bij
prothesegebruikers met een
transtibiale amputatie,
is fit de enige factor?

38

PROEFSCHRIFT

Een klein stapje richting
betere loopkwaliteit bij
kinderen met CP

41

INTERVIEW

Gesprek met
prof. dr. Rienk Dekker, voorzitter
Projectgroep Kennisagenda
*Update van de Kennisagenda
Revalidatiegeneeskunde*

42

ACTUEEL

Rehabweek 2022
in Rotterdam

45

IN PERSPECTIEF

Minister Els Borst en haar
betekenis voor de
revalidatiegeneeskunde

46

IN MEMORIAM

Cor Muskee

Ook leverbaar
in Extra Sterk

Comfit AFO

Ontworpen voor
het moderne,
actieve leven

De Comfit AFO is een dropvoet orthese voor het moderne leven. Deze is technisch innovatief, zorgvuldig getest en heeft als basis een compromisloos ontwerp. In het dagelijks gebruik geeft de orthese een excellente duurzame ondersteuning en - meest belangrijk - het verbetert uw looppatroon.



Laterale beugel, efficiënt ontwerp.
Voor patiënten die meer ruimte
nodig hebben bij de laterale
maleolus is er het wijde model

Kuitbeugel met gevoerde tibiaband

- ❖ Unieke constructie zorgt voor minimale frictie op de huid
- ❖ De volgende generatie dropvoet orthese
- ❖ Koolstofvezel. Flexibiliteit & Robuustheid
- ❖ Extreem lichtgewicht

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
Dr. Anne Schijvens
Dr. Janneke Haisma
Dr. Janneke Stolwijk-Swüste
Dr. Jorit Meesters
Dr. Aline Vrieling

Hoofdredacteur

Dr. Mattijs Alsem

Eindredactie

Heidi Wals
Mieke de Waal

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 € 132,50 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.

44e jaargang nummer 2

ISSN 2211-3665

VAN DE HOOFDREDACTEUR

Leiderschap: Who gives a f***?



Naast de aandacht voor medisch leiderschap eerder in dit tijdschrift, tijdens het Colloquium, tijdens verschillende cursussen en in dit themanummer, is er deze tijd veel aandacht voor leiderschap in het algemeen. Op het moment van schrijven van deze editorial is de oorlog in Oekraïne in volle gang en worden voorbeelden van (de gevolgen van) verschillende leiderschapsstijlen volop geëtaleerd. In dit themanummer wordt in verschillende bijdragen ingegaan op wat medisch leiderschap inhoudt, en wordt er ook een appèl gedaan op het nemen van

méer leiderschap, met name door onze eigen beroepsgenoten.

In een recente bijdrage voor 'De Correspondent' beschrijft Rutger Bregman¹ over de kunst van *giving a fuck*, oftewel de drijfveer om de wereld te veranderen. Een relatief kleine groep mensen zorgt voor relatief grote veranderingen. Bregman maakt daarin het onderscheid tussen 'helden'; gewone mensen die het goed doen in een buitengewone situatie, en 'radicalen'; iemand die redeneert vanuit zijn eigen principes en daar naar leeft en handelt. Vaak wordt pas achteraf bepaald of een radicaal 'gelijk' had. De overwinnaar schrijft immers de geschiedenis. In de geschiedenis van de geneeskunde kennen we enkele van deze radicalen, dikwijls omdat ze hun naam hebben gegeven aan door hun destijds tegendraads en star gehanteerde behandelingen die we nu nog steeds doen. Bijvoorbeeld Joseph Lister, wiens positieve bijdrage aan het verbeteren van operatieve technieken (zoals amputaties) en perioperatieve hygiëne in de Victoriaanse tijd niet te onderschatten is, zoals beschreven in het prachtige boek 'The Butchering Art'. Dit boek beschrijft de ideeën van een kennelijke radicaal en de tegenstand die hij ondervond door zijn hoger aangeschreven collegae. Zijn technieken zijn uiteindelijk *state of the art* geworden doordat hij tegen de stroom in bleef zwemmen. Echter de verhouding tussen de radicalen waarvan we de naam nu nog kennen en degenen van wie de behandeling obsoleet is geworden kennen we niet, en we weten dus niet welk deel van degenen die hun kop boven het maaiveld uitstaken achteraf 'gelijk' had en wie er achteraf aan de verkeerde kant van de dunne scheidslijn tussen geniaal en gek zat.

Enerzijds lijken we als vakgebied (en wellicht ook als maatschappij) dus afhankelijk van radicalen (of genialen, zo u wilt) om veranderingen, verbeteringen en/of vooruitgang te forceren, maar anderzijds lijkt het ook belangrijk om dit leiderschap enigszins te beteugelen. In de ziekenhuizen is de afgelopen jaren te merken dat de hiërarchie afbrokkelt. Niet de anciënniteit bepaalt je gelijk en/of leiderschap, maar je inhoudelijke gelijk en je durf dit gelijk ter discussie te stellen. Leiderschap is dus ook het durven opstaan tegen de gevestigde orde en huidige leiders. Laten we hopen dat in Rusland dit type leiderschap gaat opstaan, want het lijkt me sterk dat de huidige radicale koers vooruitgang gaat forceren, en de geschiedenisboeken in zijn voordeel mag gaan opmaken.

Mattijs Alsem, hoofdredacteur

1. Rutger Bregman, *De niet zo subtiele kunst van giving a fuck - De Correspondent*, <https://decorrespondent.nl/13098/de-niet-zo-subtiele-kunst-van-giving-a-fuck/503552610-dbc9f3bf>

Kortom



DOCUMENTAIRE RISING PHOENIX

De paralympische winterspelen zijn net weer achter de rug: 4-13 maart 2022 in Peking.

Om gevoel te krijgen over de inspanningen en doorzettingsvermogen van mensen die mee doen aan de Paralympische

Spelen is het zeer de moeite waard om de Netflix documentaire Rising Phoenix te kijken. Deze prachtige film is online sinds 2020 en heeft te weinig aandacht gekregen, mogelijk door de Corona-pandemie. In de documentaire blikken topsporters uit alle werelddelen terug op hun leven. Je ziet wie in hun leven belangrijk was, wie het verschil heeft gemaakt. Je krijgt een inkijkje in hun weg naar de Paralympische Spelen. Maar de film geeft ook weer hoe sport verbroedert en hoe sporten de eigenwaarde van mensen enorm kan vergroten. Daarnaast laat de film het belang zien van deze spelen voor ons allen, voor mensen met en zonder beperking. Deze spelen zijn een hoop voor een maatschappij waar diversiteit en inclusiviteit normaal is; zo maken we een betere wereld (een van de afsluitende zinnen in deze documentaire).

Deze documentaire is ook goed te gebruiken in onderwijs.

– Anne Visser-Meily, hoogleraar revalidatiegeneeskunde en wrevalidatiearts UMCU

DAG VAN DE FIETSELHM

De eerste Landelijke Dag van de Fietshelm is op 20 april a.s. Het doel van deze dag is om het belang van de fietshelm onder de aandacht te brengen bij jong en oud.

De fietshelm verkleint het risico op hersenletsel met wel 60% en kan bij een ongeluk veel leed voorkomen, zeker bij kwetsbare fietsers zoals kinderen en (oudere) e-bikers.

De Landelijke Dag van de Fietshelm 2022 is een initiatief van Artsen voor Veilig Fietsen in samenwerking met het HersenStrijd-fonds en de Hersenstichting. De denktank Artsen voor Veilig Fietsen is gelanceerd in oktober 2021 en wordt inmiddels ondersteund door 11 wetenschappelijke medische beroepsverenigingen. - HW



NIEUWE REVALIDATIEARTSEN



Tanja Brusselman-Grootkarzijn

Opgeleid: OOR NO

Einddatum opleiding: 31-12-2021

Huidige werkplek: Deventer ziekenhuis

Aandachtsgebieden: ziekenhuisrevalidatie, poliklinische revalidatie volwassenen



Christiaan Clemens

Opgeleid: OOR VUmc

Einddatum opleiding: 14-02-2022

Huidige werkplek: Sint Maartenskliniek

Aandachtsgebied: kinderrevalidatie

GENEESPLEZIER

Enjoy the ride

Ongeveer een jaar geleden ging een lang gekoesterde wens in vervulling: mijn eigen revalidatiegeneeskundige praktijk voor mensen met langdurige duizeligheidsklachten, balans- en evenwichtsproblemen. Dit onderwerp heeft mij zo'n 20 jaar geleden gegrepen en nooit meer losgelaten. De integratie van zintuiglijke signalen, die asynchroon binnenkomen in je hersenen, maar waarbij het zien, horen en voelen, toch allemaal tegelijkertijd ervaren worden, is een huzarenstukje van je brein, dé majeure illusie van synchroniciteit. Het spelen hiermee en die illusie als een zeepbel uiteen laten spatten is wat we in de simulatoren regelmatig deden en waar ik nog steeds heel blij van word. Het is ook simpel zelf te ervaren: ga op een bureaustoel zitten met je ogen dicht, laat je met constante snelheid ronddraaien, na ongeveer 20-30 seconden voel je niet meer dat je draait, flecteer en deflecteer nu steeds je torso en enjoy the ride!

Patiënten kunnen we onder andere met dit soort herhaalde blootstelling desensitiseren voor klachtenprovocerende stimuli. Zoals die mevrouw die zwanger was en zich vanwege de ernst van haar klachten zorgen maakte over de periode na de geboorte. Na de succesvolle desensitatie kregen we een mooie mail die eindigde met '...we wachten nu de geboorte van onze dochter af want daar kijken we erg naar uit!'

Dr. Agali Mert, revalidatiearts, kolonel-vliegerarts (b.d.),
Mert Medical/Vertigo Experts

NIEUWE REVALIDATIEARTSENEN - VERVOLG



Ilse de Coo
Opgeleid: OOR Leiden
Einddatum opleiding: 10-03-2022
Huidige werkplek: Treant Zorg-
 groep locatie Emmen

Aandachtsgebieden: ziekenhuisrevalidatie,
 poliklinische revalidatie volwassenen



Loes Scheepers
Opgeleid: OOR ZON
Einddatum opleiding: 02-01-2022
Huidige werkplek: Adelante locatie
 Viecuri en Zuyderland

Aandachtsgebieden: kinderrevalidatie, NMA
 en plexus



Patrick Domerchie
Opgeleid: OOR NO
Einddatum opleiding: 31-12-2021
Huidige werkplek: UMCG
Aandachtsgebieden: algemene poli,
 handen en bewegingsapparaat



Maurice Sopacua
Opgeleid: OOR ZON
Einddatum opleiding: 28-02-2022
Huidige werkplek: Libra Revalidatie
 & Audiologie

Aandachtsgebieden: ziekenhuisrevalidatie, NAH,
 neuromusculaire aandoeningen, neurodegeneratieve
 aandoeningen, chronische pijn



Willemijn Ernens
Opgeleid: OOR ZWN
Einddatum opleiding: 01-04-2022
Huidige werkplek: Basalt, locatie
 Zoetermeer

Aandachtsgebieden: ziekenhuisrevalidatie en
 neurorevalidatie



Maarten Stessel
Opgeleid: OOR ON
Einddatum opleiding: 21-12-2021
Huidige werkplek: Radboud UMC/
 Amalia kinderziekenhuis

Aandachtsgebieden: bewegingsstoornissen,
 traumatologie, orthopedie



Lieke Gijsbers
Opgeleid: OOR ZON
Einddatum opleiding: 31-12-2021
Huidige werkplek: Catharina
 ziekenhuis

Aandachtsgebied: ziekenhuisrevalidatie



Jennifer Welten
Opgeleid: OOR Utrecht
Einddatum opleiding: 31-03-2022
Huidige werkplek: Heliomare
Aandachtsgebied: chronisch pijn



Els Keesom
Opgeleid: OOR NO
Einddatum opleiding: 28-02-2022
Huidige werkplek: Treant
 Revalidatie

Aandachtsgebied: kinderrevalidatie



Gracielle Williams
Opgeleid: OOR ZWN
Einddatum opleiding: 31-12-2021
Huidige werkplek: Rijndam
 Revalidatie

Aandachtsgebieden: NAH, chronische pijn



Saskia Roerink
Opgeleid: OOR VUmc
Einddatum opleiding: 01-08-2021
Huidige werkplek: Zaans Medisch
 Centrum

Aandachtsgebieden: kinderrevalidatie, chronisch
 pijn jeugd, adolescenten en jongvolwassenen tot
 27 jaar, ziekenhuisrevalidatie

OOR NO = Noordoost Nederland;

OOR ON = Oost Nederland;

OOR ZON = Zuidoost Nederland;

OOR ZW = Zuidwest Nederland

UPDATE KENNISAGENDA REVALIDATIEGENEESKUNDE



De huidige Kennisagenda dateert uit 2017 en heeft een update nodig. Een gezamenlijk opgestelde nationale onderzoeksagenda voor de revalidatiegeneeskunde is belangrijk, omdat het zichtbaar maakt waar nog kennis ontbreekt en

welke onderwerpen we belangrijk vinden om verder te onderzoeken. Daarmee kunnen we de revalidatiezorg nu, en in de toekomst, optimaliseren. In februari jl. is de projectgroep gestart om tot een nieuwe Kennisagenda Revalidatiegeneeskunde te komen voor de revalidatiesector. De projectgroep die deze nieuwe Kennisagenda gaat samenstellen, bestaat uit een brede vertegenwoordiging vanuit de Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) en Revalidatie Nederland (RN) en de projectleider is Mel Major (Researchcoördinator voor de VRA en RN). Naar verwachting kan de nieuwe Kennisagenda in 2023 worden opgeleverd.

In dit nummer van NTR vindt u een interview met Rienk Dekker, de voorzitter van de Projectgroep Kennisagenda. - HW

HANDREIKING WET ZORG EN DWANG IN REVALIDATIECENTRA EN ZIEKENHUIZEN

Begin dit jaar verscheen de handreiking 'Wet zorg en dwang in ziekenhuizen en revalidatiecentra'. Deze handreiking beschrijft hoe ziekenhuizen en revalidatiecentra de Wet zorg en dwang (Wzd) moeten toepassen. Deze wet kan van toepassing zijn op patiënten met dementie of een verstandelijke beperking die vanuit het verpleeghuis of de thuis-situatie in het ziekenhuis of revalidatiecentrum worden opgenomen.

- HW



GENEESPLEZIER

We moeten af van cultuur van niet klagen

De parallel tussen de positie van de deelnemers van 'The Voice' en de positie van artsen in opleiding wordt door Folkert Jensma, juridisch redacteur NRC, pijnlijk duidelijk gemaakt. De aspirant artiesten en de artsen zijn afhankelijk van het oordeel van 'opleiders' die beslissen of ze respectievelijk door gaan naar de volgende ronde, of een opleidingsplek of baan krijgen. Hiërarchie, schaarste, competitie en ongelijke man-vrouw verhoudingen spelen volgens Jensma een rol in het ontstaan van een niet veilig werk- en leerklimaat. Jensma reflecteert hierbij op een artikel van het Nederlands Juristenblad waarin wordt geconcludeerd dat 'de omstandigheden die een veilig werk- en leerklimaat bedreigen overwegend net zo slecht zijn als vijftien jaar geleden'. Dat was mijn opleidingstijd. Toen ik destijds een patiënt in de openbare ruimte van het revalidatiecentrum nare porno zag kijken, *right in the face*, duidelijk zodat ik het ook zou zien, heb ik dat aan niemand verteld. We moeten af van de cultuur van niet klagen, van het wegpoetsen en van vergoelijken ('had ik maar niet die kant op moeten kijken', 'waarom verschoot ik van kleur?', 'de patiënt heeft het al zo moeilijk'). Leiderschap tonen houdt in: een klimaat creëren waarin geen plaats is voor grensoverschrijdend gedrag en dit serieus aan de kaak stellen.

Janneke Haisma,
Spaarne Gasthuis, Haarlem

Referentie

Hoogendam J, Brenningmeijer A. Waarborgen voor een veilig werk- en leerklimaat voor toekomstige artsen. *NJB* 2021/3096

Jensma F. De rechtsstaat. <https://www.nrc.nl/nieuws/2022/01/29/kandidaten-the-voice-en-jonge-artsen-hebben-veel-gemeen-a4083636>

START VRA SCHOLINGS-PROGRAMMA NIEUWE STIJL

Het scholingsprogramma nieuwe stijl ging in februari van start. Deels wordt het lesmateriaal aangeboden in een aantrekkelijke online omgeving, en jaarlijks worden alle thema's fysiek gegeven aan kleine groepen aiossen. Zo worden de thema's binnen het onderwijs aangeboden just-in-time in plaats van eenmaal per drie jaar.

TOETSVRAGEN UIT EINDTOETS LANDELIJK ONDERWIJS

Op 3 en 4 februari 2022 heeft de themacursus 1 'Niet Aangeboren Hersenletsel' plaatsgevonden voor aios revalidatiegeneeskunde. Aansluitend aan de cursus is een digitale eindtoets afgenomen met behulp van toets-systeem Remindo.

We behandelen hier twee vragen uit de meest recente toets uit februari 2022. Probeer eerst zelf de vraag goed te beantwoorden voordat u de toelichting leest!

VRAAG 1:

WHAT IS THE MOST COMMON FUNCTION PROBLEM OBSERVED IN A STROKE PATIENT WITH A PARETIC ARM-HAND?

- Sensibility
- Coordination
- Mobility
- Praxis
- Muscle strength

De bron voor deze vraag was een presentatie van H. Franck, 3 februari 2022.

VRAAG 2:

WHAT PERCENTAGE OF PATIENTS REGAIN CONSCIOUSNESS AFTER EARLY INTENSIVE NEUROREHABILITATION ('VROEGE INTENSIEVE NEUROREVALIDATIE')?

- Less than 20%
- 30%
- 50-60%
- More than 70%

De bron voor deze vraag was een presentatie van W. van Erp: 'Revalideren naar bewustzijn', slide 18.

Toelichting:

Op de eerste vraag gaf 16% van de kandidaten het juiste antwoord A; 32% koos voor antwoord B en 32% koos voor antwoord E. De R waarde voor deze vraag was 0,33. Tijdens de presentatie van Franck is ingegaan op de diverse functiestoornissen; hierbij dient gerealiseerd te worden

dat verlies van oppervlakkige en diepe sensibiliteit leidt tot verlies van coördinatie en praxis, de basis van veel problemen ligt in sensibeleitsverlies en niet in de vermindering van spierkracht.

De hoge score voor het antwoord E kan worden verklaard door het woord paretic in de vraagstelling, hetgeen aangeeft dat de spierkracht verminderd is, waardoor antwoord E meer gewicht krijgt. Voor de toekomst moet wellicht gekozen worden voor: What is the most common function problem observed in the arm-hand of a stroke patient.

Op de tweede vraag gaf 58% het juiste antwoord C; De R waarde was 0,11, hetgeen betekent dat deze vraag niet discrimineert tussen de goed en minder goed scorende kandidaten. In retrospect is antwoord B geen goede afleider. Een vast percentage is meestal geen correct antwoord; 30-40% was een betere afleider geweest in dit geval. Uit de cursusinformatie (presentatie en DLO) werd duidelijk dat iets meer dan de helft ontwaakt uit coma. Hierbij dient gerealiseerd te worden dat dit percentage sterk afhangt van de criteria waaronder deze patiënten worden opgenomen. Dit is reden om de informatie over 'Vroege Intensieve Neurorevalidatie' goed te plaatsen, hetgeen bij de presentatie tijdens de cursus mogelijk was.

De Toetsingscommissie maakt een vaste rubriek van het delen van twee toetsvragen per toets. In het volgend NTR treft u twee nieuwe toetsvragen aan van thema 2 'Myelum en perifeer zenuwletsel'.

Namens de Toetsingscommissie,
Wim GM Janssen

Vraag 2: antwoord C
Vraag 1: antwoord A
Juste antwoorden toetsvragen

ALLES WAT JE MOET WETEN OVER DIT THEMANUMMER

Medisch leiderschap in beweging!

Het verschijnen van dit NTR-nummer met *Focus op medisch leiderschap* valt mooi samen met het Colloquium 2022 *Leiden vanuit Visie* op 8 april. Een interessant thema, want het blijft een wat abstract begrip: medisch leider zijn. Wanneer ben je dat precies en wat betekent medisch leiderschap voor ons?

We leggen in dit themanummer van NTR de link met sprekers en rolmodellen op het congres, die onder regie van enkele aiossen 'pitches' voor ons schreven. Ook zijn er enthousiaste en originele reacties binnengekomen op de oproep via de VRA nieuwsbrief. Daar zijn we heel blij mee!

Voor mij gaat medisch leiderschap over de workshop die we in 2019 organiseerden met Jeroen Hulst, kolonel bij Defensie, over medisch leiderschap in crisistijd en de overlap met militair leiderschap. Ik vond het heel leerzaam om met een frisse blik over de grenzen van mijn vak te kijken. Het bijzondere was, dat niemand in de toen volle zaal had vermoed dat een virus de wereld zo op

zijn kop zou zetten. Het heeft grote impact op ons persoonlijke en werkende leven. We spraken Jeroen opnieuw voor een interview, blikken terug op zijn rol in de eerste fase van de crisis en kijken vooruit; welke lessen kunnen we leren en wat vraagt dit van ons als medisch leiders in de zorg?

DE BASIS VAN MEDISCH LEIDERSCHAP

Wie informatie opzoekt over medisch leiderschap, komt uit bij het Platform Medisch Leiderschap.

Deze multidisciplinaire groep van artsen heeft in 2015 het *Raamwerk Medisch Leiderschap* opgesteld. Hun belangrijkste boodschap: *'Medisch leiderschap is een basishouding: het vermogen te zien wat er beter kan en te doen wat daarvoor nodig is. Artsen houden zichzelf af en toe een spiegel voor, voelen zich medeverantwoordelijk voor het reilen en zeilen op de werkvloer en denken na over de invloed van maatschappelijke ontwikkelingen op de gezondheid van hun patiënten. Waar het om gaat, is de bewustwording hiervan.'* Het platform vindt dat artsen opgeleid moeten worden in medisch leiderschap.

Ondertussen is dit een generieke activiteit omschreven in ons Landelijk Opleidingsplan en kreeg het een plek in het e-portfolio van aiossen. Binnen de opleiding is er meer aandacht voor, met als resultaat de waardevolle input van maar liefst vier artikelen in dit NTR-nummer.

VORM EEN MENING!

Als je medisch specialist bent, mag je zelf een mening hebben, zeker over zoiets belangrijks als je beroep. Emeritus hoogleraar kinderrevalidatie Jules Becher leerde mij in grote lijnen: Blijf je ontwikkelen in de vakinhoudelijke kennis van de revalidatie-geneeskunde, als medisch specialist, de kern van je vak. Delegeer de eenvoudige coördinatie en administratieve rompslomp. Een coördinator daar hoef je geen medisch specialist voor te zijn! Zodra COVID minder bedreigend is gaat de berichtgeving over de zorg vooral over geld: bezuinigingen, en personeelstekorten. Maar de huidige aanpak roept steeds meer vragen op. Is het goed medisch leiderschap dat veel revalidatieartsen de inkomsten per patiënt bij moeten houden in een rekentool? Is het marktwerkingsmodel nog wel van deze tijd of moeten we juist samenwerken zoals in die intensieve Covidzorg? Want wat dragen zorgverzekeraars bij als ze op de stoel van de arts gaan zitten?

De voorzitters van de VRA en Revalidatie Nederland, Annette van Kuijk en Dorine Wekking, spreken over zorgthema's in een interessant duo-interview. Naast dat artsen zelf aan de slag moeten, vind ik dat we ook kritischer moeten zijn naar bijvoorbeeld het Zorginstituut over wat waardevolle of *evidence based* zorg is.



Het oordeel dat niet-bewezen dus zinloze zorg is, is te kort door de bocht en we moeten blijven aangeven waar de medisch specialis- tische revalidatie voor staat.

NAAR DE KERN VAN MEDISCH LEIDERSCHAP

Van de landelijke ontwikkelingen terug naar de kern van medisch leiderschap: 'samen'? Samenwerken en leiderschap lijkt relatief eenvoudig als het allemaal goed gaat. De kern blijft: wat doe je als het 'spannend' wordt? Wat doe je als het in je team of hoger in je organisatie niet lekker loopt of als er (financiële) problemen zijn? Durf je je dan uit te spreken of feedback te geven? Zoek je de collega's op die jou een spiegel voorhouden of je steunen als dat nodig is? Hoe ga je om met werkdruk? Ieder mens heeft zijn eigen patroon en reflexen en het is goed om die van jezelf en je collega's te kennen. Ik ervaar dat we gemiddeld met veel beschouwende collega's zijn in ons vak: samenwerkingsgericht, analytisch (onze kracht), maar soms wat reactief en minder uitgesproken in verge- lijking met bijvoorbeeld onze snijdende collega's. De kern zit wat mij betreft juist in het samenwerken, in beweging zijn en het trainen van jezelf op de dingen die jij lastig vindt. Ik heb bijvoorbeeld als hobby voor vechtsporten gekozen omdat ik mijzelf tegenkwam en

daarvan leerde samen met mijn 'tegenstander'. Nu oefen ik door wat vaker uit te spreken wat ik ervan vind en even niet voor de ander na te denken. Het leren en leiderschap is nooit klaar, (gelukkig maar) en vooral: altijd in beweging!

Ik heb het plezier van het samenwerken, (ook onder de spanning van een deadline) mogen ervaren bij het meewerken aan *Focus op medisch leiderschap* van het NTR, en wil in het bijzonder Janneke Haisma en Merel Bijleveld bedanken, een topteam!

Veel lees- en leerplezier, namens de redactie. ←

*Hartelijke groet,
Inez van der Ham*



Advertentie




DCRM 2022

November 10+11 | 's-Hertogenbosch

SAVE THE DATE

PROVEN PRACTICE
effectiveness and impact
in rehabilitation medicine



Prikbord: Inzendingen medisch leiderschap

Drs. I. (Inez) van der Ham

Kinderrevalidatiearts en medisch manager Rijndam Revalidatie

Om de ideeën van onze collega's over medisch leiderschap te inventariseren heeft de gastredactie voor dit themanummer een oproep gedaan via de nieuwsbrief. Hieronder treft u een bloemlezing van deze ideeën. Het is mooi dat de VRA leden een mogelijkheid hebben om hun mening te geven via dit 'prikbord'. De redactie vond het boeiend om te lezen hoe verschillend en persoonlijk de reacties zijn. We willen nogmaals iedereen bedanken voor hun bijdrage en inzet!

Medisch leiderschap in de basis medische zorg

Helma Bongers en Ilse van Nes, namens vakgroep revalidatie Sint Maartenskliniek Nijmegen

COVID, vergrijzing en toename comorbiditeit doen ons realiseren dat we steeds vaker geconfronteerd zullen worden met (acuut) zieke patiënten. Ook binnen de revalidatiegeneeskunde. Onze vakgroep anticipeerde hierop door te willen verbeteren in basis medische zorg. We volgden een opleiding 'Vitaal bedreigde patiënt'. Enthousiast geworden is de scholing nu vertaald naar een ziekenhuseigen programma, jaarlijks verplicht voor alle medisch specialisten binnen ons ziekenhuis. De revalidatie-artsen zijn allen in staat om voor- en achterwachtendiensten te doen, 24/7 ondersteund door de internist. De aan ons toevertrouwde patiënten kunnen rekenen op een adequate behandeling waarbij overplaatsing naar een ander ziekenhuis zelden nodig is.

Wat is medisch leiderschap?

Evelien Jansen, revalidatiearts Basalt Leiden

Medisch leiderschap is:

Meer dan de optelsom der delen
Oog hebben voor ieders aandeel

De arts tussen de leiders zijn
De leider in je artsenteam naar boven halen

Opstaan waar het nodig is
Blijven zitten waar het wenselijk is

Het zenden van de vele mogelijkheden
Het ontvangen van goede ideeën

Samenspraak vinden voor een besluit
Tegenspraak ontvangen om scherp te blijven

Je mondkapje dragen volgens protocol
Je mondkapje laten zakken bij menselijke kwetsbaarheid

Complexiteit simpel maken
Authenticiteit niet complex doen lijken

Inspiratie opdoen in een kinderboekje over tegenstellingen
De alles-arts

Veranderdokter

*Josemiek Pesch-Batenburg, revalidatiearts,
medisch directeur Medinello*

Ik ben een gepassioneerde veranderdokter en dit is mijn tip over leiderschap: Kies drie leiderschapswaarden en verken je professionele identiteit, jouw specifieke kleur; 'Ken jezelf' zei Socrates!

Mijn waarden:

Variatie: Ik beoefen de kunst te veranderen, 'beteren', te bewegen tussen zelf - anderen, structuur - vrijheid, actie - reflectie, snelheid - vertraging, hard - zacht.

Gezamenlijkheid: Ik zet me in voor collectief leren, voor dialoog voeren vanuit respect, authenticiteit en diversiteit.

Resultaat: Ik wil ontwikkelen vanuit visie, ruimte maken voor persoonlijke verhalen en emoties, integriteit en verbinding bevorderen. Goed leiderschap en goed werk neerzetten; excellent, ethisch verantwoord en energieverrijkend.

Onze uitdaging: multidisciplinair samenwerken aan gedeelde gezondheids(zorg)ambities!

Bronnen

De 10 universele waarden van Shalom Schwartz, 1992.

Ruijters MCP. Queeste naar goed werk, 2018.

Ruijters MCP, Luin GEA van, Wortelboer FQC. Mijn Binnenste Buiten, Werken aan je professionele identiteit, 2018.



Leergang medisch leiderschap

Annieke Priesterbach, revalidatiearts MRC Doorn

Tijdens mijn opleiding volgde ik een leergang 'Medisch leiderschap'. We werkten aan persoonlijk leiderschap en visieontwikkeling, bijvoorbeeld met een persoonlijk *powerboard*; een collage op basis van je eigen waarden en krachten. We leerden verschillende niveaus van luisteren te herkennen en kregen inzicht in onze interne 'saboteurs': belemmerende overtuigingen die je beperken in de samenwerking met anderen. Op het laatst presenteerden we onze ambities voor verbetering van de zorg. Samen met VRA en Revalidatie Nederland organiseerde ik een workshop op het VRA Colloquium 2021 *Dilemma's in de revalidatiegeneeskunde: samenwerking tussen artsen en bestuurders*. Ik gaf het aios-stokje door en nu staat er een mooie vervolgworkshop op het programma!

Motiveren en kaders stellen

Nikita van Schijndel, revalidatiearts Klimmendaal

Medisch leiderschap betekent voor mij een combinatie van inhoudelijke bekwaamheid en menselijkheid, waarbij je staat voor de visie die je hebt en deze samen met anderen tot een praktisch uitvoerbare taak maakt. Je motiveert, stimuleert maar bent ook duidelijk. Een voorbeeld van een medisch leider vind ik mijn collega die heeft uitgezocht hoe ze goede zorg in een financieel gezond plaatje kan krijgen en dit gedeeld met haar werkgroep, en haar mede-ziekenhuiscollega's. Ze is benaderbaar, ze motiveert, maar stelt ook duidelijke kaders. Ze geeft je daarnaast het vertrouwen dat je zelf medisch-inhoudelijk de beste keus mag maken, ook al is dat financieel minder gunstig.

Voorop lopen

Prof. dr. Henk Stam, emeritus hoogleraar revalidatiegeneeskunde Erasmus MC

Voor mij is leiderschap sterk verbonden met noties als voorop lopen, initiatief nemen en desnoods tegen de stroom inroeien.

In mijn carrière heb ik voorbeelden zoals:

- De oprichting van het tijdschrift J Rehabilitation Sciences in de jaren tachtig (tegen het advies van VRA bestuur).
 - Het starten van halfjaarlijkse toetsen in Rotterdam (tegen de zin van de andere opleider en nu volledig geaccepteerd in Nederland).
 - De start van de samenwerking met Rijndam in 2013 (tegen de zin van mijn medische staf).
- Leiderschap is dus het verdedigen van een controversieel standpunt, het luisteren naar tegenargumenten en ten slotte een beslissing nemen en de plannen uitvoeren. Uiteraard niet voor jezelf, maar omdat je de diepe overtuiging hebt dat jouw beslissing de juiste is voor de ontwikkeling van de revalidatiegeneeskunde.

Ons vakgebied nu beter op de kaart

Ebru Mumcu, aios revalidatiegeneeskunde OOR AMC

Er zijn verschillende momenten tijdens mijn opleiding waarop ik professioneel leiderschap heb getoond, en ik heb ons vakgebied beter op de kaart gezet. Als aios heb ik de regie genomen bij het opzetten van een pilot voor het project 'Coschappen buiten de muren van het ziekenhuis' van de faculteit Geneeskunde van de Vrije Universiteit Amsterdam. Bij deze pilot hebben vier studenten binnen hun reguliere coschappen kindergeneeskunde één week meegedraaid op de afdeling kinderrevalidatie van Reade, waarbij de coassistenten een divers programma hebben gekregen. De ervaringen waren vanuit alle partijen positief, met als resultaat dat wij vanaf 2022 regelmatig een coassistent zullen verwelkomen. Al met al een geslaagde pilot en een goede kans om ons mooie vakgebied uit te dragen aan toekomstige artsen.



IN GESPREK MET JEROEN HULST, KOLONEL BIJ DEFENSIE, OVER LEIDINGGEVEN IN CRISISTIJD

‘Waar het uiteindelijk om draait, is jouw persoonlijk leiderschap’

In de eerste fase van de COVID-crisis was kolonel Jeroen Hulst, voormalig commandant van Militair Revalidatiecentrum Doorn, verantwoordelijk voor de operationele crisisinzet van Defensie in de zorg. Momenteel is hij directeur van het Defensie Gezondheidszorg Opleidings- en Trainingscentrum voor militair geneeskundig personeel en nog zijdelings betrokken. We blikken terug op Jeroens ervaringen in deze bijzondere tijd: welke rol speelden hij en zijn collega's bij de crisisaanpak? Wat speelde er op gebied van organisatie en leiderschap? Welke lessen kunnen we hieruit leren?



DRS I. (INEZ) VAN DER HAM

Kinderrevalidatiearts en medisch manager Rijndam



Wat waren jouw eerste ervaringen in de vroege fase van de crisis?

‘Toen ik vanuit Defensie werd betrokken, moesten we direct opschalen naar het allerhoogste niveau. In het speelveld waren nieuwe actoren voor ons om mee samen te werken, die wil je snel leren kennen.

Ik werd gevraagd om de inzet en middelen te coördineren vanuit Defensie en kreeg de opdracht om een team samen te stellen.

Bij de samenstelling keek ik welke achtergrond en competenties mensen hadden. Ik wilde bijvoorbeeld een aantal relatiebeheerders; die kennen de medische wereld en de mensen.

Daarnaast ga je direct aan de slag met een analyse: welke capaciteit heb ik qua artsen, verpleegkundigen, maar ook aan middelen. Daar vanuit zijn we gaan denken in scenario's en hebben we onze organisatie opgezet.

Ik merkte dat er op bestuurlijk niveau een groot afbreukrisico was omdat heel Nederland meekijkt. Angst is een rode draad die erdoor loopt, en bestaande structuren en organisatie in de zorg werken niet meer. Daar moet je mee dealen.

In de eerste dagen ontstond er wat ruis en frictie in de communicatie. Ik ben direct in de auto gestapt en naar Den Haag gereden en kennisgemaakt met het team. Ik heb aangegeven wie ik ben, wat ik kan en wat ik nodig heb, maar ik vroeg ook wat zij van mij nodig hebben.

Het heeft geresulteerd dat we korte lijnen hadden en dagelijks een update deden van alles wat er speelde. In de regio's heb ik mensen gepositioneerd die al heel vroeg wisten wat eraan zat te komen. Zo konden wij het crisisadviesteam adviseren en liep ons systeem binnen 48 uur.'

Welke ervaringen zijn er bij Defensie, bijvoorbeeld met missies, die toepasbaar zijn in de zorg?

‘Tijdens inzet van defensie worden de mogelijk op ons afkomende scenario's doorlopen en beoefend. Wij zijn bijvoorbeeld geneeskundig voorbereid op situaties waarin je triage moet toepassen, wat ook speelde bij de COVID-crisis. Dat heet bij ons een *mass casualty event*, een crisissituatie waarin je veel meer slachtoffers hebt dan middelen. Het is dan belangrijk dat je een goed systeem opzet voor patiëntenspreiding, en dat er gesproken wordt over de dilemma's en de keuzes voor de uitvoering. Want op het moment dat het zover is dan heb je daar geen tijd voor en is →

er weinig plaats voor door emoties gedreven discussies. Met deze ervaring hebben mijn collega's bij de opzet van het Landelijk Coördinatiecentrum Patiëntenspreiding (LCPS) ondersteund bij het inrichten van de structuur en het uitvoeren van de operatie. Dit met als gemeenschappelijk doel de werklast van de patiëntenzorg zo effectief mogelijk te spreiden. Dat was absoluut noodzakelijk in het zuiden van het land waar de IC's overvol raakten. In de Brabantse zorgregio was er voelbaar een zucht van verlichting toen het systeem ging draaien.

Daarnaast is het belangrijk om te investeren in 'accountable leiderschap' op alle niveaus. Dat wil zeggen: elkaar durven aan te spreken zonder te oordelen en elkaar onvoorwaardelijk helpen zonder te redden. Dit is de mindset waarmee wij de zorginstellingen hebben ondersteund: uiteindelijk moesten zij zichzelf weer kunnen herpakken en het vertrouwen terugvinden om het zelf, zonder defensie te gaan doen. Dat kan mijns inziens nog steeds van toepassing zijn in de zorg: een bottom-up benadering om vast te stellen wat er in de uitvoering nodig is. Maar dit niet in vrijblijvendheid.'

Hoe werkt dat concreet als er een vraag komt?

'Er kwam bijvoorbeeld een vraag van een VVT-instelling (Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg) met een uitval van 20 man personeel. Wij gingen dan naar de instelling met een fact finding team om uit te zoeken en samen vast te stellen wat het probleem in de context en op alle lagen van de organisatie was. Je kunt helpen door al het personeel te vervangen, maar dat lost het probleem uiteindelijk vaak niet op. Meestal lag het complexer dan wat aan de buitenkant gedacht en gezegd werd. De diepere laag, en dat kan van alles zijn. Bijvoorbeeld dat er een hoog ziekteverzuim is, omdat mensen zich niet veilig voelen op de werkvloer omdat er tekort is aan PPM (persoonlijke beschermingsmiddelen). Of er wordt iets gemist in het leiderschap, waardoor het vertrouwen weg is. Het is belangrijk om naar die diepere laag te gaan en te begeleiden, met méér dan alleen ondersteuning van personeel.'

Welke druk heb je ervaren?

'Er was een sterke en krampachtige behoefte aan controle vanuit de top van VWS naar de werkvloer in de ziekenhuizen. Er zijn veel (management)lagen in de organisatie, en dan moest de communicatie ook goed verlopen tussen VWS en Defensie, intern in Defensie, etcetera. Dat maakt het speelveld in de aansturing, de uitvoering en coördinatie heel complex en stroperig. Het is ook logisch dat het gebeurt: VWS is een orgaan is waar beleid gemaakt wordt, mensen zijn gewend aan een bepaalde werkwijze. Dat past niet bij crisisbestrijding wat een andere aanpak vraagt.

Er werd bijvoorbeeld aangedrongen op individuele inzet, in plaats van in onze teams. Daar zijn we niet in meegegaan.

Wat werkt: steeds laten zien wat er speelt, maar ook duidelijk aangeven waarom je er bent en het gemeenschappelijke doel. Wij zijn van Defensie niet in de positie om een opdracht te geven, maar om de mensen te ondersteunen.

De nood was hoog en we hebben de schrijnende voorbeelden ervaren in de ziekenhuizen, op de IC's. bijvoorbeeld een jonge zwangere vrouw wiens man ook opgenomen was. Zij en de baby kwamen te overlijden. Dat heeft veel impact. Het is belangrijk om dit te laten zien in de media, maar ook aan de mensen die meer op afstand staan van de praktijk.'

'Leiderschap in crisistijd is een team effort'

Wat kwamen je tegen in landelijke samenwerking met de ziekenhuizen?

'Bij de landelijke organisatie van de acute zorg (LNAZ) zag je, dat het systeem aanvankelijk was gericht op eigen instelling, maatschap, markwerking in de zorg. We hadden snel het systeem voor patiëntenspreiding (LCPS) opgezet in samenwerking met Ernst Kuipers, maar het was nog niet zo, dat iedereen zijn vrije IC capaciteit kenbaar maakte, transparant en open. Men hield de kaarten tegen de borst.

Een crisis betekent dat je iets moet geven voor het grotere geheel, het collectief van de zorg in Nederland, zonder dat je weet of je er iets voor terugkrijgt. We hebben veel gedaan aan relatie-management; bewust maken dat iedereen daar iets in moet doen. Tegelijkertijd besloten we, we gaan gewoon rijden! (Patiënten werden overgeplaatst naar andere ziekenhuizen.) We hebben het wel met een voorwaarschuwing gedaan en iedereen snapte het snel. Uiteindelijk zijn de ervaringen met de samenwerking heel positief geweest.'

Welke eigenschappen heb je nodig om in een crisis een goed medisch leider te zijn?

'Waar het uiteindelijk om draait is jouw persoonlijk leiderschap. Waar sta jij voor, als professional en als mens? Durf te vertrouwen op jouw intuïtie en weet dat je in jouw naaste omgeving professionele collega's hebt. Want leiderschap in crisistijd is nog meer dan in 'vredetijd' een team effort. Daarbij is het fundament het onderling vertrouwen en de belangrijkste lijn het effectief kunnen communiceren. Dat begint bij luisteren en weten waar de kwaliteiten in jouw team liggen. Je hebt hierbij de 'vertrouwing' en de 'hofnar' nodig, een persoon voor reflectie en voor het krijgen van tegenspraak. Creëer een gezamenlijk bewustzijn van waaruit je met een continue actieve reflectie daadkrachtig een besluit durft te nemen. Dit vraagt soms lef, maar je moet je hierin kwetsbaar



durven opstellen. Zonder gevoelig te zijn voor status of ego want het gaat om het hogere belang. Het gaat om jouw waarden als professional en mens. Persoonlijk vind ik dat de basis voor dit alles ligt in de normale dagelijkse bedrijfsvoering. En dit onder het adagium *train as you fight* zodat je bij het onverwachte en onvoorspelbare gezamenlijk adaptief kunt omschakelen.'

Hoe is de crisisaanpak bij Defensie?

'We werken altijd in teams, omdat de teams elkaar in vaardigheden en als mens op elkaar ingespeeld zijn. Er is een onderlinge vertrouwensrelatie, samenwerkingsgedrag en cultuur, waarbij je elkaar durft aan te spreken zonder te veroordelen. Dat maakt het krachtiger.

Als er een probleem is, word je altijd ingehaald door de tijd en het is vertekend doordat het via lagen in de organisatie komt. Dus je maakt een plan, maar zodra je over de startlijn gaat, is de werkelijke situatie alweer veranderd. Dat betekent dat je een mandaat moet meegeven aan de mensen, die het werk in de uitvoering gaan doen zodat ze zelf het plan kunnen aanpassen waar het nodig is. Soms moet je als eindverantwoordelijke een keuze maken die haaks staat op wat er vastgesteld is. Dat is geen rebellie maar een pragmatische aanpak. Je houdt altijd het doel voor ogen. We doorlopen altijd scenario's. Eenvoudige, waar de omgeving 'secure en safe' is, maar ook 'worst-case' scenario's. Je hebt niet

altijd alles onder controle. Als wij een plan maken, is de vijand daar niet bij betrokken, dus de werkelijke situatie kent altijd onzekere factoren. Bij het virus is dat ook zo! Daarom moet je flexibel zijn en inspelen op nieuwe situaties.

Een crisis kent periodes van relatieve rust; dan evalueren we. De besmettingen zijn weer een stukje terug, maar let op: het virus is niet weg. We bereiden nieuwe stappen voor met nieuwe scenario's, lijstjes van personen en hoe we die in kunnen zetten.'

Heb je nog een praktijkvoorbeeld?

'We kregen het verzoek om twee IC units met mensen en middelen in te richten. De insteek was om op vrijdag de eerste, en na het weekend de tweede operationeel te hebben. Toen ontstond er een discussie tussen onder andere VWS en het ziekenhuisbestuur over hoe de verantwoordelijkheid geregeld moest worden. Er kwam een 'red flag', een stop om verder te gaan. Ik begreep dat er tijd nodig was, maar het is mijn verantwoordelijkheid om het goed te regelen. Daarom is ervoor gekozen om niet te stoppen met voorbereiden; we hebben de 2 units ingericht en getraind, maar nog niet fysiek patiënten verplaatst. Toen kwam op maandag kwam de 'go' en de vraag, hoeveel tijd kost het je? Uiteindelijk geen. En er was weinig afbreukrisico, want trainen is sowieso leerzaam.'

Defensie heeft nadrukkelijk Veerkracht op de agenda gezet in de medische wereld, is dat ook belangrijk voor de toekomst?

'Veerkracht in een organisatie is essentieel. Veerkracht bepaalt namelijk het vermogen om te kunnen maar vooral ook te *willen* anticiperen op veranderingen (klein en groot) om uiteindelijk te 'overleven' en om in de zorg betekenisvol te zijn. Je ziet vaak mooie missies en visies op papier staan maar je vindt het in de uitvoering niet of weinig terug. Dode letters op een stuk papier. Dat vind ik een funeste breuklijn in je cultuur (lees samenwerkingsgedrag) van jouw organisatie, wat je terug hoort als je luistert naar bijvoorbeeld de gesprekken bij de koffiemachine. Zolang het geen crisis is dan 'loopt het wel' maar zodra er druk op de organisatie, of systeem komt dan zie je het vaak fout gaan. Dus het is belangrijk om in het hier en nu investeren in een gezonde cultuur waarin de mens centraal staat om voorbereid te zijn voor wat morgen op je afkomt.'

Hoe kijk je erop terug? Wat zijn je plannen voor de toekomst?

'Ik kijk heel dankbaar terug op deze periode, vooral naar de mannen en vrouwen in de uitvoering, die een heel betekenisvolle bijdrage hebben gemaakt tijdens deze crisis. Onze ambitie is om een opleiding op te zetten over crisismanagement, om van elkaar te leren en organisaties te leren kennen. Hoe kun je elkaar versterken en wat heb je daarvoor nodig? Dit zal niet de laatste keer dat we met zoiets te maken krijgen, daar ben ik van overtuigd.' ←

Inspiratiesessie medisch leiderschap

Op 8 april 2022 staat het Online Colloquium 2022 in het teken van 'Leiden vanuit visie'. Aandacht hiervoor in het themanummer Medisch Leiderschap kan vanzelfsprekend niet uitblijven. Vier revalidatieartsen (in opleiding) zijn, ieder om een unieke reden, gevraagd hun visie op medisch leiderschap te pitchen tijdens het Colloquium. Vanuit de Junior VRA hebben we hen gevraagd om hun visie en belangrijkste boodschap ook hier te delen. Laat je inspireren!



CORRESPONDENTIE

Juniorvra@revalidatiegeneeskunde.nl

'Iedereen kan het!'

- Laten we medisch leiderschap en communicatie inzetten om ons vak meer bekendheid te geven!
- Leiderschap is voor mij 'Het beïnvloeden van anderen om hen iets te laten doen wat ze uit zich zelf niet zouden doen.' Voor deze vorm van leiderschap heb je geen formele positie nodig. Iedereen kan het!
- Hoe mooi zou het als dit stukje collega's inspireert om vaker ons medisch specialisme, de revalidatiegeneeskunde, voor het voetlicht te brengen! Dan heb ik niet alleen iets over leiderschap geschreven, maar ook meteen medisch leiderschap getoond. Er zijn momenteel veel onderwerpen sexy die aansluiten bij dingen waar wij goed in zijn. Denk aan 'value based health care', 'samen beslissen' en 'positieve gezondheid'. Stuk voor stuk prachtige kapstokken om ons vak te promoten. Met als doel zorgverzekeraars die ons vak onmisbaar vinden en er voor willen betalen. Collega's in eerste en tweedelijnszorg die weten waar wij van zijn en die graag met ons willen samenwerken. Patiënten die vragen om naar de revalidatiegeneeskunde verwezen te worden.
- (Zie a.) Naar voren treden over deze onderwerpen zou een uitgelezen kans zijn om ons medisch leiderschap in de praktijk te brengen en de revalidatiegeneeskunde meer bekendheid te geven!



VIJF TIPS OM TE STARTEN

- Bedenk wat je doel is (a). Wat wil je kwijt? Welk gedrag zou je willen veranderen? Wat is de relevantie van je verhaal en voor wie is? Een goed antwoord hierop is het halve werk.
- Durf voor je boodschap te staan. Persoonlijke betrokkenheid en consistentie maken je verhaal geloofwaardiger. Verkoop geen onzin.
- Bedenk wanneer je wilt communiceren. Grijp kansen om medisch leiderschap te tonen. Maar laat je niet overhalen om iets te vertellen over een onderwerp waar je geen verstand van hebt.
- Leef je in je publiek in. Verleid je publiek om naar je te luisteren. Houd het kort. Kernboodschap (a), korte uitleg (b), voorbeeld (c) en herhalen kernboodschap (d) is vaak een prima format.
- Begin! Ook als het oncomfortabel voelt. Begin klein. Op LinkedIn, of door een stukje te schrijven voor de nieuwsbrief van je organisatie. Vorm je mening in discussies met collega's. En doe vervolgens je mond open en toon medisch leiderschap door je verhaal te vertellen!

Paulien Goossens

Lid RvB en revalidatiearts Merem

'Stem de gewenste leiderschapsvorm af met de ander'

Wie heeft de vraag niet gekregen tijdens een sollicitatiegesprek voor de opleiding tot revalidatiearts: 'je leidt een teambespreking. De fysiotherapeut, bijna 40 jaar in dienst van het revalidatiecentrum en in bezit van een bulk aan ervaring, stelt een verlenging van de behandeling voor. Jij bent het er niet mee eens. En nu?' Wat antwoordde je tijdens je sollicitatiegesprek? Misschien is dat wel het beginpunt van hoe je vormgaf aan leiderschap als revalidatiearts. Ik gaf aan de argumenten te willen horen, te willen leren van de bulk aan ervaring. Maar als eindverantwoordelijke lag de beslissing uiteindelijk bij mij. Als revalidatiearts stuur je een team aan en komt het, meer dan bij welk ander specialisme dan ook, op medisch leiderschap aan. Wat ik uniek vind aan de revalidatiegeneeskunde, is dat het een vak van ervaring is, je leert van anderen meer nog dan van boeken. Van paramedici,



'Als revalidatiearts komt het, meer dan bij welk ander specialisme dan ook, op medisch leiderschap aan'

collega-revalidatieartsen en van patiënten. En van de Lidl... Zo adviseerde ik een patiënt recent om verwarmde zooltjes van de Lidl te gebruiken tegen zijn koude voeten. Vlak daarvoor hadden we het over de onbekendheid van het vak. Hij moest namelijk iedere keer aan vrienden, familie en collega's uitleggen wat dat nu inhield, 'revalidatie'. Hij keek me wat verward aan: 'Leert u dat op de opleiding?'. Nee, dat stond niet in het handboek Revalidatiegeneeskunde, maar had ik geleerd van een andere patiënt. En als een echte vertegenwoordiger voegde ik eraan toe: 'ik gebruik ze

zelf ook!'. Ik ben benieuwd wat hij de volgende keer op een feestje vertelt over de revalidatie. Toen ik startte als medisch manager van het expertisecentrum in Klimmendaal, schafte ik toch maar een rits managementboeken aan, met de belofte aan mijn partner dat ik geen managementtaal zou gaan gebruiken. Het beste boek las ik echter recent: 'De succesillusie' van Richard Engelfriet. Richard veegt de vloer aan met managementgoeroes. Er is namelijk geen enkel wetenschappelijk bewijs dat 'SMART-doelen', 'always start with the why' of 'agile werken' leiden tot succes. Het is allemaal retrospectief. Er is geen enkel onderzoek verricht met een groep die werkt met 'disruptive

innovation' en een groep die het niet gebruikt. Bovendien zijn er veel meer, vaak contextuele factoren die bepalen of iets succesvol is of wordt. Mijn advies (let op: niet wetenschappelijk onderbouwd): zie al die management- en leiderschapstechnieken als een grote doos met lego en pak eruit en bouw met wat bij je past. Het voordeel is dat het veel minder energie kost, je hoeft geen rol te spelen. Patiënten en collega's prikken daar namelijk zo doorheen. Leiderschap is in mijn ogen contextueel, je stemt met de ander af wat een gewenste leiderschapsvorm is. Tot slot is het niet altijd goed om als revalidatiearts meerdere taken te combineren en dan heb ik het niet alleen over de tijdsbelasting, denk maar aan de 'trias politica'. Het is beter om elkaar in evenwicht en scherp te houden, revalidatiearts, paramedici, management, patiënt en partner/mantelzorger. En zet iedereen lekker in zijn of haar kracht!

Nicole Voet

*Revalidatiearts en postdoc- onderzoeker
Klimmendaal/ Radboudumc*



'Omzetten van verwondering of ergernis, naar actie'

Inmiddels beginnen de meeste mensen wel te beseffen dat het klimaatprobleem immens is. Maar, het wordt steeds duidelijker dat dit ook een immens probleem gaat worden voor onze gezondheid. De noodklok wordt de laatste tijd vanuit verschillende hoeken geluid. We kunnen er niet meer omheen, er is zowel een klimaat-crisis als een gezondheids-crisis. Door de WHO en The Lancet de grootste uitdaging van de 21^e eeuw genoemd.

De Nederlandse zorg draagt substantieel bij aan klimaatverandering, met de 7% van de totale CO₂-uitstoot in Nederland. Verduurzaming van de zorg wordt een steeds actueler thema.

Door mijn deelname aan de Werkgroep groene geneeskunde van De Jonge Specialist kwam ik echt in aanraking met het thema, en werd ik zeer gemotiveerd hier iets mee te doen. We gaven workshops op verschillende congressen, publiceerden artikelen in diverse tijdschriften en hielden ons bezig met vergroten van bewustwording, bijvoorbeeld via social media. Als eindproduct hebben we een handreiking gemaakt; 'groen groener groenst', vol inspiratie en tips voor op de werkvloer. Inmiddels zit ik bij Werkgroep Zorg 2025 en werken we ambitieus door aan dit thema. Op mijn eigen werkplek kon ik het niet laten de mogelijkheden te verkennen en hebben we sinds een jaar een enthousiast green team en zijn we aangesloten bij Milieu Platform Zorg.

Opeens kan je jezelf ergens over verwonderen, of misschien zelfs ergeren. Misschien door iets wat je hoort of iets wat je meemaakt, misschien komt het zomaar plotseling. Maar, er was een moment waarop ik mij verbaasde over het gedrag van ons als mensen. Het consumptiegedrag, het gemak waarmee we gebruiken en verslinden. Vanuit deze verwondering ben ik op zoek gegaan



naar mogelijkheden. Hoe kan ik verschil maken?

Het werken in de revalidatiegeneeskunde is een van mijn passies, ik haal veel voldoening uit het werken met patiënten. Bijdragen aan het verbeteren van het functioneren, het bieden van perspectief en eigen regie. We helpen onze patiënten weer op weg naar een waardevol leven. Graag draag ik er ook aan bij die toekomst zo waardevol mogelijk te houden. Zorgen voor een gezondere aarde, is automatisch ook zorgen voor een betere gezondheid van mensen. Bezig zijn met zowel patiëntenzorg, als hoe de zorg duurzamer te maken, geeft mij veel voldoening en vergroot mijn werkplezier (win-win!). Het omzetten van een verwondering, naar een weg tot actie, is voor mij waar medisch leiderschap over gaat. Met mijn

pitch tijdens het Colloquium hoop ik mensen te inspireren tot actie! Zet verwondering of ergernis om in actie, en maak zo een verschil. Veel mensen willen echt wel naar een meer duurzaam zorgsysteem,

'Trek problemen in jouw cirkel van invloed en maak het persoonlijk'

maar hoe pak je dat aan? In het thema duurzaamheid in de zorg is het absoluut zo dat iedereen wat kan doen. We dragen immers allemaal bij aan het probleem, en kunnen dus ook allemaal juist een positief verschil maken. Trek problemen in jouw cirkel van invloed, maak het persoonlijk. Kijk eens naar jezelf, wat is het milieueffect van jouw eigen handelen, en kan je daar iets aan verbeteren?

Maaïke de Koff

Aios revalidatiegeneeskunde Rijndam Revalidatie en lid van Werkgroep Zorg 2025

‘Vind ergens wat van en doe er iets mee’

Herhalen, herhalen, herhalen...
Ik kan mij nog goed het moment herinneren dat ik in de auto zat op weg naar de tv studio in Hilversum. Als arts was ik uitgenodigd om tijdens een live televisieprogramma kennis te delen over de gevolgen van lachgas. De kern van mijn boodschap herhaalde ik als een mantra in mijn hoofd. Ongeacht de vraag zou ik reageren met ‘Waar het om gaat is...’ gevolgd door mijn ingestudeerde antwoord. Hoe dan ook, ik zou mijn punt maken. Natuurlijk sloot de eerste vraag hier totaal niet bij aan waardoor ik even snel moest schakelen. Maar bij de tweede vraag kon ik mijn kernboodschap goed overbrengen. Pfoe, opluchting! Gelukt, dat was er in ieder geval uit.



Voelde ik mij tijdens dit of andere mediamomenten een medisch leider? Nee, dat voelde toen als een te groot woord. Desondanks realiseer ik mij sindsdien steeds meer hoe belangrijk het is om je rol als arts te pakken, door je bevindingen, mening en visie te delen. Via verschillende wegen word ik aangesproken en gevonden om te spreken of mee te denken over de gevolgen van lachgas. Het is fantastisch om te ervaren dat er oprechte interesse wordt getoond en waarde wordt gehecht aan je mening tot aan de staatssecretaris toe. Laten we ons bewust zijn van deze rol, dit serieus nemen en vooral onze stem niet onderschatten.

Medisch leiderschap is een breed begrip en omhelst verschillende vlakken en domeinen. Een aantal jaar na het afronden van mijn opleiding tot revalidatiearts volgde ik de cursus ‘Meer dan medisch, leiderschapslessen voor revalidatieartsen’. Het bleek voor mij een schot in de roos. Stap voor stap de verschillende aspecten van leiderschap de revue laten passeren. Van kijken naar jezelf tot aan overkoepelende landelijke thema's. Eén van de

belangrijkste punten welke ik hieruit heb meegenomen is; ‘Vind er wat van en doe er iets mee’. Voor sommigen klinkt dit misschien wel erg breed of vaag, maar met dit in mijn achterhoofd dwing ik mezelf regelmatig tot reflecteren op een onderwerp en vervolgens bedenken of en wat ik hier mee ga doen. Medisch leiderschap is verantwoordelijkheid voelen en nemen, een kritische blik houden. Dagelijks blijven verwonderen. Afvragen, wat is belangrijk? En vervolgens sturing geven om dit samen vorm te geven.

Zo heb ik binnen het dwarslaesieteam van Reade een geweldig visietraject doorlopen waarbij we als team gezamenlijk concreter en scherper hebben neergezet waar we voor staan, wat we belangrijk vinden. Aansluiten, ECHT aansluiten bij de patiënt en bij elkaar. Mooie programma's ontwikkelen waar dit in naar voren komt zoals ons INSPIRE programma.

‘Hoe vaak horen we niet: Er moet ook nog een dokter bij’

Ik kijk met trots terug op hoe we dit als team hebben opgepakt. Was dit ook zonder mij mogelijk geweest? Ja. Zonder een arts? Nee. Hoe vaak horen we niet; ‘Wie kan er deelnemen in deze werkgroep? Er moet ook nog een dokter bij.’ Men verwacht van ‘ons artsen’, dat wij vanuit de medische inhoud en kwaliteit van zorg bijdragen aan ontwikkelingen en beleid. Laten we met z'n allen deze verwachtingen waar maken! ←

Wendy Achterberg
Revalidatiearts Reade

INTERVIEW MET DORINE WEKKING EN ANNETTE VAN KUIJK

Medisch leiderschap begint bij jezelf: 'We zijn allemaal leiders'

Voor een prikkelend gesprek waren we op zoek naar leiders met een verschillende achtergrond en mogelijk een tegengesteld doel. We gingen in gesprek met Dorine Wekking, voorzitter van Revalidatie Nederland (RN) en daarmee vertegenwoordiger van ziekenhuizen en revalidatie-instellingen die medisch specialistische revalidatie (MSR) bieden, en Annette van Kuijk, voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA), die onze vakgenoten vertegenwoordigt.



DR. J.A. (JANNEKE) HAISMA
Revalidatiearts Spaarne Gasthuis

DRS. M. (MEREL) BIJLEVELD
Revalidatiearts RC Roessingh



FOTOGRAAF FOTO ANNETTE VAN KUIJK:
INGE HONDEBRINK

FOTOGRAAF FOTO DORINE WEKKING:
MAARTJE GEELS



Wat betekent medisch leiderschap voor jullie?

Annette: 'Ik heb soms moeite met het woord 'leider', omdat ik het woord associeer met een hiërarchie waar de leider bovenop de apenrots zit. Ik zie leiderschap meer als iets van jezelf, in verbinding met anderen ten behoeve van een doel.'

Dorine: 'Medisch leiderschap heeft te maken met persoonlijk leiderschap. In hoeverre durf je jezelf in te zetten om dingen te verbeteren? Leiderschap houdt in dat je een punt op de horizon durft te zetten en mensen hiermee kan inspireren en enthousiasmeren om zelf in beweging te komen en stappen te zetten die mogelijk spannend zijn, samen dingen voor elkaar krijgen.'

Annette: 'Luisteren, open staan voor de ander, verbinden, dat moeten we beter doen'

Annette: 'Wij vragen als artsen iedere dag aan onze patiënten wat doelen voor herstel zijn, wat zwakke en sterke eigenschappen zijn en hoe deze in te zetten bij het veranderproces. Maar we stellen deze vragen niet aan onszelf: 'wie ben jij, wat geeft jou energie, waar sta jij iedere dag voor op?' De antwoorden op deze vragen kunnen je helpen om een veranderproces in te gaan. Zo vanzelfsprekend als we het toepassen op onze patiënten, zo niet-vanzelfsprekend passen we het toe op onszelf.'

Moet er binnen de opleiding meer aandacht zijn voor medisch leiderschap?

Dorine: 'In de opleiding is mogelijk te weinig aandacht voor leiderschap en de bedrijfskundige kant van de zorgverlening, vragen als: 'Hoe houden we de zorg betaalbaar en toegankelijk?' →





en 'Hoe zijn we transparant over effecten en kwaliteit van zorg?' Complexe issues die wel aandacht behoeven en waaraan we gezamenlijk, vanuit bestuur en artsen, een bijdrage moeten leveren. En niet vanuit persoonlijk belang maar vanuit een gezamenlijke visie.'

Annette: 'De opleiding is sinds mijn tijd gelukkig veranderd, artsen leren nu meer door zelfreflectie. Maar het duurt lang voordat de olievlek is verspreid en er meer artsen zijn die niet denken vanuit die hiërarchie, en vanuit de scheiding tussen bestuur en het uitoefenen van je vak.' *Dorine:* 'We moeten zorgen dat zelfreflectie op alle niveaus wordt geleerd en gestimuleerd. Dat gaat niet alleen over meer gevestigde ervaren stafleden, maar ook over het bestuur.' *Annette:* 'Als jonge artsen drie maanden in een vakgroep werken hebben ze het gedrag overgenomen van de groep die er zit. Het is dus onvoldoende om er alleen tijdens de opleiding aandacht aan te besteden, dan gaat de verandering niet snel genoeg. Als je expert bent en denkt dat je alles wel weet, hou je op met jezelf vragen te stellen en sta je stil. Als je vragen blijft stellen, ontwikkel en verdiep je je als professional. We moeten het vragen stellen leren waarderen.'

Dorine vertelt over de plannen die VRA en RN hebben om binnen MSR leiderschap te ontwikkelen. 'We willen een omgeving creëren, waarin we van elkaar kunnen leren en durven te experimenteren. Nieuwe oplossingen zijn nodig om de problemen binnen de zorg het hoofd te kunnen bieden. Een competentie die daarbij niet mag ontbreken is samenwerking.' *Annette:* 'Zonder deze competentie red je het niet in de zorg. We kunnen dat goed met onze patiënten en ons revalidatieteam, maar we kunnen het niet zo goed in de grotere kaders van de zorg, zoals met het management. Luisteren, open staan voor de ander, verbinden ook op bestuurlijk niveau, dat moeten we beter doen.'

Een leider stelt niet alleen vragen, maar vertelt je toch ook hoe het zit?

Annette: 'Klopt, een leider in onze organisatie kan ook verhalen vertellen. De leider laat je de stip op de horizon zien, laat je telkens zien wat het doel is en waarom je iets doet. Dat perspectief uitleggen om mensen mee te kunnen krijgen dat moet je als leider wel kunnen. Maar de weg er naartoe bepaal je in gezamenlijkheid.'

Dorine: 'De leider bepaalt ook de randvoorwaarden; vanuit welke waarden willen we werken met elkaar? Sommige routes om er te komen zijn acceptabel en andere niet. Als de waarden van de organisatie helder zijn, ontstaat een moreel kompas waarmee je moeilijke dingen ook bespreekbaar kan maken. Het biedt je houvast. De jongere generatie wil juist vanuit die waarden en *purpose* werken. Zij richten zich niet langer op een goed pensioen, aanzien of bonus, maken andere keuzes.' *Annette:* 'Ik vind dit een

teken van persoonlijk leiderschap. In tegenstelling tot blijven schoppen tegen de organisatie.' *Dorine:* 'Hoe beter je jezelf kent, des te meer kan je zoeken naar een omgeving die passend is en maakt dat jij je talenten beter kan inzetten en ontwikkelen. Daar zouden we meer aandacht voor moeten hebben.'

Hoe houden we de zorg toegankelijk en betaalbaar? Welke rol hebben we daarin?

Annette: 'Als je inhoudelijk goede zorg niet georganiseerd krijgt, heeft de patiënt er helemaal niets aan. Gezamenlijk met het management een oplossing zoeken ten behoeve van de patiënt, dat is wat we zouden moeten doen. Wat we als beroepsgroep beter moeten doen is niet denken voor de patiënt, maar de patiënt daadwerkelijk vragen wat hij denkt dat goed voor hem is, wat hij wil. Hiermee verdedigen we niet alleen onze eigen belangen. En van mij mogen revalidatieartsen minder opkijken tegen bestuurders en mogen we af van het Calimero-gedrag. We moeten af van 'bestuur zeg het maar!', en mee gaan denken.'

Dorine: 'Ik zou ons toewensen dat we durven om het traditionele denken vanuit macht en positie los te laten en ons samen te richten op wat van ons gevraagd wordt'

Dorine: 'Er zijn 600 leden bij de VRA, met mogelijk 600 verschillende meningen, de totale MSR betreft 750 miljoen euro, hoe komt het dat we met elkaar niet tot een gemeenschappelijke visie kunnen komen over hoe we de sector verder kunnen ontwikkelen? Ik maak mij zorgen dat we straks niet meer meedoen, omdat we onvoldoende helder hebben wat onze stip op de horizon is.'

Annette: 'Ik ben het niet eens met Dorine. Het grootste deel van de revalidatieartsen deelt een visie, maar een kleine groep, die veel van zich laat horen, niet. Die kleine 10% past niet binnen de reguliere structuren (ziekenhuis of centrum) en schopt tegen de kaders. Het zijn niet 'de lastige collega's'. Het zijn pioniers die ons scherp houden in de afbakening van ons vak: Wat doen we wel? Wat doen we niet? Ik zie een toenemende waardering van de revalidatie vanuit andere medisch specialismen. Wij worden veel gevraagd bij de ontwikkeling van richtlijnen, de visie Medisch Specialist 2025.'

Dorine nuanceert de eerder gesuggereerde trage totstandkoming van visie: 'Het gaat om waar wij als sector gezamenlijk naartoe willen en hoe we dat over de Bühne krijgen naar belangrijke stakeholders zoals bijvoorbeeld Nederlandse Zorgautoriteit →

(NZa) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Ik denk dan bijvoorbeeld aan een diagnosegroep als chronische pijn waarbij wij onder druk staan om aan te tonen wat onze toegevoegde waarde is. Wij zijn als revalidatiesector goed gepositioneerd om voorloper en voorbeeld te zijn in netwerkzorg. Als we ons verhaal helder hebben kunnen we in gesprek gaan met andere partijen en aangeven wat wij nodig hebben om onze visie te realiseren. Dat kan het beste samen: RN en VRA gezamenlijk. En dan vind ik het gewoon wel lang duren.' *Annette*: 'Je bent echt krachtiger als je dat samen doet.' *Dorine*: 'Ik denk dat de houdbaarheidsdatum van concurrentie en marktwerking in de zorg voorbij is en er een anders denken voor in de plaats dient te komen.'

Tijdens de coronapandemie kon alles en 'onder druk werd alles vloeibaar'. Maar straks, als dat voorbij is moeten we de pot verdelen?

Annette: 'Ja, dat is een gegeven. Daar kan je tegenaan schoppen, maar het is zoals het is. Onze opdracht is om het daarmee te doen en om creatief te denken, hoe dan? Ik hoop dat we de dingen die we door Corona hebben geleerd vasthouden en elkaar daarop aanspreken: met elkaar denken over oplossingen, het wegvallen van concurrentie. Niet eindeloos erover door akkeren, maar ook durven experimenteren, juist gaandeweg leren en bijstellen. Als wij blijven doen wat we deden gaat dat niet lukken met dat potje.'

Zijn er andere uitdagingen waar de revalidatie mee te maken krijgt?

Dorine: 'Schaarste van personeel. Dat probleem gaan we niet oplossen als we 'binnen de muren' van een instelling blijven denken. Stel je voor dat we één instelling zouden zijn? Er lekt nu kennis en geld weg omdat iedere instelling zelf aan de slag gaat met deze uitdagingen. Hoe mooi zou het zijn als we meer gezamenlijk oppakken en zo van elkaar kunnen leren en dan effectiever kunnen zijn? Dit betekent dat we het *not invented here*-gedrag achter ons moeten laten.'

Annette voegt toe dat er inhoudelijke veranderingen zijn: 'De patiëntenpopulatie wordt ouder en de 60-er van nu is anders dan 20 jaar geleden. Zij vormen een vitale doelgroep met andere doelen. We moeten af van de rare domeinscheiding tussen MSR en Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ). Er verandert veel en dus is een competentie van de toekomstige zorgmedewerker flexibiliteit. Ik denk dat de constante in de zorg verandering zal zijn. Als Corona weg is zal er iets anders komen wat van ons vraagt te schakelen. Dus het omgaan met veranderen en daarbij wel je werkplezier kunnen houden, en focus kunnen houden, is belangrijk.'

Dorine: 'We zijn als mens geneigd om te willen vasthouden aan hoe we het altijd gedaan hebben. We werken nu vanuit een systeem waarin de continuïteit van de instelling voorop staat, en zouden moeten nadenken over hoe we de continuïteit van de zorg voorop plaatsen. Dat kan je nastreven vanuit 18 instellingen maar beter vanuit één sector die innovatieve samenwerkingsvormen stimuleert. Ik zou ons toewensen dat we durven om het traditionele denken vanuit macht en positie los te laten en ons samen te richten op wat de patiënt en de samenleving van ons vragen.'

Maar dan moeten we ook de hand in eigen boezem steken?

Dorine: 'Een belangrijk punt, leiderschap vraagt ook dat je jezelf de maat blijft nemen: hoe transparant durven we te zijn als het gaat om passende zorg?' *Annette*: 'Ons doel is eigenlijk goede zorg voor de patiënt en daar doe je alles voor, en daarin heeft iedereen een rol, ook de Zelfstandige Behandelcentra (ZBC's). Maar als je vervolgens alleen voor het belang van je eigen instelling gaat, dan is dat geen geloofwaardig verhaal. Een echte leider houdt vast aan dat doel, aan dat verhaal van die patiënt, aan de 'bedoeling', en dat kan soms ten koste gaan van je eigen groei. Maar wie heeft ooit bedacht dat groei het doel zou zijn en wanneer ben je dan tevreden? Dat komt voort uit dat marktdenken.'

'Ik denk dat er veel onuitgesproken meningen en oordelen zijn waardoor je minder ver kan komen'

Aan het eind van het gesprek is er een retorische vraag: tegenpolen of elkaar versterkend?

Dorine wil benadrukken: 'Hoe kunnen we diversiteit van denken benutten?' *Annette*: 'En waarderen'. *Dorine*: 'En dat dat leidt tot nieuwe inzichten, want de complexiteit van de huidige problemen laat zich niet meer oplossen met de oude manier van denken. Het zou mooi zijn als we meer de dialoog opzoeken en naar elkaar luisteren. Ik denk dat er veel onuitgesproken meningen en oordelen zijn waardoor je minder ver kan komen.' *Annette*: 'Elkaar ontmoeten en met elkaar in gesprek zijn en naar elkaar luisteren is cruciaal, en dat kunnen we als VRA en RN wel faciliteren.' *Dorine*: 'Absoluut! Als we met elkaar in gesprek zijn en elkaar beter begrijpen, dan kunnen we elkaar versterken en aanvullen. Het gaat niet om de tegenstelling, maar hoe we samen werken aan dezelfde bedoeling, de beste zorg tegen verantwoorde kosten, allebei vanuit een ander perspectief.' ←

'Dokter houd je rug recht'

Het medisch beroepsgeheim is een groot goed. Je moet je als patiënt niet geremd voelen iets tegen een arts te zeggen of medische hulp in te schakelen, en moet alles (wat invloed heeft op je gezondheid) aan een arts kunnen toevertrouwen. Wij moeten dat respecteren, maar ook eerlijk en feitelijk hierover documenteren.



DR. J.A. (JANNEKE) HAISMA

Revalidatiearts Spaarne Gasthuis Haarlem

'.. de rug rechthouden' waren enkele van Hugo de Jonge's bemoedigende woorden bij het voorstellen van Ernst Kuipers als zijn opvolger. Toen ik hem dat op het NOS Journaal hoorde zeggen, moest ik weer denken aan de juridisch adviseur van ons ziekenhuis.

De situatie was als volgt. Ik kreeg het verzoek om medische informatie te verstrekken aan een advocaat, de belangenbehartiger van mijn patiënt. Ik werd gevraagd antwoord te geven op de voor ons allen bekende vragen over diagnose, bevindingen, beloop en prognose. Ik knipte en plakte de 'revalidatiediagnose' in mijn antwoord. Patiënten kunnen een verzonden brief direct lezen in hun digitale ziekenhuisomgeving. Een dag na het versturen van de brief, kreeg ik het verzoek om de patiënt terug te bellen. Het was niet de bedoeling dat ik de pijnklachten benoemde die vóór het ongeval speelden. Mij werd gevraagd om een nieuwe brief te schrijven zonder deze vermelding. Ik werd erop gewezen dat ik gericht antwoord moest geven op de vraag. Kort na het versturen, nam patiënt wederom contact met mij op. Ik had het woord 'toename' laten staan en dit suggereerde dat er al pijn was vóór het ongeval. Die suggestie mocht niet worden gewekt. Verder was patiënt al zo lang beperkt door het ongeval; we zouden nu toch wel kunnen concluderen dat er blijvende beperkingen zouden zijn?

OM TOT EEN BESLISSING TE KOMEN OVER HET OPNIEUW REDIGEREN VAN MIJN BRIEF HEB IK GERAADPLEEGD:

- 1) mijn collegae. Zij gaven eerlijk advies over mijn te uitgebreide revalidatiediagnose. *Less is more* inzake informatiebrieven of reacties op klachten. Over het vervolgens weglaten van het woord 'toename' verschilden de meningen.
- 2) de ziekenhuisjurist. Hij benoemde dat als er feitelijke

onjuistheden in het dossier staan, de patiënt het recht heeft deze te laten wijzigingen. Ook wees hij mij erop dat ik naar eer en geweten feitelijk antwoord moest geven op concrete vragen. Maar hij voegde er ook aan toe dat mijn brief straks op het bureau van de rechter zou liggen, en ik niet mee mocht werken aan fraude. *'Dokter houd je rug recht'*, zei hij.

- 3) de KNMG-richtlijn Omgang medische gegevens.

REFLECTEREND OP HOE HET DESTIJD GEGAAN IS, HEB IK MIJN WERKWIJZE VERANDERD

Het begint met blijven opletten bij knippen en plakken. Verder kan ik bondiger zijn in mijn omschrijving van de diagnose. Een revalidatiediagnose omvat ook gevolgen van de stoornissen op activiteit en participatie, maar bij mij is hij vaak langer. Bijvoorbeeld: *50-jarige patiënt met in voorgeschiedenis chronische rugklachten, zie ik wegens status na ongeval waarna toename rugklachten. Bij onderzoek beperkte mobiliteit rug. Klachten hebben invloed op arbeid en welbevinden van patiënt.* Binnen ons vak volstaat een korte diagnose 'aspecifieke chronische rugklachten' echter niet. Ik let beter op woorden die niet specifiek over feiten gaan, maar over een mening of oordeel. Bijvoorbeeld: Patiënt heeft 'nog' pijn. Patiënt heeft hiervoor 'al' drie therapeuten geraadpleegd. Patiënt heeft zich 'weer' ziek gemeld. De woorden 'nog' en 'al' en 'weer' hoeven niet in mijn feitelijke verslaglegging te staan. Uiteindelijk heb ik desondanks besloten het woord 'toename' niet te verwijderen. Ook heb ik aangegeven dat ik geen uitspraak kon doen over de prognose. Ik weet niet of dit invloed heeft gehad op het vaststellen van de schadelast.

Hieronder enige citaten uit de KNMG-richtlijn Omgaan Medische Gegevens. De versie van 2021 bevat ook nieuwe nuttige informatie over het online contact met patiënten, het digitaal uitwisselen van informatie, het contact met collegae via *Whats app* of *Silo*.

'Als een patiënt feitelijke onjuistheden in zijn dossier ontdekt, mag hij die laten corrigeren. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om een fout [...] over onderzoeken en behandelingen in het verleden. Het recht op correctie strekt niet zo ver dat de patiënt bijvoorbeeld de diagnose →

mag laten wijzigen. Is de patiënt het niet eens met een diagnose, dan mag hij een verklaring aan het medisch dossier toevoegen, waarin hij zijn (afwijkende) visie op de diagnose weergeeft.'

'Bij de juridische beoordeling van letselschadeclaims gaat het veelal om de vraag of, en zo ja in welke mate, medische klachten het gevolg zijn van het ongeval (het zogenoemde causaal verband). Omdat de patiënt mogelijk al eerder bepaalde klachten had, kan vaak niet volstaan worden met gerichte vraagstelling. Voor een goede beoordeling van een letselschadeclaim is het soms onvermijdelijk dat de advocaat of medisch adviseur inzage krijgt in het volledige medisch dossier van de patiënt over een bepaalde periode.'

'Als een advocaat verzoekt om een oordeel of een prognose over de patiënt, is het niet de taak van de behandelend arts om hierop te reageren. Voor de beantwoording van deze vragen zal de advocaat een eigen medisch adviseur moeten inschakelen.' ←



Referenties

KNMG Richtlijn - Omgaan met medische gegevens 2021 juni.pdf

Advertentie

We Design
zilveren vingers, hand en pols orthoses

We Design ontwikkelt en produceert silversplints sinds 1999 om de dagelijks activiteiten van hun gebruikers maximaal te ondersteunen. Door de vormgeving en het materiaalgebruik dragen de silversplint bij aan (sociale) acceptatie. Met ruim 20 jaar gebruikservaring hebben de ortheses van We Design zich in de praktijk bewezen.

- Expert in silversplints voor vinger-, duim-, hand-, pols- en ellebooggewrichten
- De silversplints worden vervaardigd met zo min mogelijk materiaal waarbij duurzaamheid, functionaliteit en draagcomfort centraal staan
- Silversplints zijn hypoallergeen en antibacterieel en daardoor zeer geschikt om op de huid te dragen, óók bij gebruik in en onder water
- De We Design silversplints zijn toepasbaar bij veel medische indicaties waaronder Reumatoïde Artritis, Artrose, EDS, HMS, peesrupturen en zenuwletsel
- Naast het grote aanbod van beproefde modellen behoort het ontwikkelen van nieuwe, individuele modellen voor specifieke casussen tot onze expertise
- We Design werkt samen met een groot aantal instrumentenmakers door heel Nederland. Er is dus altijd een instrumentenmaker bij u in de buurt.

www.silversplints.com

Medisch leiderschap begint bij jezelf

Op mijn eerste werkplek als dokter ergens in een perifere opleidingsziekenhuis, kwamen we er als anios langzamerhand achter dat we gefleest werden door de maatschap. De cao werd niet gevolgd, we werden niet volgens de juiste schaal uitbetaald, er was geen pensioenopbouw, geen onregelmatigheidstoelage (ORT), geen eindejaarsuitkering en sommige collega's bleken al bijna een jaar zonder contract te werken.



DRS. E. (ETIENNE) STEGEMAN

Aios revalidatiegeneeskunde, Basalt locatie Leiden



CORRESPONDENTIE

E.Stegeman@basaltrevalidatie.nl

Toen we ons als groep georganiseerd hadden en begonnen te rammelen aan de opgeteld anderhalve ton die jaarlijks richting de kas van het medisch specialistisch bedrijf (MSB) vloeiende in plaats van naar onze pensioenopbouw en loonstrook, volgden er vileine, intimiderende gesprekken met de kartrekkers. En dan bij voorkeur op kwetsbare momenten zoals een drukke dienst op de SEH. Zorgvuldig geformuleerde argumenten werden genegeerd of met persoonlijke steken onder de gordel terzijde geschoven. Aniossen begonnen terug te krabbelen uit angst voor negatieve invloed op het krijgen van een opleidingsplek. Het bij elkaar houden van de groep kostte soms meer tijd en moeite dan het daadwerkelijke onderhandelen met het MSB.

Na maanden ploeteren, sudderen, sidderen en uiteindelijk dreigen met een rechtsgang kwam dan toch de beloning: de cao zou vanaf het aanstaande kalenderjaar onverkort toegepast gaan worden. Naast sommige scheve blikken kreeg ik van andere bazen ook positieve feedback over mijn standvastigheid en het onderhouden van een goede werkrelatie ondanks het zakelijke

conflict. Het was een weg die ik, samen met twee andere aniossen als kartrekkers, niet weloverwogen ingeslagen was, maar die me wel een stuk wijzer gemaakt heeft.

Nu, zeven jaar later, hoor ik uit verschillende opleidingsregio's revalidatiegeneeskunde discussies over de normatieve werkweek (de '38+10' constructie: een gemiddeld maximale 48-urige werkweek waar opleidingsmomenten en gewerkte uren in de dienst binnen vallen). Het gaat dan bijvoorbeeld om de registratie van de opleidingsuren: hoe maak je inzichtelijk hoeveel uur je als anios werkt, welke afspraken maak je over de verschillende opleidingsactiviteiten die je registreert en welke opleidingsactiviteiten worden ingeroosterd binnen reguliere werktijd. Op dit moment extra actueel met de tijd die de voorbereiding voor de nieuwe themacursussen kost.

In dat licht een ander thema dat in veel regio's speelt, namelijk de dienstbelasting: een krappe dienstpoule leidt niet alleen tot verlies van opleidingsmomenten in reguliere werkuren maar vaak ook tot een slechte werk/privé-balans. Getuige ook het hoge percentage uitval (dat onder andere naar voren kwam in de nationale aios-enquête van De Jonge Specialist), wat weer leidt tot een nog krappere poule en de cirkel is compleet.

Het is één van je taken als anios, zo omschreven in Kwaliteitskader cluster 2, om bij te dragen aan het optimaliseren van het opleidingsklimaat. En zo herhaalt de geschiedenis zich: de koppen van de aniossen in mijn OOR staan op een actueel onderwerp één kant op, er zal vast weer spanning komen bij ouderejaars die graag in dezelfde instelling als jonge klare aan de slag zouden willen, de lijntjes met de jurist van de LAD zijn weer aangehaald en de →

eerste reactie vanuit de organisatie is binnen. Ik kan dit schaakspel inmiddels een paar zetten vooruit spelen, de sfeer is vooralsnog een stuk milder dan 7 jaar geleden en ik krijg er persoonlijk gek genoeg, maar gelukkig, energie van.

MIJN ADVIES AAN COLLEGA-AIOSSEN:

- Groepeer je als aiossen: samen sta je sterk, laat je niet verdelen;
- Zoek de verbinding met anderen binnen je organisatie die dezelfde belangen delen zoals bijvoorbeeld de opleider;
- Onderbouw je argumenten en zoek uit wat je rechten en plichten zijn door de cao, de arbeidstijdenwet voor werknemers in de zorg of het kwaliteitskader medisch specialistische vervolgopleidingen uit te pluizen;
- Zoek laagdrempelig advies bij een jurist, bijvoorbeeld die van de LAD als voldoende aiossen lid zijn, informeer bij de Junior VRA of een probleem ook elders speelt en wees realistisch in wat je kunt bereiken;
- Zoek uit waar de besluitvorming plaatsvindt en wat de juiste kanalen zijn om je stem te laten horen: opleidingsvergadering, COC, raad van bestuur, ondernemingsraad, manager, etc.

- Als het knelpunt daarom vraagt: communiceer per brief of mail, stel daarin ook een concrete vraag en een termijn waarbinnen je terugkoppeling of actie verwacht. Je kunt de brief even mondeling aankondigen om hem zachter te laten landen;
- Laat je werkrelatie met anderen niet onder een zakelijk geschil lijden. Neem een paar dagen de tijd voor een reactie, heb liefst eerst ruggespraak voordat je je reactie verstuurt.

Al het bovenstaande heb ik eerlijk gezegd nooit zozeer als medisch leiderschap gezien tot de oproep voor een opiniestuk langskwam. Medisch leiderschap gaat niet alleen over visiestukken, grote beleidsdocumenten en lijvige werkgroepen. Er liggen kansen in de dagelijkse praktijk waar je mee aan de slag kunt. Pak die op, of het nu gaat om de kwaliteit van de opleiding, om een verandering binnen je team, een werkproces dat je anders zou willen vormgeven of het gare bed in de proefwoning waar niemand in de dienst goed op slaapt. Het zijn ervaringen op een kleinere schaal die je nu op kunt doen en die zullen helpen bij knelpunten in de toekomst. ←



Advertentie



Gezondheidswetenschappen voor Zorgprofessionals





Ben jij werkzaam als hbo zorgprofessional en wil je via wetenschappelijk onderzoek bijdragen aan de innovatie van jouw vakgebied? Wil je werk en studie kunnen combineren en studeren in een multidisciplinaire omgeving met gemotiveerde docenten en medestudenten? Dan is deze master iets voor jou!

Je leert werken met verschillende onderzoeksmethoden en – instrumenten passend bij de pionierende onderzoeksprofessional en je leert literatuur kritisch te beoordelen. Tijdens de opleiding draag je zelfstandig én in groepsverband bij aan onderzoeks- en innovatieprojecten, onder supervisie van ervaren onderzoekers. Je leert onderzoek opzetten om kennis te ontwikkelen ten behoeve van de zorg in jouw vakgebied. Via een keuzevak kun je een eigen accent aanbrengen binnen je opleiding gericht op onderzoek, onderwijs, kwaliteit van zorg, leiderschap of beleid. Het tweede masterjaar sluit je af met een individueel afstudeeronderzoek binnen jouw eigen vakgebied. Hierna voer je de titel Master of Science, afgekort MSc.

Meer weten hoe het is om als zorgprofessional van HBO naar WO te gaan? Bezoek vooral onze site: www.uu.nl/masters/pwzq





'IK DENK DAT JE HET KUNT!'

Vertrouwen in de aios

Het moment waarop ik voor het eerst het vertrouwen van een supervisor kreeg om iets zelfstandig te doen en het bijbehorende gevoel kan ik me heel goed herinneren. En wat lijkt het me mooi én een uitdaging als supervisor of opleider iemand het vertrouwen te geven.



DRS. E.H. (TED) BURGMEIJER

Vierdejaars aios OOR AMC



CORRESPONDENTIE

tedburgmeijer@gmail.com

Inmiddels is er al geruime tijd een nieuw Landelijk Opleidingsplan (LOP)¹. In dit nieuwe opleidingsplan staat het werkplek leren aan de hand van EPA's centraal. Het vastleggen van de ontwikkeling van bekwaamheid van aiossen vraagt veel extra regelwerk van aiossen, opleiders en supervisoren. Naast de bewijslast die de aios aanvoert over verschillende competenties, speelt ook de algehele indruk en het 'onderbuikgevoel' van de opleidingsgroep mee. Juist dat onderbuikgevoel raakt aan een interessant onderwerp: 'vertrouwen'. De aios bevindt zich in een preciaire situatie. Aan de ene kant is de aios een leerling die open staat voor ervaringen om hiermee kennis en gedrag te leren, welke bijdragen aan zijn/haar ontwikkeling tot een goede specialist. 'Leren' wil onder andere zeggen: studeren, oefenen, leerstijlen uitproberen, verwachtingen afstemmen, fouten maken, feedback ontvangen, nieuwsgierig zijn, en uiteindelijk 'bewust bekwaam' worden. Aan de andere kant wil de aios ook laten zien dat hij/zij het kan, vooral op

momenten dat toetsing en beoordeling plaatsvinden.

De optelsom van alle KPB's, dagelijkse observaties én ook het onderbuikgevoel draagt immers bij aan je bekwaamverklaring aan het einde van de EPA. Maar zie je een KPB als een middel om ontwikkeling te stimuleren of als een beoordelingsmoment, een toetsmoment?²

Ik denk dat het onderbuikgevoel vooral samenhangt met het vertrouwen in de aios. Een onderbuikgevoel kan een negatieve voorspeller zijn: 'deze aios gaat het niet halen'. Deze verwachting kan een rol gaan spelen in een (opleidings)groep. Iemand die op een gebruikelijke of verwachte manier leert en zijn taken uitvoert wekt mogelijk meer vertrouwen, maar leert niet altijd meer. Bovendien, de achtergrond en manier van leren van iedere aios is anders. Dat maakt het opleidingsproces juist zo dynamisch en interessant voor alle betrokkenen. Wanneer de aios vertrouwen ervaart, durft hij verantwoordelijkheid te nemen, zich kwetsbaarder opstellen, zijn fouten bespreken en zal de aios groeien in zijn of haar rol. Je veilig voelen om te leren draagt bij tot optimaal presteren, wat het vertrouwen van de opleider in de aios ten goede komt. Vooral aan het begin van de opleiding is het belangrijk de cirkel positief te starten.

Daarom mijn eerste oproep aan de aios: geef je grenzen aan en ga het gesprek aan over je eigen ontwikkeling én het leerklimaat, heb vertrouwen in jezelf. Maar daarnaast een tweede oproep aan iedereen die iemand opleidt: maak het vertrouwen in de aios expliciet en impliciet duidelijk!

Ik denk dat u het kunt! ←

Referenties

1. Opleidingsplan BETER in Beweging | Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (revalidatiegeneeskunde.nl)
2. Brand PLP, Jaarsma ADC, van der Vleuten CPM. Driving lesson or driving test? *Perspect Med Educ* 10, 50–56 (2021). <https://doi.org/10.1007/s40037-020-00617-w>
3. Job-aid-Bekwaam-verklaren_def.pdf (demedischspecialist.nl)

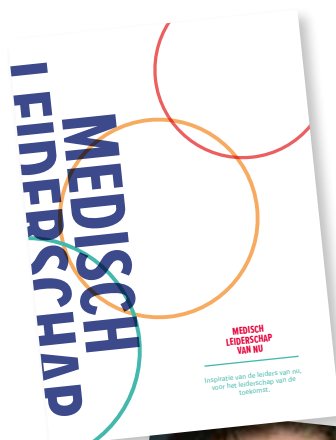
Lees- en luistertips

Medisch leiderschap is de laatste jaren een *hot topic*. Wie meer wil weten over dit onderwerp kan zijn hart ophalen met de boeken en podcasts op deze pagina's. Medisch leiderschap wordt vanuit diverse hoeken belicht. Er zijn boeken en podcasts met achtergrondinformatie over leiderschap, maar ook voorbeelden komen uitgebreid aan de orde.



DRS. M. (MEREL) BIJLEVELD

Revalidatiearts Roessingh, Centrum voor Revalidatie



Boeken

Medisch Leiderschap van nu

Als je inspirerende voorbeelden zoekt van (medisch) leiders dan is het boek *Medisch Leiderschap van nu* een absolute aanrader. Studenten geneeskunde die de minor medisch leiderschap in het Radboudumc volgden, delen verhalen van echte leiders. Hiermee willen ze inspiratie bieden voor verandering. Want wat betekent 'medisch leiderschap' eigenlijk in de praktijk? Het resultaat zijn 35 korte interviews, die praktisch en leesbaar zijn. Er komen leiders in alle soorten en maten aan het woord, van ziekenhuisbestuurders tot medisch specialisten, aiossen, onderzoekers en transfervernpleegkundige. Het boek is gratis te downloaden via de website medischleiders.com.

Intens - Diederik Gommers

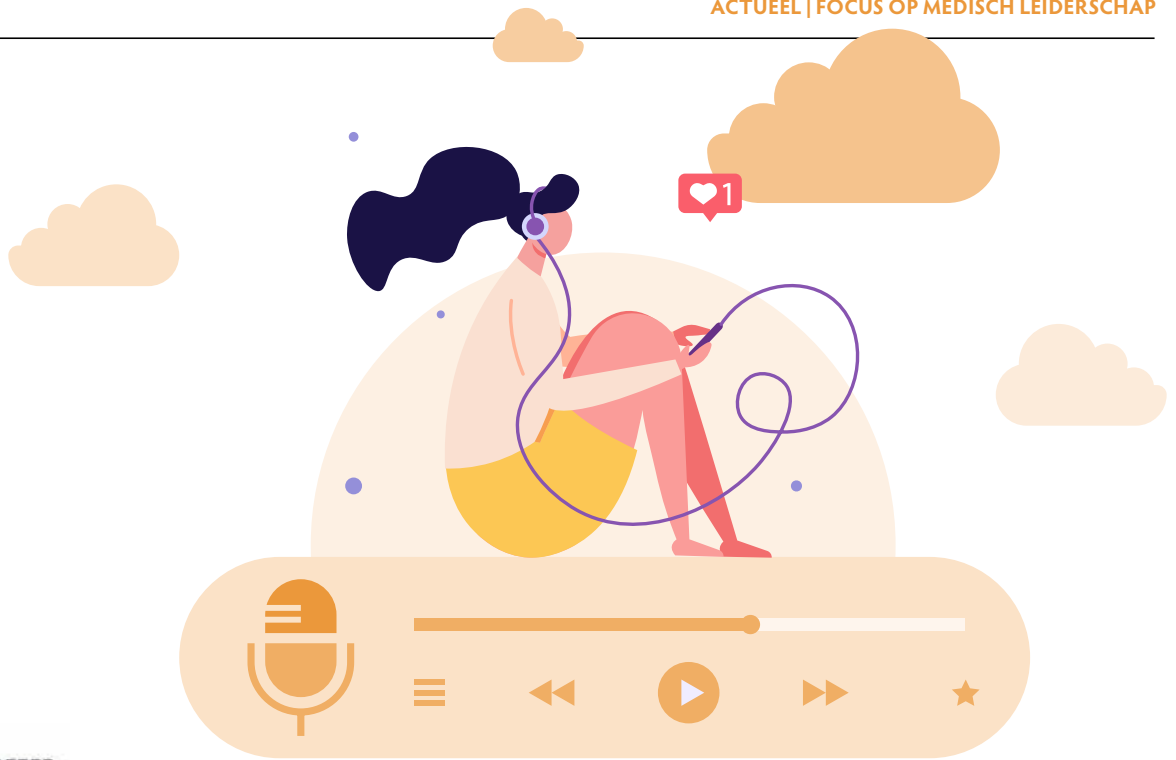
Het boek over de rol van Diederik Gommers in de coronapandemie, gaat niet per se over medisch leiderschap, maar is er wel een uitstekend voorbeeld van. Het leiderschap van Gommers was op

cruciale momenten voor heel Nederland duidelijk zichtbaar. In het boek komt naar voren hoe Gommers ineens in het middelpunt van de belangstelling kwam te staan. Hij vertelt hoe het er achter de schermen aan toe ging en hoe hij dit ervaren heeft. Want wat betekent het als je als arts ineens politieke invloed krijgt? Ook voor de dagelijkse praktijk kan het boek ongetwijfeld leiden tot inspiratie!

Artsen met verstand van zaken

Een boek over medisch leiderschap, financiën en organisatie in de zorg, voor de geïnteresseerde lezer die op zoek is naar meer diepgang op het vlak van medisch leiderschap. De nieuwste ontwikkelingen op het gebied van de zakelijke en organisatorische aspecten van ons zorgsysteem worden belicht, met als doel je beter toe te rusten voor de ingewikkelde discussies over de invloed van zorgverzekeraars, oplopende kosten van de zorg en andere toekomstige uitdagingen. Het boek bevat ter inspiratie eveneens voorbeelden van ervaringsdeskundigen in medisch leiderschap.





Podcasts

Naast genoemde boeken zijn er inmiddels ook veel podcasts over medisch leiderschap of met aansprekende voorbeelden van collega's die leiderschap tonen. Via de app *MedFeed* zijn podcasts voor medisch professionals verzameld. Hieronder lichten we er een aantal uit.

De zorg laten werken

De zorg laten werken is een podcast die focust op energieke en opvallende oplossingen in de zorg, en de personen daarachter. In de eerste aflevering komt bijvoorbeeld Bernard Leenstra aan het woord, inmiddels bij iedereen bekend als initiatiefnemer van *prullenbakvaccin.nl*. Wat drijft hem? Wat stimuleert hem om door te pakken? En wat is zijn aanpak? In de volgende afleveringen komen nog meer zorgverbeteraars aan het woord over hun aanpak om de zorg te laten werken.

In het hart van de dokter

In de podcast *In het hart van de dokter* gaat Hans van Santen in gesprek met collega's over hun drijfveren, over zaken waar ze trots op zijn en waar ze minder tevreden

over zijn. Er wordt ook gesproken over ontwikkelingen in de zorg en wat de collega's daarvan vinden. Collega's uit verschillende vakgebieden komen aan het woord.

KoffieCo

KoffieCo de Podcast is in eerste instantie bedoeld voor geneeskundestudenten, maar de gesprekken geven ook voor a(n)iossen en medisch specialisten een mooi beeld van de verschillende vakgebieden, initiatieven binnen de medische wereld en de drijfveren van collega's. Collega Casper van Koppenhagen ging eerder met de dames van KoffieCo in gesprek over ons prachtige vak. Uiteraard zijn er ook in de gesprekken met collega's uit andere vakgebieden veelvuldig raakvlakken met de revalidatiegeneeskunde. ←



Prothesetevredenheid bij prothesegebruikers met een transtibiale amputatie, is fit de enige factor?

In Nederland ondergaan jaarlijks ruim 3000 mensen een amputatie van de onderste extremiteit, van heup tot voorvoet niveau.¹ Een belangrijk doel na de amputatie is het herwinnen van de sta- en loopmobiliteit met behulp van een prothese. Echter meer dan 50% van de beenprothesegebruikers heeft klachten over de prothese met vaak grote consequenties voor de ervaren kwaliteit van leven en is het, gezien deze bevinding, opvallend dat na levering de prothese niet systematisch wordt geëvalueerd naar tevredenheid.^{2,3}



DR. E.C.T. (ERWIN) BAARS

Revalidatiearts, de Vogellanden centrum
voor revalidatie Zwolle



CORRESPONDENTIE

e.c.t.baars@vogellanden.nl

CASUS 1*

Mevrouw A is een 45-jarige vrouw met een transtibiale amputatie na een trauma die het prothesespreekuur bezoekt voor levering van haar nieuwe prothese. Zij trekt deze vlot aan en loopt er mee weg. Wij zien haar fraai symmetrisch lopen zonder hulpmiddelen met een goede kokerfitting en willen vervolgens het consult afronden. Mevrouw merkt op dat de prothesekoker is uitgevoerd in de standaard roze kleur. Zij wenst echter een zwarte koker, want al haar kleding is zwart. Zij geeft verontwaardigd aan dat haar niet is gevraagd naar de gewenste kleur en zij nu niet tevreden is over de nieuwe prothese. Wij spreken met haar af om een nieuwe koker te maken in de zwarte kleur.

CASUS 2*

Meneer B is een 25-jarige man met een transtibiale amputatie na een trauma die het prothesespreekuur bezoekt met klachten van blaarvorming en roodheid aan de stomp bij

het gebruiken van zijn onderbeenprothese. Deze klachten komen regelmatig voor waarbij hij telkens de prothese een periode niet kan dragen. Dit heeft tot gevolg dat hij op die momenten zijn werk niet kan uitvoeren als vertegenwoordiger. Meneer heeft een tijdelijk arbeidscontract en is bang ontslagen te worden. Meerdere aanpassingen aan de koker zijn uitgevoerd, maar die hebben slechts een tijdelijk effect. Na genezing van de stompwonden maakt de instrumentmaker een nieuwe koker, met vermindering van druk op het wondgebied, in de hoop dat er geen nieuwe wonden ontstaan.

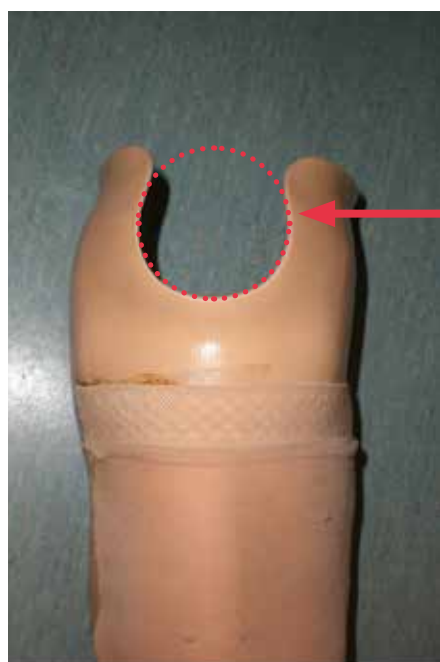
CASUS 3*

Meneer C is een 65-jarige man, met een transtibiale amputatie vanwege een vasculaire insufficiëntie, die het prothesespreekuur bezoekt. Hij geeft aan niet tevreden te zijn over zijn onderbeenprothese en vertelt 's avonds 'die poot' in de hoek van de kamer te gooien. Bij het door vragen geeft hij aan dat zijn vrouw nog veel moeite heeft met zijn beenamputatie. Meneer moet van haar als eerste naar bed zodat zij niet ziet hoe hij de prothese uit doet en ook niet de stomp hoeft te zien. Hierdoor gaat hij voor zijn doen te vroeg naar bed en ligt lang wakker. Wij bieden meneer aan om samen met zijn vrouw een gesprek te hebben met de maatschappelijk werker om zo het acceptatieprobleem van zijn vrouw in relatie tot de amputatie te bespreken.

*Fictieve casus, gebaseerd op de praktijk.

DE PROTHESE, PROTHESETEVREDENHEID EN DE PROTHESE-EVALUATIECHECKLIST

Voordat de persoon met een amputatie een prothese kan gebruiken is hier een heel proces aan voorafgegaan. Na de amputatie is het van belang compressie op de stomp uit te oefenen met behulp van een drukverband, gips of afneembaar rigide stompkoker, om zo oedeemvorming in de stomp tegen te gaan en deze voor te bereiden op fitting in de prothesekoker. Het aanmeten van een prothesekoker vindt pas plaats zodra de amputatiestomp hiervoor geschikt is oftewel 'protheserijp', met een genezen operatiewond en bij voorkeur afwezigheid van oedeem. De prothesekoker vormt de verbinding tussen de amputatiestomp en de prothese en heeft een grote invloed op de fitting en het comfort van de prothese. Bij een goede prothesefit is de amputatiestomp op het juiste niveau in de koker, met de patella geplaatst in de patella-uitsparing tijdens het belasten van de prothese (figuur 1). De prothesevoet vormt het steunvlak van de prothese en kan stug of soepel bewegen, al naar gelang de gewenste stabiliteit en dynamiek. De prothesevoet beïnvloedt zo voor een groot deel de functionele eigenschappen van de prothese. De cosmesis is vaak gemaakt van schuim en heeft als doel de prothese meer te laten lijken op een 'natuurlijk been' en bepaalt het uiterlijk van de prothese. Zodra de prothese is aangemeten wordt die gepast door de orthopedisch instrumentmaker en start de prothese looptraining, waarbij de prothesegebruiker de draag- en gebruiksduur van de prothese opbouwt.



Figuur 1. Prothesekoker voorzijde met patella-uitsparing.

PROTHESETEVREDENHEID

Patiënttevredenheid over geleverde zorg is veelvuldig onderzocht, echter een uniforme definitie hiervan ontbreekt.⁴ Globaal kan men stellen dat patiënttevredenheid gerelateerd is aan de mate van overeenkomst tussen hetgeen de patiënt ervaart/waarneemt en zijn/haar verwachtingen.^{4,5} Als ervaringen en verwachtingen sterk uiteenlopen kan het resulteren in ontevredenheid. Patiënttevredenheid is een belangrijke indicator voor de kwaliteit van de zorg die de patiënt ontvangt en speelt een grote rol in de evaluatie hiervan.^{4,5}

Ontevredenheid over de prothese resulteert vaak in een verminderd gebruik ervan

Prothesetevredenheid van prothesegebruikers is een multi-dimensionaal en dynamisch (tijdgebonden) construct. Deze is opgebouwd uit een functionele evaluatie door de prothesegebruiker van zijn of haar prothese en wordt beïnvloed door verschillende factoren waaronder prothese uiterlijk, fit en bruikbaarheid, samen met aspecten van de amputatiestomp.³ Ontevredenheid over de prothese resulteert vaak in een verminderd gebruik ervan, waardoor de prothesegebruiker minder deelneemt (participeert) aan activiteiten thuis en op het werk, met negatieve gevolgen voor de ervaren kwaliteit van leven.⁶ In casus 1 is één eigenschap van de prothese (de kleur) niet naar wens van de gebruiker en casus 2 beschrijft een gebruiker bij wie de prothese niet goed fit en wonden veroorzaakt aan de stomp, met nadelige consequenties voor zijn maatschappelijk functioneren (participeren in arbeid). In casus 3 heeft de echtgenote van een persoon met een amputatie veel moeite met het accepteren van de amputatie, met een negatief effect op het sociaal functioneren (echtelijke relatie), waarbij hij dit tot uiting brengt als ontevredenheid over zijn prothese. Ten behoeve van het construct 'prothesetevredenheid' is met behulp van onderzoek gekeken naar welke factoren hier invloed op hebben.³

FACTOREN DIE PROTHESETEVREDENHEID BEÏNVLOEDEN

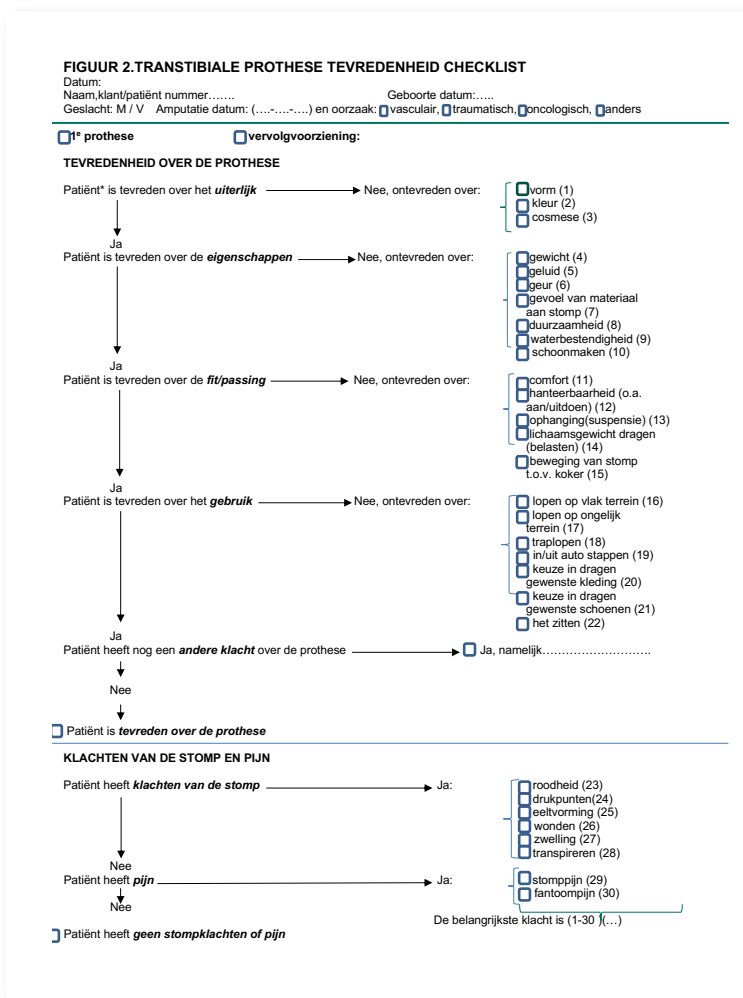
Vele factoren zijn geïdentificeerd die invloed hebben op prothesefit en -tevredenheid.³ Deze factoren zijn te groeperen in twee domeinen: (1) biomedische factoren, oftewel factoren die een relatie hebben met de passing van de prothese aan de stomp, en (2) psychosociale factoren, te weten factoren die een relatie hebben met de manier waarop de prothese past bij de persoon in psychologische en sociale zin. Casus 3 is een duidelijk voorbeeld van ontevredenheid met de psychosociale fit. →

De biomedische en prothesegerelateerde factoren zijn vervolgens te verdelen in factoren die een relatie hebben met het uiterlijk, de fit, de eigenschappen en het gebruik van de prothese alsook karakteristieken van de amputatiestomp, waaronder kwaliteit van de huid, aan-/afwezigheid van wonden en het al of niet ervaren van stomppijn en/of fantoompijn. De meeste onderzoeken naar prothesetevredenheid zijn gedaan bij mannelijke prothesegebruikers met een traumatische oorzaak van de amputatie. Naar verwachting is er verschil in relevantie van factoren bij verschillende groepen van prothesegebruikers. Het is bijvoorbeeld bekend dat vrouwelijke prothesegebruikers minder tevreden zijn over de fit en het uiterlijk van de prothese en ook de beperkte mogelijkheid om verschillende schoenen te kunnen dragen.⁷

(figuur 2).³ In een onderzoekopstelling tijdens het prothesecontrolespreekuur is de checklist gebruikt bij 82 prothesegebruikers (tabel 1). Problemen die door de prothesegebruiker vooraf aan het prothesespreekuur werden aangegeven gingen vooral over de prothesefit (33%). Daarnaast waren er prothesegebruikers die

Tabel 1. Prothesegebruiker (n = 82) informatie uit checklist.

Domein	n (%)
Prothesegebruiker ontevreden over het uiterlijk van de prothese	9 (11%)
- Vorm	3 (4%)
- Kleur	0 (0%)
- Cosmetiek	7 (9%)
Prothesegebruiker ontevreden over de eigenschappen van de prothese	21 (26%)
- Gewicht	8 (10%)
- Geluid	4 (5%)
- Geur	9 (11%)
- Gevoel van koper materiaal aan de stomp	3 (4%)
- Duurzaamheid	0 (0%)
- Waterdichtheid	4 (5%)
- Gemak om schoon te maken	1 (1%)
Prothesegebruiker is ontevreden over de fit (passing) van de protheses	27 (33%)
- Comfort	8 (10%)
- Aan-/uitdoen	2 (2%)
- Ophanging	4 (5%)
- Opvan van lichaamsgewicht	5 (6%)
- Beweging van stomp in de koker	13 (16%)
Prothesegebruiker is ontevreden over het gebruik/buikbaarheid van de prothese	26 (32%)
- Lopen op vlak terrein	4 (5%)
- Lopen op oneffen terrein	14 (17%)
- Traplopen	3 (4%)
- In en uit de auto gaan	5 (6%)
- Keuze van kleding	7 (9%)
- Keuze van schoenen	6 (7%)
- Tijdens zitten	4 (5%)
Prothesegebruiker is ontevreden over/heeft klachten van de stomp	43 (52%)
- Roodheid	10 (12%)
- Drukpunten	21 (26%)
- Eeltvorming	7 (9%)
- Wonden	10 (12%)
- Zwelling	2 (2%)
- Zweten	16 (20%)
Prothesegebruiker klaagt over pijn	33 (40%)
- Pijn in de stomp	15 (18%)
- Fantoompijn	22 (27%)
- Stomp en fantoompijn	4 (5%)



Figuur 2. Transtibiale prothese-tevredenheidchecklist.

DE PROTHESE-EVALUATIECHECKLIST

Ten behoeve van het systematisch evalueren van de beenprothese naar tevredenheid is een checklist geconstrueerd waarin bio-medische en prothesegerelateerde factoren zijn opgenomen



ontevreden waren over het gebruik/buikbaarheid van de prothese (32%) en over bepaalde eigenschappen van de prothese (26%). Een relatief klein percentage (11%) was ontevreden over het uiterlijk van de prothese. 52% van de gebruikers gaf stomp gerelateerde klachten aan, met name drukpunten op de huid (26%) en het ervaren van fantoompijn (27%). Opvallend was dat een groter aantal factoren van ontevredenheid werd gemeld tijdens het consult, bij gebruik van de checklist, dan vooraf door de prothesegebruiker werd gemeld. Vijftig procent van de prothesegebruikers die aanvankelijk geen presenterende klacht aangaven, meldde tijdens de prothesecontrole met de checklist toch factoren van ontevredenheid. Prothesegebruikers gaven tijdens het consult aan zich door het gebruik van de checklist beter begrepen te voelen door de instrumentmaker.

CONCLUSIE/AANBEVELING

Het bereiken en behouden van een goede prothesetevredenheid is geen vanzelfsprekendheid. Prothesetevredenheid is een multifactorieel construct waarin meerdere domeinen te onderscheiden zijn, te weten prothese gerelateerd, stomp gerelateerd

en psychosociaal gerelateerd. Tijdens prothesecontroles door de instrumentmaker en revalidatiearts is het van belang, naast aandacht te hebben voor het door de prothesegebruiker gepresenteerde probleem, prothesetevredenheid binnen al deze domeinen te evalueren. Dit kan door het systematisch nalopen van prothesetevredenheid beïnvloedende factoren, bij voorkeur met behulp van een checklist, om vervolgens gericht verbeteringen aan de prothese uit te voeren. Door systematisch de prothese te controleren krijgt de gebruiker eveneens de gelegenheid om psychosociale aspecten te bespreken die mogelijk een relatie hebben met de amputatie en/of het prothesegebruik.

TAKE HOME MESSAGE

Het is aan te bevelen om samen met de prothesegebruiker geregeld zijn of haar prothese systematisch te evalueren, bij voorkeur met behulp van een checklist. Door deze wijze van evalueren voelt de prothesegebruiker zich beter begrepen en geeft die in de regel meer problemen met de prothese en punten van ontevredenheid aan. ←

Referenties

1. Revalidatie na een beenamputatie, redactie JHB Geertzen, JS Rietman, Koninklijke van Gorcum 2018.
2. Dillingham TR, Pezzin LE, MacKenzie EJ, Burgess AR. Use and satisfaction with prosthetic devices among persons with trauma related amputations, a long-term outcome study. *Am J Phys Med Rehabil* 2001;80(8):563-71.
3. Baars ECT. Trans-tibial prosthesis fitting and prosthesis satisfaction. Proefschrift Universiteit Groningen 2020.
4. Gill L, White L. A critical review of patient satisfaction. *Leadership in health services*, 2009;22(1):8-19.
5. Sixma HJ, Kerssens JJ, van Campen C, Peters L. Quality of care from the patient's perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expectations*. Blackwell Sciences Ltd 1998: 82-95.
6. Wurdeman SR, Stevens PM, Campbell JH. Mobility Analysis of Amputees (MAAT I): Quality of life and satisfaction are strongly related to mobility for patients with a lower limb prosthesis. *Prosthet Orthot Int*. 2018;42:498-503.
7. Major MJ, Hansen AH, Russel Esposito E. Focusing research efforts on the unique needs of women prosthesis users. *JPO* 2021;Jan 8;Online first.

Een klein stapje richting betere loopkwaliteit bij kinderen met cerebrale parese

Kinderen met Cerebrale Parese (CP) beginnen doorgaans later met zelfstandig lopen dan kinderen zonder deze aandoening. Uit eerder onderzoek blijkt dat hun looppatronen enkele eigenschappen van onvolwassen looppatronen behouden, wat tot op zekere hoogte verklaard kan worden door een beperkte selectieve motorische aansturing. Door het nog plastische brein van jonge kinderen kunnen vroege interventies die zich richten op de neuromusculaire aansturing tijdens het lopen belangrijk zijn voor het verbeteren van loopkwaliteit bij kinderen met CP. In het proefschrift heeft de auteur getracht de onderliggende mechanismen van verstoorde loopontwikkeling te identificeren bij jonge kinderen met, of met een hoog risico op CP.

Spiersynergie-analyse is een mogelijkheid om de mechanismen van verstoorde loopontwikkeling bij jonge kinderen met CP te ontrafelen. Een verfijnde aansturing van een groot aantal spieren is vereist tijdens het lopen. Waarschijnlijk vereenvoudigt het centrale zenuwstelsel dit proces door het aansturen van groepen spieren, zogenaamde spiersynergieën. We weten dat het aantal spiersynergieën toeneemt van twee in pasgeborenen tijdens de stapreflex, naar vier in peuters vlak na hun eerste zelfstandige stapjes.¹ In een systematisch review van de bestaande literatuur liet ik zien dat kinderen

met CP in de schoolgaande leeftijd minder spiersynergieën gebruiken tijdens het lopen dan zich normaal ontwikkelende (TD) kinderen en dat het effect van behandeling mogelijk voorspeld kan worden door spiersynergie-eigenschappen voorafgaand aan de behandeling.² Tot nu toe was de ontwikkeling van spiersynergieën van ondersteund naar zelfstandig lopen bij jonge kinderen met een hoog risico op CP nog niet onderzocht.

Spiersynergieën kunnen verkregen worden uit spieractiviteit, gemeten met elektro-myografie (EMG). In mijn proefschrift heb ik de spieractiviteit tijdens het lopen

gemeten van in totaal 18-22 bilaterale beenspieren van kinderen met (een hoog risico op) CP en TD kinderen, tussen een half en 5 jaar oud. In een cross-sectioneel onderzoek werden 20 kinderen met (een hoog risico op) CP en 20 TD kinderen gegroepeerd op basis van hun loopvaardigheid, ondersteund of zelfstandig lopen. Kinderen die nog niet zelfstandig konden lopen werden ondersteund om hun middel of onder de armen tijdens het lopen op een loopband. Kinderen die zelfstandig konden lopen liepen over de grond heen en weer. In lijn met eerdere bevindingen gebruikten kinderen met (een hoog risico op) CP minder synergieën dan TD-kinderen in zowel de ondersteund als zelfstandig lopen groep. Daarnaast liet de meest aangedane kant van kinderen met asymmetrische CP die zelfstandig lopen minder synergieën zien dan de minder aangedane kant. Deze bevindingen suggereren dat vroege hersenbeschadiging resulteert in vroege afwijkingen in de neuromusculaire aansturing, specifiek voor de meest aangedane kant bij kinderen met asymmetrische CP.

Het cross-sectionele design beperkt het trekken van conclusies over de oorzaken van een (veranderde) ontwikkeling. Om die reden heb ik ook een longitudinaal design aangenomen. Drie kinderen met een hoog risico op CP, met uiteenlopende



Promovenda: A. (Annikie) Bekius, docent Psychobiologie, Universiteit van Amsterdam

Datum promotie: 24 november 2021

Promotoren: prof. dr. A. (Andreas) Daffertshofer, prof. dr. A.I. (Annemieke) Buizer

Copromotoren: dr. N. (Nadia) Dominici, prof. dr. ir. J. (Jaap) Harlaar



DR. A. (ANNIKIE) BEKIUS



CORRESPONDENTIE

annikebekius@gmail.com

De digitale versie van het proefschrift is te vinden via: <https://research.vu.nl/en/publications/a-small-step-towards-understanding-impaired-walking-development-i>

ontwikkelingstrajecten, werden gevolgd gedurende vijf opeenvolgende sessies over een periode van een tot twee jaar. Het onderzoek begon voor de aanvang van zelfstandig lopen en omvatte een sessie met de eerste zelfstandige stapjes. Eén kind ontwikkelde geen CP, één was gediagnosticeerd met unilaterale CP, en één met bilaterale CP. Het kind zonder CP en het kind met unilaterale CP gingen zelfstandig lopen en tijdens de switch van ondersteund naar zelfstandig lopen lieten zij veranderingen zien in looppatronen, spieractivatiepatronen en spiersynergie-structuur. Bij het kind met unilaterale CP waren deze veranderingen minder prominent in de meest aangedane kant. Het kind met bilaterale CP ging niet zelfstandig lopen en liet geen veranderingen zien in de eerdergenoemde parameters over de tijd. Hoewel deze bevindingen verschillen laten zien in de ontwikkeling van bewegingspatronen tussen kinderen met uiteenlopende ontwikkelingstrajecten zijn er grotere steekproefsamples nodig om de huidige resultaten te verifiëren.

Naast de conventionele spiersynergie-analyse om neuromusculaire aansturing te onderzoeken is spiernetwerkanalyse een alternatief. Deze analyse bouwt voort op intermusculaire coherentie, een synchronisatie tussen de activiteit van twee spieren. Spiernetwerkanalyse evalueert de synchronisatie tussen motorische eenheden van een groot aantal spieren. Deze analyse heb ik toegepast in een onderzoek met gezonde volwassenen die liepen op een loopband. Terwijl intermusculaire coherentie bij zeer lage frequenties grotendeels leek op het dynamische patroon van spiersynergieën, kwamen bij hogere frequenties andere coherentiepatronen naar voren,



waarbij er neuromusculaire connectiviteit was over een lange afstand tussen de armen en benen. Deze resultaten suggereren dat synergie- en coherentie-analyse complementair zijn en mogelijk verschillende aspecten van neuromusculaire aansturing weergeven. Spiernetwerkanalyse, specifiek met hogere frequenties, zou in de toekomst dus van toegevoegde waarde kunnen zijn in het onderzoek van neuromusculaire aansturing bij kinderen met CP.

De bevindingen in mijn proefschrift dragen bij aan kennis over de mechanismen die ten grondslag liggen aan de verstoorde loopontwikkeling bij kinderen met, of met een hoog risico op CP. Vroege hersenbeschadiging bij CP uit zich in vroege wijzigingen van neuromusculaire aansturing, specifiek voor de meest aangedane kant bij kinderen met asymmetrische CP. Spiersynergie-analyse is een veelbelovende objectieve methode voor de detectie van verstoorde neuromusculaire aansturing. Het combineren van deze analyse met spiernetwerk-analyse en gelijktijdige metingen van de hersenactiviteit kunnen in de toekomst een belangrijke stap vormen richting het ontwikkelen van vroege

interventies die zich richten op de neurale paden. Ik heb laten zien dat dergelijk onderzoek met zeer jonge kinderen, waarbij een groot aantal spieren gemeten wordt, uitvoerbaar is. Ik ben ervan overtuigd dat dit onderzoekers bemoedigt om onderzoek naar de onderliggende mechanismen van loopontwikkeling, met grotere steekproefsamples, voort te zetten om de huidige bevindingen te verifiëren.

Het klinisch gebruik van EMG en spiersynergieën om verstoorde neuromusculaire aansturing in CP vast te stellen is vooralsnog beperkt. Hoewel de bevindingen in mijn proefschrift niet direct impliceren dat revalidatieartsen vanaf morgen spiersynergie-analyse moeten gebruiken om klinische besluiten te nemen, vormen ze wel de basis voor vervolgonderzoek. Om een brug te slaan tussen onderzoekers en artsen is een constante dialoog en interdisciplinaire samenwerking nodig. Dit zou de invloed van spiersynergie-analyse voor de revalidatie van kinderen met CP kunnen verhogen. Samen met andere onderzoekers in het veld moeten we de krachten bundelen om de loopkwaliteit van kinderen met CP te verbeteren. ←

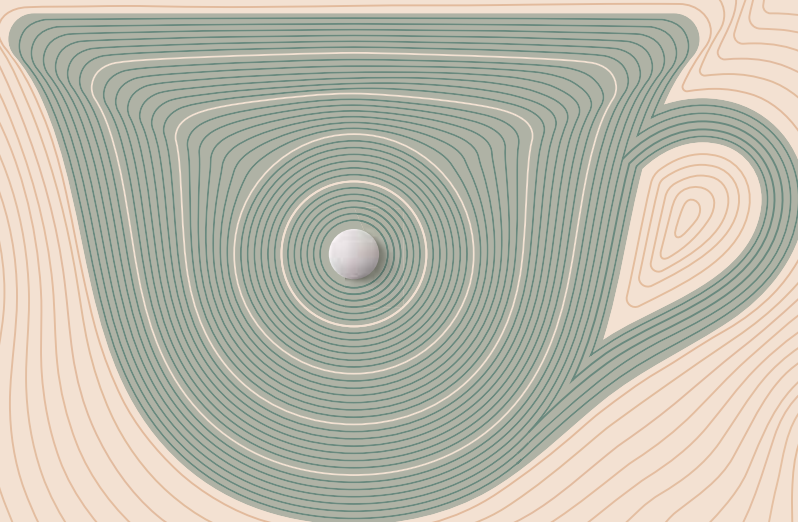
Referenties

1. Dominici N, Ivanenko YP, Cappellini G, d'Avella A, Mondì V, Cicchese M, Fabiano A, Silei T, di Paolo A, Giannini C, Poppele RE, Lacquaniti F. Locomotor primitives in newborn babies and their development. *Science* 2011;334(6058):997-999.
2. Bekius A, Bach MM, van der Krogt MM, de Vries R, Buizer AI, Dominici N. Muscle synergies during walking in children with cerebral palsy: a systematic review. *Frontiers in Physiology* 2020:632.

TOLPERMYO® DE ORALE PRECISIE AANPAK VAN SPASTICITEIT

DOEL:
PATIËNT KAN ZELF
KOFFIE DRINKEN

HENK, 67 jaar
spastische hand na CVA
3x150mg tolperison per dag



AANPAK & WERKING

- lokaal effect door systemische targeted therapie¹⁻⁴
- grijpt selectief aan op overmatige spierspanning¹⁻⁴
- laat gezonde spierspanning ongemoeid¹⁻⁴
- weinig risico op spierzwakte of sedatie^{2,4}

DOSERING

3x50mg tot 3x150mg per dag

WILLPHARMA

Tolpermyo wordt volledig vergoed.

De verkorte bijsluiter en referenties staan verderop in deze uitgave.

INTERVIEW MET PROF. DR. RIENK DEKKER, VOORZITTER PROJECTGROEP KENNISAGENDA

Update van de Kennisagenda Revalidatiegeneeskunde

De Kennisagenda Revalidatiegeneeskunde verscheen in 2017 en is aan een update toe. Dit proces is begin 2022 gestart met de samenstelling van een projectgroep met brede vertegenwoordiging van stakeholders. We stelden Rienk Dekker, voorzitter van de Projectgroep, een aantal vragen.



DR. M. (MEL) MAJOR

Research Coördinator

Het agenderen van onderwerpen op een kennisagenda is de verantwoordelijkheid van een wetenschappelijke vereniging. Een kennisagenda kan bestaan uit zorgevaluatievragen (evaluatie van bestaande zorg) en/of innovatieve vraagstukken. Kennisvragen op de agenda geven richting aan onderzoeksprioriteiten vastgesteld door alle stakeholders: patiënten, artsen en andere zorgverleners, bestuurders en onderzoekers.

WAAROM IS EEN UPDATE VAN DE KENNISAGENDA BELANGRIJK?

'In de geneeskunde en daarmee ook binnen de revalidatiegeneeskunde wordt het steeds belangrijker dat de behandelingen die we toepassen bewezen effectief zijn. Immers, patiënten vragen als partner in de revalidatie van ons dat onze behandelingen effectief zijn en volgens de laatste wetenschappelijke standaarden zijn samengesteld. Daarnaast vragen invloedrijke instanties zoals Zorginstituut Nederland (ZiN) en de zorgverzekeraars dat onze behandelingen evidence-based zijn. Als dat niet het geval is, dan dreigt dat die behandelingen niet meer worden vergoed. Met het opstellen van de nieuwe kennisagenda hebben we de mogelijkheid om constructieve stappen te zetten en onze behandelingen nog beter te onderbouwen. De kern van de kennisagenda is dat een breed gedragen selectie van onderwerpen wordt samengesteld waaraan, voor wat betreft onderbouwing van effectiviteit, de komende jaren gericht gewerkt kan worden.'

WAT MOTIVEERT JOU OM VOORZITTER VAN DE PROJECTGROEP TE WORDEN?

'Ons vak speelt een belangrijke rol in het behandelen en begeleiden van mensen die een letsel hebben doorgemaakt of aan aandoeningen lijden waarvan de gevolgen hen beperken. Om ons werk optimaal te kunnen doen is het belangrijk dat we effectieve,



efficiënte en goed onderbouwde programma's toepassen. Samen met een sterke en gemotiveerde projectgroep en met inbreng van de VRA-leden en relevante betrokken instanties hoop ik hieraan een bijdrage te kunnen leveren. De projectgroep bestaat uit kundige en ervaren leden die als groep de inhoudelijke aandachtsgebieden binnen ons vak goed representeren. Essentieel is de inbreng in de projectgroep van de patiënten. Daarnaast zijn Revalidatie Nederland en ook het hooglerarenconvent van de VRA vertegenwoordigd.'

WAT WIL JE DAT DIT TRAJECT OPLEVERT?

'Aan het eind van het traject is er een nieuwe Kennisagenda Revalidatiegeneeskunde beschikbaar, met daarin opgenomen relevante vraagstukken op het gebied van zorgevaluatie en innovatie die richting geven aan wetenschappelijk onderzoek. Die kennisagenda is op een transparante, democratische en efficiënte manier tot stand gekomen, met inbreng en medewerking van veel VRA-leden, patiënten en andere betrokkenen.

We vroegen Rienk aan wie uit de projectgroep hij het stokje door zou willen geven voor de volgende uitgave van NTR. Dit is Klaartje Spijkers, senior adviseur Patiëntenbelang bij de Patiëntenfederatie. Wat motiveert haar om dit te doen? ←

RehabWeek 2022 in Rotterdam

Graag willen wij namens het International Consortium on Rehabilitation Technology (ICRT) en de lokale organisatoren in Nederland (VRA en ISPO-NL) jullie van harte uitnodigen voor RehabWeek 2022, van 25 tot 29 juli 2022 in de prachtige stad Rotterdam, Nederland.

RehabWeek is inmiddels een gevestigde en zeer gerenommeerde tweejaarlijkse internationale conferentie. In 2019 kwamen zes verenigingen en meer dan 1.400 afgevaardigden van over de hele wereld naar Toronto voor de 4e RehabWeek. In 2022 zullen acht vooraanstaande genootschappen deel uitmaken van RehabWeek:

- International Consortium on Rehabilitation Robotics (ICORR)
- International Functional Electrical Stimulation Society (IFESS)
- International Industry Society in Advanced Rehabilitation Technology (IISART)
- International Society for Virtual Rehabilitation (ISVR)
- Netherlands Society of Rehabilitation Medicine (NSRM/VRA)
- Dutch member society of the International Society for Prosthetics and Orthotics (ISPO-NL)
- Masterclass in Neurotechnology (MiNT)
- American Society of Rehabilitation Medicine (ACRM)

De wereld van de revalidatiegeneeskunde en de revalidatietechnologie veranderen als nooit tevoren. De COVID-19 crisis levert veel revalidatie-aanbieders ongelooflijke uitdagingen om hun patiënten adequate therapie te geven. Maar even verder in de toekomst wachten ons nog meer uitdagingen waarbij goede toegang tot revalidatiezorg essentieel blijft. Revalidatietechnologie neemt hierbij een belangrijke plaats in. Clinici, onderzoekers en fabrikanten werken samen aan het vinden van nieuwe oplossingen en gezondheidsautoriteiten versnellen processen om adequaat te kunnen reageren.

RehabWeek is een evenement dat een week duurt en verschillende conferenties op het gebied van revalidatietechnologie op dezelfde tijd en plaats samenbrengt om interdisciplinaire communicatie te bevorderen. De RehabWeek omvat gemeenschappelijke keynote-lezingen en andere sessies, zoals paneldiscussies en postersessies. Daarnaast organiseert elke vereniging ook haar eigen, conferentie-specifieke sessies. De NSRM (VRA) en ISPO-NL verzorgen gezamenlijk een interessant programma. Bezoekers kunnen vrij kiezen welke conferentie zij op een bepaald moment willen bijwonen. Het interdisciplinaire karakter van het congres is enorm belangrijk om de revalidatietechnologie naar een hoger niveau te tillen. De ontwikkeling van technologie moet niet meer technologie gestuurd zijn maar veel meer vanuit de zorgvraag ontstaan. De RehabWeek is een prachtig platform om deze integratie tot stand te brengen.

We kijken er erg naar uit om u (fysiek) te verwelkomen in Rotterdam van 25 tot 29 juli! We kunnen niet wachten om onze kennis en gedachten over revalidatie en revalidatietechnologie face-to-face uit te wisselen. *Let's make it happen in Rotterdam!*

Hans Rietman, Erik Prinsen, Han Houdijk, Hans Bussmann, Jorit Meesters, Robert Pangalila en Thieu Berkhout (namens VRA en ISPO NL) en Gerard Ribbers en Jaap Harlaar (namens het lokale organisatie committee RehabWeek)

Meer informatie en programma: www.rehabweek.org/



rehabweek

rotterdam '22



REHAB WEEK 2022

25-29 JULY, 2022
ROTTERDAM, THE NETHERLANDS

SAVE THE DATE





Revalidatie jaarprijs voor innovatieve patiëntenzorg € 20.000,-

Voor een projectvoorstel waarvan patiënten direct en meetbaar gaan profiteren in de dagelijkse revalidatiezorg

Meer informatie vindt u op www.revalidatiegeneeskunde.nl



Deze prijs wordt mogelijk gemaakt door:



D15-NL-000658

Verkorte productinformatie van Tolpermyo - zie pag. 40

NAAM VAN HET GENEESMIDDEL Tolpermyo 50 mg filmomhulde tabletten, Tolpermyo 150 mg filmomhulde tabletten. **KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING:** Tolpermyo 50 mg filmomhulde tabletten 50 mg tolperisonhydrochloride per filmomhulde tablet. Tolpermyo 150 mg filmomhulde tabletten 150 mg tolperisonhydrochloride per filmomhulde tablet. Hulpstoffen (met bekend effect: Tolpermyo 50 mg filmomhulde tabletten 1,44 mg lactosemonohydraat per filmomhulde tablet, Tolpermyo 150 mg filmomhulde tabletten 5,4 mg lactosemonohydraat per filmomhulde tablet. Voor de volledige lijst van hulpstoffen, zie rubriek 6.1. **FARMACEUTISCHE VORM:** Filmomhulde tablet. Tolpermyo 50 mg filmomhulde tabletten: witte, ronde filmomhulde tabletten, met aan de ene zijde de aanduiding 50 en aan de andere zijde een speciale code. Het breukoppervlak is wit. Tolpermyo 150 mg filmomhulde tabletten: witte, ronde filmomhulde tabletten, met aan de ene zijde de aanduiding 150 en aan de andere zijde een speciale code. Het breukoppervlak is wit. **KLINISCHE GEGEVENS** **Therapeutische indicaties:** Symptomatische behandeling van spasticiteit na een beroerte bij volwassenen. **Dosering en wijze van toediening:** Dosering **Volwassenen:** De toediening van Tolpermyo filmomhulde tabletten moet volgens de individuele behoefte en tolerantie van de patiënt aangepast worden. De gebruikelijke dagelijkse dosering is 150-450 mg verdeeld over 3 doses oraal in te nemen. **Pediatrie patiënten** De veiligheid en werkzaamheid van tolperison bij kinderen zijn niet vastgesteld. **Patiënten met een nierfunctiestoornis** Ervaring bij patiënten met een nierfunctiestoornis is beperkt en er is een hogere frequentie van bijwerkingen waargenomen in deze patiëntengroep. Daarom wordt individuele titratie met een nauwlettende controle van de conditie en nierfunctie van de patiënt aanbevolen bij patiënten met een matige nierfunctiestoornis. Het gebruik van tolperison wordt afgeraden bij patiënten met een ernstige nierfunctiestoornis. **Patiënten met een leverfunctiestoornis** Ervaring bij patiënten met een leverfunctiestoornis is beperkt en er is een hogere frequentie van bijwerkingen waargenomen in deze patiëntengroep. Daarom wordt individuele titratie met een nauwlettende controle van de conditie en leverfunctie van de patiënt aanbevolen bij patiënten met een matige leverfunctiestoornis. Het gebruik van tolperison wordt afgeraden bij patiënten met een ernstige leverfunctiestoornis. **Wijze van toediening:** Het geneesmiddel dient na de maaltijd te worden ingenomen met een glas water. Onvoldoende voedselopname kan de biologische beschikbaarheid van tolperison verminderen. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor het chemisch vergelijkbare epirison of voor één van de in rubriek 6.1 vermelde hulpstoffen. - Myasthenia gravis. - Borstvoeding. **Interacties met andere geneesmiddelen en andere vormen van interactie:** Farmacokinetische geneesmiddelinteractie-onderzoeken met het CYP2D6-substraat dextromethorfan wijzen erop dat gelijktijdige toediening van tolperison de bloedspiegels kan verhogen van geneesmiddelen die voornamelijk worden gemetaboliseerd door CYP2D6, zoals thioridazine, tolterodine, venlafaxine, atomoxetine, desipramine, dextromethorfan, metoprolol, nebivolol en perfenazine. **In-vitro**-experimenten in humane levermicrosomen en humane hepatocyten wezen niet op significante remming of inductie van andere CYP-iso-enzymen (CYP2B6, CYP2C8, CYP2C9, CYP2C19, CYP1A2, CYP3A4). Verhoging van blootstelling aan tolperison wordt niet verwacht na gelijktijdige toediening van CYP2D6-substraat en/of andere geneesmiddelen als gevolg van de diversiteit van de metabole routes van tolperison. De biologische beschikbaarheid van tolperison wordt verlaagd wanneer het wordt ingenomen zonder voedsel, daarom wordt consistente toediening in relatie tot maaltijden aanbevolen (zie ook rubrieken 4.2 en 5.2). Hoewel tolperison een centraal werkende verbinding is, is het vermogen van tolperison om sedatie te veroorzaken laag. In het geval van gelijktijdige toediening met andere centraal werkende spierrelaxantia dient dosisverlaging van tolperison te worden overwogen. Tolperison versterkt het effect van nifluminezuur. Daarom dient verlaging van de dosis van nifluminezuur of andere NSAIDs te worden overwogen in geval van gelijktijdige toediening. **Vruchtbaarheid, zwangerschap en borstvoeding:** **Zwangerschap:** Bij dierproeven werden geen teratogene effecten van tolperison aangetoond. Omdat er geen resultaten van onderzoek op mensen voorhanden zijn en er slechts een beperkt aantal casusbeschrijvingen in verband met het gebruik van tolperison tijdens de zwangerschap beschikbaar zijn, kan Tolpermyo filmomhulde tabletten tijdens de zwangerschap enkel gebruikt worden (voornamelijk in het eerste trimester van de zwangerschap) indien de verwachte voordelen eenduidig opwegen tegen het eventuele risico voor de foetus. **Borstvoeding:** Wegens het ontbreken van gegevens betreffende de overgang van tolperison in de moedermelk, is het gebruik van tolperison tijdens de borstvoeding gecontra-indiceerd. **Beïnvloeding van de rijvaardigheid en het vermogen om machines te bedienen:** Tolpermyo heeft geen invloed op de rijvaardigheid en op het vermogen om machines te bedienen. Patiënten die duizeligheid, slaperigheid, aandachtsstoornis, epilepsie, wazig zicht of spierzwakte ondervinden terwijl zij tolperison gebruiken, dienen hun arts te raadplegen. **Bijwerkingen:** Het veiligheidsprofiel van tabletten die tolperison bevatten, wordt ondersteund door gegevens over meer dan 12.000 patiënten. Conform deze gegevens zijn de vaakst betrokken systeem/orgaanclassen huid- en onderhuidsaandoeningen, algemene aandoeningen, zenuwstelselaandoeningen en maagdarmsstelselaandoeningen. In postmarketinggegevens vertegenwoordigen overgevoeligheidsreacties in samenhang met toediening van tolperison ongeveer 50-60% van de gerapporteerde gevallen. De meerderheid van de gevallen betreft niet-ernstige en zelfbeperkende aandoeningen. Levensbedreigende overgevoeligheidsreacties worden zeer zelden gerapporteerd. De frequentie van bijwerkingen wordt gerangschikt volgens onderstaande overeenkomst: Soms ($\geq 1/1000$, $< 1/10.000$, $< 1/1000$) Zeer zelden ($< 1/10.000$) niet bekend (kan met de beschikbare gegevens niet worden bepaald). Onderstaand toont de bijwerkingen volgens de MedDRA systeem/orgaanclassen met hun frequenties. **Bloed- en lymfestelselaandoeningen:** zeer zelden Anemie Lymfadenopathie, Immuunsysteem-aandoeningen: zelden Overgevoeligheidsreactie Anafylactische reactie, zeer zelden Anafylactische shock. **Voedings- en stofwisselingsstoornissen:** soms Anorexia, zeer zelden Polydipsie. **Psychische stoornissen:** soms Slapeloosheid Slaapstoornissen, zelden Verminderde Activiteit Depressie, zeer zelden Verwardheid. **Zenuwstelselaandoeningen:** soms Hoofdpijn, duizeligheid, Slaperigheid, zelden Aandachts stoornis, Tremor, Stuipten, Gevoelsuitval, Zintuiglijke, stoornissen, Lethargie. **Oogaandoeningen:** zelden Gezichtsstoornis. **Evenwichtsorgaan- en Ooraandoeningen:** zelden Tinnitus, Vertigo. **Hartaandoeningen:** zelden Angina pectoris, Tachycardia, Palpitatie, Bloeddrukverlaging, zeer zelden Bradycardia. **Bloedvataandoeningen:** soms Hypotonie, zelden Blozen. **Ademhalingsstelsel- borstkas en mediastinum-aandoeningen:** zelden Dyspneu, Neusbloeding, Tachypneu. **Maagdarmsstelselaandoeningen:** soms Buikpijn, Diarree, Droge mond, Dyspepsie, Misselijkheid, zelden Epigastrische pijn, Obstipatie, Opgeblazenheid, Overgeven. **Lever- en galaandoeningen:** zelden Lichte leverbeschadiging. **Huid- en onderhuidsaandoeningen:** zelden Allergische, dermatitis, Overvoedige, transpiratie, Jeuk, Netelroos, Huiduitslag. **Nier- en urinewegaandoeningen:** zelden Enuresis, Proteinurie. **Skeletspierstelsel- en bindweefsel-aandoeningen:** soms Spierzwakte, Myalgie, Pijn in armen en benen. **Algemene aandoeningen en toedieningsplaatsstoornissen:** zelden Last van armen en benen, zeer zelden Osteopenie. **Algemene aandoeningen en toedieningsplaatsstoornissen:** soms Asthenie (zwakte), Malaise, Vermoeidheid, zelden Gevoel van dronkenschap, Gevoel van warmte, Irritabiliteit, Gevoel van dorst, zeer zelden Pijn op de borst. **Onderzoek:** zelden: Stijging bilirubine, Afwijkingen, leverenzymen, Afname aantal trombocyten. **Toename aantal witte bloedlichaampjes, zeer zelden Verhoogde creatinine. 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: www.lareb.nl. **Aard en inhoud van de verpakking:** Tolpermyo 50 mg filmomhulde tabletten 20, 30, 50 en 100 filmomhulde tabletten in PVC/aluminium blisterverpakking en doosje. Tolpermyo 150 mg filmomhulde tabletten 20, 30, 50 en 100 filmomhulde tabletten in PVC/aluminium blisterverpakking en doosje. **HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN:** Will-Pharma B.V., Wilgenlaan 5, 1161 JK Zwanenburg, Nederland. **NUMMERS VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN** Tolpermyo 50 mg filmomhulde tabletten RVG 115493. Tolpermyo 150 mg filmomhulde tabletten RVG 115494. **DATUM EERSTE VERLENING VAN DE VERGUNNING// HERNIEUWING VAN DE VERGUNNING:** Datum van eerste verlening van de vergunning: 15 september 2015. Afleveringswijze: UR.

1. Kocsis P, Farkas S, Fodor L, et al. Tolperison-Type Drugs Inhibit Spinal Reflexes via Blockade of Voltage-Gated Sodium and Calcium Channels. JPET. 2005;315:1237-1246; 2. Stamenovaa P, Koytchev R, Kuhnc K, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of the efficacy and safety of tolperison in spasticity following cerebral stroke. European Journal of Neurology. 2005;12: 453-461; 3. Quasthoff S, Claudia Mockel C, Zieglgansberger W, et al. Tolperison: A Typical Representative of a Class of Centrally Acting Muscle Relaxants with Less Sedative Side Effects. CNS Neuroscience & Therapeutics. 2008; 107-119; 4. Tolperison. Samenvatting productkenmerken, geraadpleegd feb 2022, beschikbaar via https://www.geneesmiddeleninformatiebank.nl/smpc/h115494_smpc.pdf

WILLPHARMA

Minister Els Borst en haar betekenis voor de revalidatiegeneeskunde

Sinds kort is een arts minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Ernst Kuipers). Echter, een arts op die post is eerder uitzondering dan regel. De vorige vakminister van VWS (1994-2002) was mw. dr. Els Borst-Eilers. Zij is van grote betekenis geweest voor de ontwikkeling van wetenschappelijk onderzoek in de revalidatiegeneeskunde.

KORTE BIOGRAFIE VAN ELS BORST-EILERS

Else Eilers werd in Amsterdam geboren. In die stad studeerde ze geneeskunde en promoveerde ze. Later was ze bijna 10 jaar medisch directeur van het Academisch Ziekenhuis Utrecht. Vanaf 1992 was ze hoogleraar 'Evaluatie-onderzoek van het klinisch handelen'. Vanwege haar belangstelling voor dat onderwerp had ze al eerder een werkbezoek gebracht aan het Jan van Breemen instituut in Amsterdam waar ik patiëntgebonden onderzoek verrichtte dat leidde tot mijn proefschrift *Assessment of Functional Abilities*. Bij die gelegenheid bleek haar grote belangstelling voor revalidatiegeneeskunde.

Els Borst is vooral bekend geworden en gebleven door de wetgeving over euthanasie. Deze was ook de aanleiding tot haar gewelddadige dood. Maar Els Borst is ook van grote betekenis geweest voor ons vak.



Foto: Bart Versteeg

WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK IN DE REVALIDATIEGENEESKUNDE

In 1994 verscheen een overzichtsstudie naar revalidatiegeneeskundig onderzoek in Nederland van de hand van Heleen Beckerman cs van mijn afdeling. Uitkomst: een qua omvang zeer kleine onderzoeksinspanning en een zeer sterke verbrokkeling van onderzoeksactiviteiten.

Deze studie leidde er toe dat onderzoekers, die lid waren van de NWO-werkgemeenschap revalidatie, hun krachten bundelden en vijf multidisciplinaire onderzoeksprogramma's ontwierpen. Revalidatie Nederland begon zich ook sterk te maken voor onderzoek en besloot een deel van het budget voor onderzoek te reserveren.

ELS BORST NAM DEZE CONVERGERENDE ONTWIKKELINGEN MET GENOEGEN WAAR

Ze zette in 1995 de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) aan het werk. De RGO adviseerde vooral voort te borduren op de al in gang zijnde ontwikkelingen in het veld. Dit leidde tot het ZonMw onderzoeksprogramma Revalidatieonderzoek 'Stimulering en verankering' dat tussen 1998 en 2005 uitgevoerd werd en waaraan het Ministerie van VWS een forse financiële bijdrage gaf.

Dit programma is zeer succesvol verlopen. In 1998 waren er in Nederland slechts drie hoogleraren revalidatiegeneeskunde. Toen ik met pensioen ging in 2010 waren er aan alle acht medische faculteiten één of meerdere hoogleraren revalidatiegeneeskunde verbonden. Het aantal onderzoekers met een vaste aanstelling was gestegen van 5 naar 25. Dankzij dit programma is de infrastructuur voor revalidatieonderzoek onherkenbaar ten goede veranderd. Nadien volgden nog enkele onderzoeks- en innovatieprogramma's met als gevolg een verdere versterking van de infrastructuur. Met als enige valse noot dat prof. Hans Arendzen in Leiden geen opvolger kreeg. Anno 2022 kan het revalidatieonderzoek op eigen benen staan.

Emeritus prof. dr. G.J. (Guus) Lankhorst

Referenties

Beyens N. *Els Borst: medicus in de politiek*. Wereldbibliotheek Amsterdam, 2021. ISBN 978 90 284 5148 3.

Lankhorst GJ. *Revalidatiegeneeskunde in de schijnwerpers*. Afscheidsrede VU, 14 januari 2010.

Cor Muskee

1945-2022

Ons bereikte het trieste bericht dat op 17 februari jongstleden onze oud-collega Cor Muskee, revalidatiearts van de afdeling Revalidatiegeneeskunde, Centrum voor Revalidatie, UMCG, is overleden. Cor heeft onder andere ruim 25 jaar in de pijnrevalidatie gewerkt. Daarbij heeft hij een belangrijke rol gespeeld bij het leggen van de fundamenten voor de huidige pijnrevalidatie. In 2010 ging Cor met pensioen.

De impact van Cor Muskee op de pijnrevalidatiegeneeskunde is groot. Samen met wijlen prof. dr. Ludwig Göeken is hij 35 jaar geleden gestart om meer inzicht te krijgen in het geheim van de specifieke chronische lage rugklachten.

De klinische kennis van Cor was daarbij van grote waarde. Cor zelf heeft niet zo veel meegewerkt aan wetenschappelijke publicaties, maar stond met een goede geregelde patiëntenzorg borg voor belangrijke inbreng.

In 1999 startte het landelijke Lobadis programma met als Gronings thema: Assessment of work related disability. Mede op basis van de klinische input van Cor heeft het speerpunt nationale en internationale erkenning gekregen, met name op het gebied van de functional capacity evaluation (FCE). Cor vervlocht zijn klinische kennis ook met het onderwijs. Niet alleen onderwijs aan medisch studenten, maar met name op het gebied van de manuele geneeskunde. Vele revalidatieartsen hebben de cursus Manuele Geneeskunde in Eindhoven gevolgd en hebben Cor daar als een zeer enthousiast en gedreven docent leren kennen. Daarnaast hebben alle revalidatieartsen die van 1990 tot 2010 zijn opgeleid in Nederland, Cor Muskee goed leren kennen tijdens de basis cursus Houding en Beweging in Groningen. Cor was ook altijd aanwezig bij de aan de basis cursus gekoppelde borrel en de bekende barbecue en boottocht op het Paterswoldsemeer (het Nova Zembla effect). Regionaal was Cor met name bekend door zijn prachtige, goed gewaarde presentaties bij de zogenaamde RORR avonden (Revalidatie, Orthopedie, Radiologie en Reumatologie) in het UMCG.

Cor is na zijn studie Geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Groningen, huisarts geworden in Winschoten. Omdat hij toch meer oplossingen zocht voor zijn patiënten met chronische lage rugklachten, die hij veelvuldig zag in Winschoten ten gevolge werken in de strokartonindustrie, ging hij de opleiding tot revalidatiearts volgen bij prof. Willem Eisma van 1979 tot 1983. Na zijn opleiding tot revalidatiearts werkte hij twee jaar bij de Stichting Manuele Geneeskunde te Eindhoven. Daarna werd hij de eerste revalidatiearts in het Scheperziekenhuis te Emmen. Hij heeft daar de afdeling volledig vanaf nul opgebouwd. Nadien is hij ook gaan



werken in Beatrixoord te Haren en in het Academisch Ziekenhuis Groningen (AZG), nu het UMCG geheten. In Beatrixoord en op de polikliniek Revalidatiegeneeskunde AZG is hij begonnen met het opzetten van de pijnpoli en de pijnprogramma's: 'Rugschool op maat' en 'Verder met pijn'. Cor was een echte trendsetter in Nederland ten aanzien van de zogenaamde behandel- en diagnostiekstraat. Als voorloper van hedendaagse mammapoliklinieken en heupstraten, had Cor toen al een chronisch pijnstraat, genaamd het Poliklinisch Diagnostisch en Behandel Centrum. Patiënten werden verwezen door huisartsen en werden primair door hem gezien en bij mogelijk specifieke klachten binnen dezelfde week door een reumatoloog, orthopeed of neuroloog. De patiënt kreeg dan binnen een week een volledige diagnose en een behandelplan. Met name de gedrevenheid van Cor zorgde ervoor dat deze ontwikkeling van de grond kwam.

Al met al verliest de afdeling Revalidatiegeneeskunde Groningen met het overlijden van Cor een zeer gedreven maar bovenal ook een fijne patiëntendokter.

Namens de medische staf van de afdeling Revalidatiegeneeskunde, Centrum voor Revalidatie UMCG, dr. Rita Schiphorst Preuper, prof. dr. Rienk Dekker en prof. dr. Jan Geertzen ←

Verkorte productinformatie BOTOX, 100 Allergeneenheden, poeder voor oplossing voor injectie - zie achterpagina

Samenstelling Botulinumtoxine (van *Clostridium botulinum*) type A, 100 Allergeneenheden per injectieflacon. Botulinumtoxine-eenheden **van verschillende producten zijn niet onderling uitwisselbaar**. **Therapeutische indicaties** BOTOX is o.a. geïndiceerd voor de (symptomatische) behandeling van: *Focale spasticiteit van de enkel en voet bij ambulante pediatrie patiënten met hersenverlamming, van twee jaar of ouder als aanvulling op revalidatietherapie.* 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 Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik]. *Blefarospasme, hemifaciale spasme en geassocieerde focale dystonieën.*Cervicale dystonie (torticollis spastica). **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. Dit geneesmiddel bevat minder dan 1 mmol natrium (23 mg) per flacon, dat wil zeggen dat het in wezen 'natriumvrij' is. 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 halsspijeren [zie onder "Cervicale dystonie"]. 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 orolinguaal-faryngeaal gebied, de slokdarm en de maag kregen toegediend. Sommige patiënten hadden reeds bestaande dysfagie of significante zwakte. Ernstige en/of onmiddellijke overgevoelighedsreacties, 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. Een 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% lidocaine. Zoals bij elke injectie kan de injectie letsel veroorzaken. Een injectie kan leiden tot plaatselijke infectie, pijn, ontsteking, paresthesie, hypesthesie, gevoeligheid, zwelling, erytheem 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 voorgenoemde 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. Terugvinden herkomst Om het terugvinden van de herkomst van biologicals te verbeteren moeten de naam en het batchnummer van het toegediende product goed geregistreerd worden. **Pediatrie patiënten** De veiligheid en werkzaamheid van BOTOX voor andere indicaties dan deze beschreven voor de pediatrie patiënten in de rubriek 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 van de enkel en voet als gevolg van hersenverlamming bij kinderen en focale spasticiteit van de enkel en voet, hand 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 gewricht 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 spiertoets 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 onder "Pediatrie patiënten". **Blefarospasme** Minder knippen met de ogen na de injectie van botulinumtoxine in de m. orbicularis kan leiden tot blootstelling van het hoornvlies, aanhoudend epitheldefect en verzuring van het hoornvlies, vooral bij patiënten met aandoeningen van de Vlle zenuw. Als de ogen eerder zijn geopereerd, moet de gevoeligheid van het hoornvlies zorgvuldig worden getest. Het onderste ooglid wordt best niet geïnjecteerd om een ectropion te voorkomen en een eventueel epitheldefect moet grondig worden behandeld. Hiervoor kunnen beschermende druppels, zalf, therapeutische zachte contactlenzen of sluiting van het oog met een pleister of andere middelen worden gebruikt. Echymose treedt gemakkelijk op in de weke delen van het ooglid. U kunt dit voorkomen door onmiddellijk na de injectie voorzichtig op de injectieplaats te drukken. Gezien de anticholinergische werking van botulinumtoxine moet u voorzichtig zijn bij de behandeling van patiënten met een risico op een geslotenkamerhoekglaucoom, waaronder patiënten met anatomisch nauwe hoeken. **Cervicale dystonie** Patiënten met cervicale dystonie moeten worden ingelicht over de mogelijkheid van dysfagie. Die kan zeer licht, maar kan ook ernstig zijn. Dysfagie kan twee tot drie weken na de injectie aanhouden, maar er zijn ook gevallen gemeld waarbij de dysfagie tot vijf maanden na de injectie heeft geduurd. Mogelijke gevolgen van dysfagie zijn aspiratie, dyspneu en soms de noodzaak tot sondevoeding. In zeldzame gevallen is dysfagie gevolgd door verslikingspneumonie en overlijden gemeld. Het ontstaan van dysfagie kan worden tegengegaan door niet meer dan 100 eenheden te injecteren in de m. sternocleidomastoïdeus. Patiënten met een kleinere nekspiermassa of patiënten die bilaterale injecties in de m. sternocleidomastoïdeus krijgen, lopen een hoger risico op dysfagie. Dysfagie wordt veroorzaakt door de verspreiding van het toxine naar de slokdarmspijeren. Injecties in de m. levator scapulae kunnen het risico op een infectie van de bovenste luchtwegen en dysfagie verhogen. Dysfagie kan leiden tot een verminderde voedsel- en vochtinname met gewichtsverlies en uitdroging als gevolg. Patiënten met subklinische dysfagie lopen meer kans op ernstigere dysfagie na injectie van BOTOX. **Bijwerkingen Algemeen** In gecontroleerde klinische onderzoeken werden bijwerkingen gemeld die door de onderzoekers in verband werden gebracht met BOTOX, bij 35% van de patiënten met blefarospasme, bij 28% met cervicale dystonie, bij 8% met pediatrie spasticiteit bij 11% met primaire hyperhydrose van de oksels en 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, erytheem, 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 van het onderste lidmaat bij pediatrie patiënten Huid- en onderhuidaandoeningen.** Vaak: uitslag, *Letzel, vergiftiging en complicaties van de ingreep*. Vaak: ligamentverstuiking, huidschafwond. **Algemene aandoeningen en aandoeningen van de toedieningsplek.** Vaak: looppasverstoring, pijn op de injectieplaats. **Focale spasticiteit van de bovenste ledematen als gevolg van een beroerte Aandoeningen van het zenuwstelsel.** Vaak: hypertonie. **Huid- en onderhuidaandoeningen.** Vaak: echymose, 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: perifer oedeem. **Letfels, intoxicaties en verrichtingscomplicaties.** Vaak: vallen. Er werd bij herhaaldosering geen wijziging in het algemene veiligheidsprofiel waargenomen. **Blefarospasme, hemifaciaal spasme en geassocieerde dystonieën Oogaandoeningen.** Zeer vaak: ptosis. Vaak: puntvormige hoornvliesontsteking [keratitis], lagofthalmos, droog oog, fotofobie, oogirritatie, meer traansecretie. **Huid- en onderhuidaandoeningen.** Vaak: echymose. **Algemene aandoeningen en aandoeningen van de toedieningsplek.** Vaak: irritatie, oedeem in het gezicht. **Cervicale dystonie Infecties en parasitaire aandoeningen.** Vaak: irritatie in de neus [rhinitis], infectie van de bovenste luchtwegen. **Aandoeningen van het zenuwstelsel.** Vaak: duizeligheid, hypertonie, hypo-esthesie, slaperigheid, hoofdpijn. **Maagdarmselselaandoeningen.** Zeer vaak: slikstoornis [dysfagie]. Vaak: droge mond, misselijkheid. **Skeletspierstelsel- en bindweefsel-aandoeningen.** Zeer vaak: spierzwakte. Vaak: stijfheid en pijn in de skeletspieren. **Algemene aandoeningen en aandoeningen van de toedieningsplek.** Zeer vaak: pijn. Vaak: asthenie, griepachtige ziekte, malaise. **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 vermeedelijke 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 opslaan en afgeven van acetylcholine uit blaasjes in de zenuwuiteinden. **Vergunninghouder** Allergan Pharmaceuticals Ireland, Castlebar Road, Westport, County Mayo, Ierland. **Registratienummer** RVG 117146. **Vergoedingstatus** Volledig vergoed. **Afleverwijze** U.R. **Datum van herziening van de tekst** 08/2021.

Bijwerkingen dienen te worden gemeld bij uw lokale autoriteiten en Allergan kantoor via pv.ho.nl@abbvie.com of +31 [0]88 322 28 43.

abbvie

TRUST BOTOX[®]

TRIED AND TESTED TREATMENT FOR
YOUR POST-STROKE SPASTICITY PATIENTS¹⁻⁴



Proven efficacy¹⁻⁴

BOTOX[®] showed in both the upper & lower limb:¹⁻³ reduced muscle tone, reduced pain and greater functional goal achievement²⁻⁴

1993 Blepharospasm	1993 Hemifacial spasm	1997 Cervical dystonia	1997 Juvenile Cerebral Palsy	2002 Primary hyperhidrosis of the axillae	2003 Post-stroke wrist and hand spasticity (PSS)	2012 Neurogenic Detrusor Overactivity (NDO)	2013 Idiopathic Overactive Bladder (OAB)	2015 Post-stroke ankle spasticity (PSS)	2015 Chronic migraine
-----------------------	--------------------------	---------------------------	---------------------------------	--	---	--	---	--	--------------------------

**Together we
make a difference**

References:

1. BOTOX[®] Summary of Product Characteristics. Latest version.
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.