

NEDERLANDS TIJDSCHRIFT VOOR

REVALIDATIE GENEESKUNDE



JAARGANG 44 | NUMMER 3 | JUNI 2022

UITGAVE VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING VAN REVALIDATIEARTSEN

FOCUS OP

REVALIDATIEGENEESKUNDE OVER DE GRENS

IN DIT NUMMER ONDER ANDERE

Pagina 10

**Gesprek met
Annieke Priesterbach
en Jaap van Lotringen**

Pagina 17

**Scholing in de kinder-
revalidatiegeneeskunde
in het buitenland**

Pagina 20

**Prikbord met
buitenlandervaringen**

Pagina 36

**Measurement
Feedback System**

“ Ik heb een arm gekregen waar ik trots op kan zijn. Ik voel me weer compleet!



Wij brengen je in beweging!

Pinar is geboren met een korte arm, die ze tot haar 30e verborg. In 2020 besloot ze een speciale prothese aan te vragen en haar arm weer te laten zien. Deze prothese geeft haar haar zelfvertrouwen terug. Ze voelt zich weer trots en compleet en kan weer dingen met twee handen doen.

In dit nummer

FOCUS OP REVALIDATIEGENEESKUNDE BUITEN DE GRENS

5

EDITORIAL

Het gras bij de buren
is altijd groener

6 

KORTOM

Geneesplezier
Nieuwe revalidatieartsen
Toetsvragen

10 

INTERVIEW

Jonge klaren met ervaring
in het buitenland in gesprek,
Annick Priesterbach en
Jaap van Lotringen
Mind your step!

14 

JUNIOR VRA/OPINIE

'Global' revalidatiearts
in opleiding



17

UIT DE PRAKTIJK

Scholing in de kinderrevalidatie-
geneeskunde in het buitenland

20

PRIKBORD

Inzendingen met
buitenlandervaringen

22 

RAAKVLAK

Liliane Fonds: op weg naar betere
revalidatiezorg voor Kameroen

26 

UIT DE PRAKTIJK

Werkweek van de revalidatiearts
in Suriname

28 

UIT DE PRAKTIJK

Amputatie en prothesiologie
op Curaçao

32 

UIT DE PRAKTIJK

Silver linings van een pandemie -
een Australische ervaring

35 

SPOTLIGHT

Revalidatie kan wereldwijd
2,5 miljard mensen baten

36

INNOVATIE

Measurement Feedback System

40

UIT DE PRAKTIJK

Ervaringen met de
PROMIS-10 na CVA

43

INTERVIEW

Gesprek met Klaartje Spijkers,
senior adviseur patiëntbelang bij
Patiëntenfederatie Nederland
*Aandacht voor vraagstukken
vanuit patiëntenperspectief
in kennisagenda*

44

UIT DE PRAKTIJK

Mind Full of Mindful?

47

OPINIE

De 'waardebepaling' van
revalidatiegeneeskunde

50

JUNIOR VRA

Leiderschap in verdieping

52

IN MEMORIAM

Prof. dr. Gerrit Zilvold

54

IN PERSPECTIEF

Revalidatiegeneeskunde:
van Tweede Wereldoorlog tot
de oorlog in Oekraïne

Zeus is niet alleen een kunstmatig deel van het lichaam dat verder gaat dan de biologische mogelijkheden, het is ook een brug tussen menselijke beperkingen en menselijk potentieel.

Zeus

De Bionische Hand

Beweegbare Duim

12 selecteerbare
grippatronen

Sluitsnelheid 1.2 seconden

Modulair Ontwerp
reparaties kunnen worden uitgevoerd in minder dan 60 minuten

Soepele vingers om afbreken van vingerunits te voorkomen

Closed Loop Motor Controle

Beweegelijk door **5 individueel gemotoriseerde vingers**

De sterkste bionische hand 152N gripkracht

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

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.

44^e jaargang, nummer 3

ISSN 2211-3665

VAN DE HOOFDREDACTEUR

Het gras bij de burens is altijd groener



Wij Nederlanders hebben er een handje van om te klagen over hoe het hier gaat. Het gezondheidssysteem is te duur, te complex, te veel paarse krokodillen, en ook patiënten hebben soms het idee dat ze in een buitenlands ziekenhuis beter af zijn dan hier. Wat zouden we ervoor over hebben om in het buitenland te werken!

Op dit moment van schrijven ben ik na lange tijd van digitaal socialiseren weer voor een fysiek internationaal congres op

pad om te leren van alle Europese collegae. Ditmaal in Barcelona. Fantastisch om samen met internationale collegae van gedachten te wisselen over de beste zorg voor kinderen met beperkingen. Naast de waardevolle ontmoetingen met alle collegae die we tot nu toe alleen via Zoom ontmoetten, is er ook veel inhoudelijke stand-van-zaken uitgewisseld. Een van de belangrijke discussies ging over het stellen van behandeldoelen en interventies. Een aantal jaar geleden schreef collega Gorter het artikel over de *F-words*.¹ De *F-words* zijn in het Engels de belangrijke domeinen voor het kind-in-ontwikkeling, en zouden leidend moeten zijn in de zorg voor kinderen met beperkingen: *Family, Functioning, Friends, Fitness, Fun en Future*. Interessant om te horen hoe zelfs de traditioneel op het ICF-domein van functies gerichte interventies steeds meer geëvalueerd worden op de domeinen van de *F-words*. Zo wordt bij het inzetten van statafels, initieel vooral gericht op het behoud van mobiliteit van gewrichten, ook steeds meer gekeken naar het welzijn en het meedoen van kinderen. Dit aspect speelt een rol in hoe wij als revalidatie-artsen naar functioneren kijken: moeten we bijvoorbeeld in de (vroeg) ontwikkeling van kinderen altijd inzetten in zo lang mogelijk zelfstandig lopen, of is een tweesporenbeleid dat naast 'lopen' ook gericht is op 'meekomen' op de lange termijn veel vruchtbaarder? Mooie ontwikkelingen uit andere landen die het waard zijn om te vertalen naar de Nederlandse situatie!

Gelukkig zijn er ook discussies die bij 'ons' in Nederland vaak al een gepasseerd station zijn. Dat het bij kinderen vooral (alleen) zinvol is om functioneel te oefenen, en dat ouders hierbij ongelooflijk belangrijk zijn is, in tegenstelling tot sommige andere landen, bij ons breed geaccepteerd en ook grotendeels geïmplementeerd. Uiteraard betekent dat niet dat er niets te verbeteren valt, maar leert het ons wel dat het gras bij de burens wellicht groener is, maar dat er bij ons mooie gekleurde bloemen tussen staan.

In dit nummer van NTR aandacht voor het gras van de burens. Mooie verhalen en voorbeelden van revalidatiegeneeskunde over de grens. Toch blijkt vaak: hoewel we als Nederlanders veel klagen over ons (gezondheids)stelsel, hebben we het over het algemeen best prima voor elkaar.

Mattijs Alsem, hoofdredacteur

1. Rosenbaum P, Gorter JW. The 'F-words' in childhood disability: I swear this is how we should think! *Child Care Health Dev.* 2012;38(4):457-63. doi: 10.1111/j.1365-2214.2011.01338.x. Epub 2011 Nov 1. PMID: 22040377.

Kortom

NIEUW: BROCHURE HERSENLETSEL EN RE-INTEGRATIE NAAR WERK

De nieuwe brochure 'Hersenletsel en re-integratie naar werk' geeft mensen met hersenletsel en naasten belangrijke tips en informatie. De brochure is opgesteld met experts uit het werkveld en sluit aan bij de vernieuwde Richtlijn NAH en Arbeidsparticipatie.

Hersenletsel en re-integreren naar werk kan een behoorlijke uitdaging zijn die goede begeleiding vraagt. Vroegtijdige informatievoorziening aan mensen met hersenletsel kan helpen. Er is veel informatie over hersenletsel en ook over re-integratie (o.a. Wet verbetering poortwachter), maar weinig over de combinatie daarvan. De brochure *Hersenletsel en re-integratie naar werk* is zeer waardevol voor mensen met hersenletsel en naasten.

De brochure is als pdf gratis beschikbaar op www.werkenmethersenletsel.nl en te bestellen in de webshop van *Patiëntenvereniging hersenletsel.nl*.

De brochure is met ondersteuning van het Ministerie van VWS ontwikkeld door de Hersenstichting, Patiëntenvereniging hersenletsel.nl, de Breinlijn, wegwijzer-hersenletsel.nl, Casemanagement Hersenletsel en de Hersenletsel Alliantie. - HW



GENEESPLEZIER

Wann wird's mal wieder richtig Sommer?

Ruim 15 jaar werk ik als arts in het Zwitserse dwarslaesiecentrum in Nottwil. Ik spreek en versta goed Zwitserduits, maar mijn accent kan ik na al die jaren nog steeds niet verbloemen. In mijn weekenddienst zit ik de cursus communicatie met patiënten voor te bereiden. Lastig vind ik dat. De Zwitserse manier van communiceren is aan heel wat meer hoffelijkheidsregels gebonden dan de Nederlandse. Dan gaat mijn telefoon. De assistent belt: een patiënte op de afdeling met een hoge dwarslaesie is toenemend benauwd. Op de afdeling tref ik een flink benauwde patiënte aan. Vierenzeventig is ze, en al ruim 35 jaar in de rolstoel. Met een schuin oog kijk ik op de monitor, saturatie 76% met inmiddels 10 liter zuurstof. 'Niet goed hè, Frau Dokter?' zegt ze en ik knik van nee. We besluiten tot overplaatsing naar de intensive care en intubatie. Ik infomeer de patiënte over de komende procedure. Als ik vraag of ze nog iets zeggen wil zegt ze 'uw Nederlandse accent is zo sympathiek, u doet me aan Rudi Carrell denken'. Ik lach (een beetje als een boer met kiespijn) en zeg dat ik Rudi Carrell wel ken, maar dat hij toch vooral in Duitsland populair was. 'Ach Dokter, dan heeft u iets gemist. Zijn liedjes daar word je zo blij van', antwoordt ze. Tijdens de sedatie zet de verpleegkundige opeens de muziek aan en klinkt 'Wann wird's mal wieder richtig Sommer?' door de ruimte en de patiënte zingt zachtjes mee. De assistent staat met vragende ogen naast me, geen idee wie Rudi Carell is. 'Wat een gekke scene dit', denk ik, en vraag me af hoe ik dit in mijn communicatiecursus voor Zwitserse assistenten in ga bouwen.

Inge Eriks-Hoogland

Revalidatiearts en opleider in het dwarslaesiecentrum Nottwil, Zwitserland

BIOFOLIE

Wellicht is u al opgevallen dat het NTR sinds een aantal nummers niet meer wordt verstuurd in recyclebaar en composteerbaar folie. Dit heeft te maken met leveringsproblemen van dit materiaal bij onze verzender. Zodra het mogelijk is zullen we weer teruggaan naar het verpakken in biofolie. Wilt u intussen de verpakking bij het plasticafval weggooien? - HW



Foto: Ise van Nes

JORIK NONNEKES DOCENT VAN HET JAAR

Dr. Jorik Nonnekes (Sint Maartenskliniek) is uitgeroepen tot docent van het jaar, tijdens het voorjaarscongres van de VRA op vrijdag 8 april. Alle aiossen die zijn aangesloten bij de VRA hebben kunnen stemmen op hun favoriete docent. Naast Jorik waren ook genomineerd: prof. dr. Annemieke Buizer, drs. Bertjo Renzenbrink en prof. dr. Corry van der Sluis.

Jorik Nonnekes was genomineerd voor zijn bijdrage in de 'Basiscursus NAH, jan. 2021' en de 'Basiscursus Neurodegeneratieve aandoeningen, sept 2021'. Nonnekes werd onder andere gewaardeerd voor zijn enthousiasme, mooie presentaties en zijn rustige en duidelijke manier van presenteren. Verder weet hij ingewikkelde stof op een begrijpelijke manier uit te leggen. Hij kan goed inschatten welke informatie aiossen graag willen weten, wat hun voorkennis is en maakt hij goed de brug naar de praktijk. Bovendien laat hij veel ruimte voor discussie, aldus de aiossen die op Jorik Nonnekes hebben gestemd.

Sinds 2015 wordt jaarlijks de verkiezing 'Docent van het Jaar' gehouden. Deze prijs wordt elk jaar tijdens het voorjaarscongres van de VRA uitgereikt aan de winnaar van een digitale verkiezing, die in het voorjaar wordt gehouden onder aiossen revalidatiegeneeskunde. Degene die de titel 'Docent van het Jaar' krijgt is een revalidatiearts die tijdens cursussen en/of congressen kennis over de revalidatiegeneeskunde op een boeiende, enthousiaste en leerzame manier overbrengt op aiossen revalidatiegeneeskunde. De winnaar is hiermee een voorbeeld voor andere revalidatieartsen en aiossen revalidatiegeneeskunde. De prijs bestaat uit een eervolle vermelding 'Docent revalidatiegeneeskunde van het jaar' van het betreffende jaar. Hiervoor worden een oorkonde en een trofee uitgereikt. - *MdW*

ANNA ZIELMAN-BLOKHUIS WINT LIVIT TROFEE 2022

Tijdens het voorjaarscongres van de VRA is op vrijdag 8 april de jaarlijkse Livit Trofee uitgereikt aan Anna Zielman-Blokhuis van de Sint Maartenskliniek.

Naast Anna, waren nog twee andere kandidaten genomineerd: Jorrit de Kieviet (Sparne Gasthuis) en Sietke Postema (UMCG) Gezien de hoge kwaliteit van alle genomineerden, was het een moeilijke afweging voor de jury. Vanwege haar brede onderzoekservaring en hoe zij heeft ingespeeld op recente ontwikkelingen (zoals COVID-19), is Anne Zielman-Blokhuis uiteindelijk gekozen tot de winnaar van de Livit Trofee 2022.

De jury bestond uit: Vincent de Groot (voorzitter Concilium) prof. dr. Rienk Dekker (voorzitter Commissie Wetenschap en Innovatie) en de winnaar van de Livit Trofee 2021: Joris de Graaf.

De Livit Trofee wordt elk jaar door de VRA uitgereikt aan een aios revalidatiegeneeskunde of pas klare revalidatiearts die zich bijzonder verdienstelijk heeft gemaakt op wetenschappelijk terrein met betrekking tot de revalidatiegeneeskunde. Het doel van deze prijs is het stimuleren van de wetenschappelijke carrière van de prijswinnaar door erkenning van de onderscheidende kwaliteit van het verrichte onderzoek. De prijs wil daarnaast het wetenschappelijk onderbouwd werken onder aios en revalidatieartsen verder bevorderen. De Livit Trofee en een bedrag van 500 euro worden jaarlijks beschikbaar gesteld door de firma Livit Orthopedie. - *MdW*



Foto: Ise van Nes

NIEUWE HANDREIKING SPORTHULPMIDDELEN 2.0



De nieuwe Handreiking Sport-hulpmiddelen geeft inzicht in de problematiek rondom de verkrijgbaarheid en beschikbaarheid van sporthulpmiddelen. Ook worden er voor alle partijen in de keten concrete handvatten beschreven om de beschikbaarheid en bereikbaarheid van sporthulpmiddelen te verbeteren.

INZAMELING REVALIDATIEMATERIAAL OEKRAÏNE

De situatie in Oekraïne is ongekend slecht. In de afgelopen weken is er vanuit Dwarslaesie Organisatie Nederland (DON) en De Hoogstraat Revalidatie contact geweest met *Agape Rehabilitation Center* in Lutsj. Men verwacht dat na deze crisis een grote stroom oorlogsgewonden naar Agape op gang zal komen. Er zal dan behoefte zijn aan rolstoelen, rolstoelkussens en ander revalidatiemateriaal. Gelukkig hebben Anja de Haan en Evelien Schipperen (De Hoogstraat Revalidatie) samen met Alle Wielenga (ervaringsdeskundige dwarslaesie) al in de afgelopen jaren ervaring opgedaan in het betrouwbaar transporteren van spullen naar Agape. De geleverde spullen zijn steeds goed aangekomen en dankbaar in gebruik genomen.

DON heeft een lijst gekregen met spullen die ze daar nodig hebben en die hier gekocht moeten worden. Daarvoor is geld nodig en uw bijdrage op rekeningnummer NL90INGB0009473942 ten name van Dwarslaesie Organisatie onder vermelding van 'Oekraïne' is van harte welkom. Dit is een nummer met ANBI-status en bijbehorend belastingvoordeel. Doneer nu! Verder zijn er vluchtelingen in een rolstoel plus hun begeleiders uit Oekraïne via het ESCIF initiatief *Ukrainian SCI Relief* opgevangen in Polen, die dienen door te reizen naar bestemmingen elders in Europa. DON spant zich in om voor deze rolstoelers en begeleiders onderdak te regelen in ons land. Het ministerie heeft aangegeven de kosten hiervoor te vergoeden. - JS



NIEUWE KWALITEITSSTANDAARD TRANSITIEZORG

Als jongeren met een chronische aandoening 18 jaar worden, is er vaak een abrupte overgang van een kinderarts naar een arts voor volwassenen. Een nieuwe kwaliteitsstandaard beschrijft de norm voor goede transitiezorg en geeft concrete aanbevelingen, handvatten en een stappenplan. U vindt de Kwaliteitsstandaard - Jongeren in transitie van kindzorg naar volwassenenzorg in de richtlijndatabase.nl. - HW



DE VRA IS AVG OK



De VRA heeft van de Stichting AVG het AVG OK vignet verkregen! Om dit te bemachtigen de VRA laten zien dat ze zorgvuldig omgaat met de persoonsgegevens van haar leden en klanten, op een overzichtelijke en gestructureerde manier. - HW

KOPCAST PODCAST

Onze wellicht meest literair onderlegde collega Casper van Koppenhagen beschrijft in zijn openhartige podcastserie 'KopCast' zijn eigen ervaringen met gelukkig worden als dokter en zijn eigen revalidatietraject. In zelfs voor millennials goed behapbare brokjes neemt hij ons mee in zijn persoonlijke ervaringen waarvan we als mens en dokter wellicht veel van kunnen leren. Luister de podcastserie via de bekende platforms. - MA



NIEUWE RUBRIEK 'IN PERSPECTIEF'

Wellicht was u de nieuwe rubriek al opgevallen in het vorige nummer van NTR. Ben Drentje, oud-hoofdredacteur van dit blad, kwam met het mooie initiatief om vanuit de 'senior-revalidatieartsen' een reguliere bijdrage te leveren waarin onderwerpen vanuit een historische achtergrond in een actuele context wordt geplaatst. De redactie is blij met deze bijdrage en hoopt op deze manier de huidige ontwikkelingen 'in perspectief' te zien van lessen uit het verleden. Zie in het artikel in dit nummer op pagina 54. - MA

TOETSVRAGEN UIT EINDTOETS LANDELIJK ONDERWIJS

Op 3 en 4 februari 2022 heeft de themacursus 2 'Meylum en perifeer zenuwletsel' 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.

VRAAG 1:

A PATIENT WITH A SPINAL CORD INJURY HAS PRESERVED MOTOR FUNCTION BELOW THE NEUROLOGICAL LEVEL AND MORE THAN HALF OF THE KEY MUSCLES BELOW THE NEUROLOGICAL LEVEL HAVE A MUSCLE GRADE OF 3 OR MORE. WHAT IS THIS PATIENT'S CLASSIFICATION ON THE ASIA IMPAIRMENT SCALE?

- A
- B
- C
- D
- E

Bron: DeLisa, 5th ed., p. 675, ziekenhuisprotocol dwarslaesie.

Deze vraag werd goed beantwoord met een P waarde: 0,87 (87% goed beantwoord).

R waarde van 0,55 laat zien dat het item afzonderlijk, hetzelfde meet als de toets in het geheel. Oftewel hoe goed het betreffende item in de toets past. De rir-waarde laat zien hoe het item verschil maakt tussen kandidaten met hoge scores op de toets en kandidaten met lage scores op de toets.

Deze beantwoording van de vraag paste goed bij het onderwijs in de ASIA-score systematiek dat in deze cursus werd gegeven.

VRAAG 2:

PHYSICAL EXAMINATION IS IMPORTANT IN CHILDREN WITH OBSTETRIC BRACHIAL PLEXUS LESION. THE RANGE OF MOTION (ROM) OF ARM JOINTS MAY BE LIMITED. WHICH OF FOLLOWING ROMS (IN DEGREES) IN CHILDREN IS ABNORMAL?

- Elbow flexion/ extension of 150/0/10
- Gleno-humeral abduction of 90
- Pro-/supination of 90/0/80
- Shoulder exorotation of 20 degrees with arm in 90 degrees of abduction
- Wrist flexion/ extension of 60/0/60

Bron: Handboek kinderrevalidatie, hoofdstuk obstetrisch plexus brachialis letsel.

P waarde: 0,57 (57% goed) met een R waarde van 0,24. De score is redelijk, men zou kunnen veronderstellen dat de kennis van de normale mobiliteit van de bovenste extremiteit bij kinderen en volwassenen parate kennis is. Hier blijkt dat actieve oefening tijdens de cursus, zoals bij vraag 1 wellicht effect kan sorteren.

De Toetsingscommissie maakt een vaste rubriek van het delen van twee toetsvragen per toets. In het volgend nummer van NTR treft u twee nieuwe toetsvragen aan van thema 6 'Chronische pijn'.

Namens de Toetsingscommissie,
Wim GM Janssen

Vraag 2: antwoord D
Vraag 1: antwoord D
Juste antwoorden toetsvragen



TWEE JONGE KLAREN IN GESPREK OVER HUN BUITENLANDSTAGE TIJDENS HUN OPLEIDING

Mind your step!

Twee jonge klaren deden tijdens hun opleiding een stage in Engeland. Hoe werden ze ontvangen? Welke verschillen ontdekten ze tussen de werkwijzen van revalidatiecentra in Engeland en Nederland? En hoe organiseerden ze hun stage? In een gesprek vertellen ze elkaar over hun ervaringen.


A.R. (ANNIQUE) PRIESTERBACH

Revalidatiearts Militair Revalidatie Centrum Aardenburg

DRS. J.H. (JAAP) VAN LOTRINGEN

Revalidatiearts Basalt, locatie Zoetermeer



Jaap van Lotringen (OOR Oost Nederland 2017-2021) liep zes maanden stage in het *National Spinal Cord Injury Centre, Stoke Mandeville*, Engeland. Hij werkt nu als revalidatiearts bij Basalt, locatie Zoetermeer.

Annique Priesterbach (OOR Oost Nederland 2018-2021) liep drie maanden stage in het *Defence Medical Rehabilitation Centre Stanford Hall*, Engeland. Zij werkt nu als revalidatiearts in het Militair Revalidatie Centrum (MRC) Aardenburg.

Nou Annique, daar zitten we weer, als vanouds op de bank met een kop koffie!, begint *Jaap*. ‘Inderdaad, twee jonge klaren met Engeland-ervaring’, beaamt *Annique*.

Vertel eens wat over jullie stageplaatsen

Jaap: ‘Ik zat de laatste zes maanden van mijn opleiding in Stoke Mandeville, het oudste en een van de grootste dwarslaesiecentra van de wereld dat ten westen van Londen ligt. Zij hebben meer dan 100 bedden voor dwarslaesiepatiënten, inclusief kinderbedden.’
Annique: ‘Dus het is echt een ‘dedicated’ dwarslaesieziekenhuis?’
Jaap: ‘Niet helemaal, het Stoke Mandeville Hospital is een perifeer ziekenhuis van de NHS (National Health Service) maar het heeft wel een ‘dedicated’ dwarslaesievleugel voor revalidatie. Jij zat toch ergens op het platteland van Engeland?’

Annique: ‘Ja, militairen houden van groen, he? Ik heb drie maanden in ‘the Midlands’ stage gelopen in het *Defence Medical Rehabilitation Centre (DMRC) Stanford Hall*. Dit is het revalidatiecentrum voor Britse militairen.’
Jaap: ‘Ook ‘dedicated’ dus, maar niet voor een specifieke diagnosegroep?’

Annique: ‘Klopt, in DMRC Stanford Hall revalideren alleen actief dienende militairen, dus geen veteranen of burgerpatiënten. Ze zien er wel alle diagnoses. Er is een klinische afdeling voor complexe trauma en een klinische neurorevalidatie-afdeling. Het poliklinische deel heet *Force Generation* en daar behandelen revalidatieartsen, sportartsen en reumatologen alle klachten op het gebied van het bewegingsapparaat in interdisciplinaire teams. Alleen dwarslaesiepatiënten in het acute stadium werden er niet opgenomen. Zij waren dan wellicht bij jullie in ‘Stoke’ opgenomen?’

Jaap: ‘Vroeger was er wel een Intensive Care/Medium Care, waar de patiënten direct op terecht kwamen en de revalidatiearts al direct verantwoordelijk was maar in het huidige zorgsysteem in Engeland worden traumapatiënten met een dwarslaesie eerst

gestabiliseerd in een academisch ziekenhuis, waarna - als ze stabiel zijn - naar bijvoorbeeld Stoke Mandeville overgaan. Er is wel een aparte afdeling voor geventileerde patiënten.'

Annique: 'Wat ik al snel begreep is dat deze revalidatiecentra eigenlijk vrij uniek zijn in het Verenigd Koninkrijk en dat er buiten het militair revalidatiecentrum eigenlijk alleen centra bestaan voor dwarslaesie- en CVA-patiënten. Is dat ook jouw indruk?'

Jaap: 'Ja, wat mij opviel is dat er eigenlijk voor de andere diagnosegroepen - die in Nederland wel in aanmerking komen voor MSR - in Engeland gewoon geen mogelijkheden zijn. Denk aan de kinderrevalidatie of de chronische pijn, dat wordt allemaal respectievelijk door de kinderartsen en in de eerste lijn behandeld.'

Waren jullie al vroeg begonnen met het regelen van de stage?

Jaap: 'Zeker, ik denk dat ik wel twee jaar bezig ben geweest om alles rond te krijgen. Je moet eerst met je opleider goed kijken of en hoe het in je opleidingsplan past. Je moet goed onderbouwen waarom een buitenlandstage van meerwaarde is voor je opleiding en welke leerdoelen of EPA's je ermee wilt behalen. Het is ook van belang om goed af te spreken met je buitenlandse supervisor wat je kan verwachten. De meeste tijd gaat zitten in de registratie als praktiserend arts bij de GMC (het Britse BIG register) en vooral het Engelse examen dat je hiervoor moet afleggen had ik een

Annique: 'Kennismaken met het Britse zorgsysteem en de revalidatiegeneeskunde in een ander land vond ik erg waardevol'

beetje onderschat. Heeft de Brexit bij jou zaken nog bemoeilijkt?'

Annique: 'Niet echt. Ik was gelukkig nog net op tijd met mijn GMC aanvraag, een paar dagen voor het einde van de Brexit transitieperiode. Daarnaast was ik daar als NAVO-militair waardoor ik daar zonder visum mocht werken. Maar aiossen die nu een stage zoals wij zouden willen doen, moeten een werkvisum aanvragen. Het was veel werk, maar het is wel de moeite waard geweest. Kennismaken met het Britse zorgsysteem en de revalidatiegeneeskunde in een ander land vond ik heel erg waardevol en leerzaam.'

Wat waren jullie eerste indrukken van de gezondheidszorg in Engeland?

Jaap: 'Ik moest in het begin erg wennen aan de manier van werken in Engeland, de Engelse medische terminologie en de



Jaap van Lotringen en Annique Priesterbach 'op de bank' in gesprek over hun ervaringen met de stages in het Verenigd Koninkrijk.

verantwoordelijkheid die ik kreeg. Er waren een hoop geschreven en ongeschreven regels. Gelukkig werd ik heel goed opgevangen door het team en mijn hoofd supervisor.'

Annique: 'Deed je voornamelijk klinisch werk?'

Jaap: 'Als aiios (*registrar*) geef je supervisie aan de aiossen (*senior house officer, SHO*) op de afdeling. Je bent verantwoordelijk voor de acute zorg en alle diagnostiek op de afdeling zoals het verwisselen van trachea canules, suprapubische katheters, debridements van wonden, bloedgasen prikken en aanvragen van alle radiologische diagnostiek. Indien nodig overlegde ik met de consultant, oftewel de medisch specialist. Tijdens de klinische visites werd je werk gesuperviseerd. Daarnaast draaide ik wekelijks poli en was ik betrokken bij alle teambesprekingen van de patiënten die ik onder behandeling had. Ik voelde me echt een onderdeel van een hecht team en mijn Nederlandse directheid werd gaandeweg steeds meer gewaardeerd. Ik verwacht dat bij jullie in het centrum er ook wel een dergelijke hiërarchie was?'

Annique: 'Die hiërarchie herken ik zeker. Bovenop de hiërarchische structuur van de gezondheidszorg in Engeland speelde ook de militaire hiërarchie een zichtbare rol. Iedere collega die hoger in rang is spreek je aan met 'Sir' of 'Ma'am'. Ik woonde in de *Officers Mess*, de accommodatie voor officieren op het complex van het revalidatiecentrum. De onderofficieren en manschappen (lagere rangen) hadden hun eigen accommodatie en aten gescheiden van ons.' →



Het Defence Medical Rehabilitation Centre Stanford Hall is de plek waar Annique Priesterbach haar stage liep.



In het National Spinal Cord Injury Centre, Stoke Mandeville heeft Jaap van Lotringen de laatste maanden van zijn opleiding gewerkt.

Jaap: 'Zag je de hiërarchie terug in je takenpakket?'

Annique: 'Ja, het DMRC was *consultant lead*. Dat betekende dat je als aios geen eigen spreekuur hebt en alleen patiënten ziet met de specialist erbij. Ik had geen strikt omschreven takenpakket waardoor ik in de breedte kennis kon maken met de militaire revalidatiegeneeskunde. Ik begon op de klinische complexe trauma-afdeling maar al snel deed ik ook vaak mee met de spreekuren van de revalidatieartsen, sportartsen en reumatologen. Ook heb ik veel tijd doorgebracht bij de orthopedisch instrumentmakerij, als zij bijvoorbeeld een van de *triple amputees* of patiënten met crush- of blastletsel vanuit de vroege jaren van de oorlogen in Irak en Afghanistan terugzagen. Dit is hele specifieke en complexe zorg. Dergelijke casuïstiek had ik in Nederland nog nooit gezien en dat was dus heel waardevol.'

Jaap: 'De dwarslaesierevalidatiearts verrichtte de volledige medische zorg'

Welke verschillen zagen jullie tussen de Engelse en Nederlandse werkwijzen?

Jaap: 'Wat mij opviel was dat de dwarslaesierevalidatiearts de volledige medische zorg verrichtte. Pas in geval van nood werd er een consulent ingevlogen van een ander specialisme. Daarnaast was alle noodzakelijke medische zorg voor dwarslaesiepatiënten aanwezig in het centrum. Dit zorgde ervoor dat revalidanten niet

voor elk onderzoek en/of behandeling naar een ander ziekenhuis hoefden. Binnen het team was de rol van de revalidatiearts ook voornamelijk medisch: ik mocht me bijvoorbeeld niet bemoeien met de orthesiologie, want dit was het domein van de fysiotherapie. Er waren verder weinig innovatieve gadgets zoals de GRAIL of Zero-G en veel activiteiten werden betaald en georganiseerd door liefdadigheidsorganisaties. Wat viel jou op?'

Annique: 'De liefdadigheidsorganisaties waren op het DMRC ook heel duidelijk aanwezig, dit is echt onderdeel van de Britse cultuur. Wat me ook opviel was dat de sportgeneeskunde en de revalidatiegeneeskunde echt als een continuüm wordt gezien. De sportartsen en de revalidatieartsen doen dezelfde soort spreekuren maar dan op verschillende diagnosegroepen. Zo hebben de revalidatieartsen een amputatie spreekuur of een rug/schouder spreekuur terwijl de sportartsen een heup/lies spreekuur of een onderbeenspreekuur hebben. Beide specialisten bieden kortdurende revalidatietrajecten aan in groepsvorm die één tot drie weken duren. Ik vond het ook wel verfrissend dat, waar mogelijk, de klinische patiënten afwisselend drie weken op de kliniek en drie weken thuis waren. Zij kwamen dan vaak met nieuwe energie en veel nieuwe hulpvragen terug op de kliniek.'

Was er nog tijd om er even tussenuit te gaan en het land te ontdekken?

Jaap: 'Helaas zat ik er tijdens een grote corona-uitbraak in de winter en dus in een totale lockdown. Gelukkig kon ik met de SHO's veel wandelen in de omgeving en kon ik een aantal keer naar Oxford. De plaatselijke wielrenvereniging heeft me fit gehouden!'

Helaas heb ik weinig kunnen genieten van de Engelse pub cultuur. Jij zat er denk ik in een gunstigere tijd?

Annique: 'Ik had inderdaad het geluk dat in de week voor mijn vertrek de quarantaineverplichting verviel en daarbij ook veel andere beperkingen. Ik heb drie maanden lang bijna ieder weekend een trip naar een ander natuurgebied gemaakt in Engeland of Wales en ben nog een week in Schotland geweest. In de laatste maand kon ik zelfs weer bezoek ontvangen. Dat maakt zo'n buitenlandstage toch ook wel bijzonder.'

Jaap: 'Bijzonder is het zeker! Terugkijkend heeft de stage in Engeland voor mij de overgang van aios naar jonge klare klein gemaakt en zal de herinnering me altijd dierbaar zijn.'

Annique: 'Daar sluit ik me bij aan! Mij heeft het geholpen de revalidatiegeneeskunde vanuit internationaal en militair perspectief te leren kennen en met vertrouwen mijn baan in het MRC tegemoet te gaan. Daarnaast hoop ik dat het een basis voor verdere samenwerking met Engeland vormt.' ←

TIPS VOOR EEN BUITENLANDSTAGE

1. Start zo'n twee jaar van tevoren met oriënteren op een geschikt centrum passend bij je leerdoelen.
2. Lees je goed in omtrent de voorwaarden om als volledig praktiserend arts in het buitenland te mogen werken (inschrijving buitenlands artsenregister, werkvisum, taalexamen etc.)
3. Zorg dat je vooraf een goed beeld hebt van je takenpakket en bepaal of een stage van drie of zes maanden geschikter is.
4. Onderhoud tijdens je buitenlandstage regelmatig contact met je opleider in Nederland en nodig hem/haar uit bij je voortgangsgesprekken.
5. Vraag een aios die een buitenlandstage heeft gedaan om tips.

Advertentie



NSRM
NETHERLANDS SOCIETY OF
REHABILITATION MEDICINE

DCRM
Dutch Congress of
Rehabilitation Medicine

DCRM 2022

November 10+11 | 's-Hertogenbosch

SAVE THE DATE

PROVEN PRACTICE
effectiveness and impact
in rehabilitation medicine



VAN DE SPREEKKAMER DE WIJDE WERELD IN (EN WEER TERUG)

'Global' revalidatiearts in opleiding

Hoe wij als aiossen met ervaring in het buitenland, kijken naar hoe (weinig) het *global health* perspectief terugkomt binnen de revalidatiegeneeskunde in Nederland. In dit stuk willen we jullie een inkijkje geven in de vragen en overwegingen die bij ons opkomen tijdens ons werk. Is *global health* onze collectieve blinde vlek?

**DRS. A.T. (ALICIA) LUCARDIE**

Arts in opleiding tot revalidatiearts OOR
Zuidoost-Nederland, Adelante, locatie Maastricht
UMC+, MSc student Global Health Policy, London
School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM),
lid Werkgroep Transculturele Revalidatie (WTCR)

DRS. E. (ESTHER) SCHUTTE

Arts in opleiding tot revalidatiearts OOR Leiden, Basalt,
locatie Den Haag, Arts Internationale Gezondheidszorg
en Tropengeneeskunde (AIGT) niet praktiserend,
lid Werkgroep Transculturele Revalidatie (WTCR)

**CORRESPONDENTIE**

e.schutte@basaltrevalidatie.nl

Op het moment dat Alicia in 2017 in Jakarta, Indonesië werkt als superviseerarts en projectmanager op het gebied van *female health*, staat Esther in een oorlogsgebied in Zuid Soedan een partus te begeleiden en traumaslachtoffers op te vangen. Sinds respectievelijk 2019 en 2018 zijn wij in opleiding tot revalidatiearts. Esther is naast aios ook arts Internationale Gezondheidszorg en Tropengeneeskunde (AIGT) niet praktiserend, en Alicia volgt de *Master Global Health Policy* bij de *London School of Hygiene and Tropical Medicine* (LSHTM). Wij hebben elkaar pas twee keer *live* gezien - niet gek gezien COVID-19 sinds maart 2020 onze opleiding doorkruist. Op de cursus Communicatie jaar 1 raken wij voor het eerst in gesprek over onze achtergronden en

motivatiereidenen om te gaan specialiseren binnen de revalidatiegeneeskunde. Wat valt ons op binnen ons vak? Wat zou er in de spreekkamer anders kunnen? Welke verantwoordelijkheid hebben wij als arts, en hoe zien we dit terug binnen ons vak? Wat is de positie van de revalidatiegeneeskunde in Nederland? Hoe verhoudt ons vak zich tot internationale ontwikkelingen?

Met onze werkervaring buiten Nederland (variërend van werk met vluchtelingen, mensen in afgelegen gebieden en oorlog, o.a. in Ethiopië (Tigray), Zuid Soedan, de grens van Myanmar-Thailand, Bonaire en Indonesië) en brede interesse op dit gebied, houden deze vraagstukken ons bezig en bespreken we dit waar dit kan op het werk. Terwijl al onze vorige werkplekken *global health* hoog op hun prioriteitenlijst hebben staan, missen wij dat hier in Nederland bij de revalidatiegeneeskunde. En voor wie niet geheel bekend is met de term *global health*, hierbij een definitie:

'Global health is an area for study, research, and practice that places a priority on improving health and achieving equity in health for all people worldwide. Global health emphasises transnational health issues, determinants, and solutions; involves many disciplines within and beyond the health sciences and promotes interdisciplinary collaboration; and is a synthesis of population-based prevention with individual-level clinical care'

IN DE SPREEKKAMER: IEDEREEN KAN TOCH EEN EITJE BAKKEN?

Een van de geijkte proeven voor het toetsen van veilig en zelfstandig handelen binnen de ergotherapie is het bakken van een ei. 'Maar hoe bak ik een ei als ik nog nooit eerder een ei heb gebakken?', vraagt een patiënt tijdens het spreekuur via de tolk. Een terechte vraag, waar we vervolgens over in gesprek gaan. De 65-jarige man vertelt dat hij iedere ochtend Ewa Agoyin (gepureerde olo-oyinbonen) met brood eet, die hij samen met zijn vrouw maakt.

Het is slechts één voorbeeld, die uitnodigt om samen verder in gesprek te gaan. Misschien is het de ervaring van het werken in het buitenland, of het bekend zijn met het gevoel zelf 'de ander' geweest te zijn, maar de nieuwsgierigheid was gewekt.

Wat houdt het maken van Ewa Agoyin in? Hoe voert patiënt de kooktaken met zijn vrouw uit? En hoe is dit qua ADL-taken (algemene dagelijkse levensverrichtingen) en andere taken in en om het huis? Hoe kijken de patiënt en zijn vrouw tegen het revalidatieproces aan? Welke barrières ervaren zij zelf? Wat zijn hun verwachtingen, wensen en dromen?

In de dagelijkse praktijk van de revalidatiegeneeskunde merken wij dat we regelmatig tegen onze eigen vooroordelen aan lopen. Iedere dokter wil ruimdenkend zijn en open staan voor de gebruiken en identiteiten van anderen, maar de vraag is of de praktijk de wens weerspiegelt. Het is al een eerste stap om te erkennen dat er een 'ik' en een 'ander' bestaat waar je nieuwsgierig naar kunt zijn. Waarnaar je kunt doorvragen, zonder dat je een drempel voelt. Waarnaar je moet doorvragen, zodra je een drempel voelt. Ook met tolk. Het (durven) stellen van open, heldere vragen, door te vragen, en tegelijkertijd je eigen blinde vlekken te (h)erkennen (en die van je team), zorgt ervoor dat je samen realistische, op de patiëntgerichte, revalidatiedoelen kunt stellen.

Nood aan doelmatige zorg zowel op niveau van de individuele patiënt, op afdelings-/instellingsniveau, als op macroniveau

VAN SPREEKKAMER TOT MAATSCHAPPIJ

We zijn vanuit onze achtergrond gewend om over weinig middelen, tijd en financiën te beschikken. Mede hierdoor zijn we pragmatisch en creatief oplossingsgericht, zowel op patiëntniveau als op maatschappelijk niveau. Met dit opiniestuk willen we ons niet neerzetten als 'cowboys' binnen de revalidatiegeneeskunde, maar willen we de lezer prikkelen en aanzetten tot actie. We vinden dat we ons binnen de revalidatiegeneeskunde vaker moeten afvragen of iets écht (nog) binnen een medisch specialistisch revalidatie (MSR) traject thuishoort.

Vragen die bij ons opkomen op dit gebied willen we met jullie delen, om jullie ook bewust(er) te maken van deze overwegingen.

Op patiëntniveau kan het de vraag zijn of het wel zo belangrijk het is dat iemand met mes en vork kan eten, als patiënt dit buiten het revalidatiecentrum nooit doet. Mogelijk kan dan eerder onderzocht worden of de armhandfunctie voldoende is voor het eten met de handen. Op maatschappelijk niveau kun (of moet?) je je afvragen hoe lang aan een bepaald doel gewerkt mag worden binnen de MSR. Wat is redelijk? Wat mag je aan inbreng (middelen, tijd, geld) van een patiënt zelf vragen? Zou je mening daarin verschillen als het doel hetzelfde is maar de patiëntachtergrond verschilt, zoals in gewerkte jaren/inkomen/financiële status/etc.?

De drempel die wel eens wordt gevoeld om een revalidatietraject af te ronden tijdens een teambespreking, mag hardop uitgesproken worden. Waarom willen we doorgaan? Met welk doel? Kan dit doel ook bereikt worden op een andere manier? Het leren doelmatig omgaan met middelen, tijd en (maatschappelijke) financiën binnen de revalidatiegeneeskunde mag wat ons betreft sterker naar voren komen in de opleiding. Deze nood aan doelmatige zorg geldt zowel op het niveau van de individuele patiënt, op afdelings-/instellingsniveau, maar ook op macroniveau (zoals in de regionale of Nederlandse politiek).

REVALIDATIEGENEESKUNDE IN DE CONTEXT VAN GLOBAL HEALTH

Het macroniveau gaat echter verder dan alleen de regionale of Nederlandse politiek. In welke mate zijn we ons op het gebied van *global health* bewust van het krachten spel op (inter)nationaal economisch en politiek gebied? Wat zijn de mogelijke gevolgen van de oorlog tussen Oekraïne en Rusland? Welke oorlogen zijn er nog meer gaande? Wat is de invloed van deze oorlogen op de gezondheidszorg? Weten we wat de *Millennium Development Goals* waren en waarom we nu overgestapt zijn op de *Sustainable Development Goals* en wat deze inhouden? Wat weten we over *Rehabilitation 2030*, ontwikkeld door de *World Health Organisation*? Wat zullen de mogelijke invloeden zijn van klimaatverandering op ons vak? Waarom is dit belangrijk voor ons als revalidatieartsen in Nederland? Kortom, is *global health* misschien wel onze collectieve blinde vlek?

Aan het begin van dit stuk schreven we over een 65-jarige man die iedere ochtend Ewa Agoyin met brood eet. In een draftversie van deze tekst schreven we dat deze man uit Nigeria kwam. Maar maakt dat eigenlijk uit? Of maakt het uit, maar voelen we ons ongemakkelijk het op te schrijven, omdat we bang zijn →

de blanke dokter uit een *high income country* te zijn die een ander stereotypeert?

Terwijl grote instituten, van musea tot universiteiten, naarstig op zoek zijn naar hoe om te gaan met hun (veelal koloniale) verleden, blijft het angstvallig stil binnen (revalidatie) Nederland. De LSHTM heeft bijvoorbeeld een voor iedere student toegankelijke collegereeks over *The Decolonisation of Global Health* en er is recent een toolkit opgesteld om het curriculum en manier van onderwijs onder de loep te nemen. Binnen de Werkgroep Transculturele Revalidatie (WTCR) is dit inmiddels ook onderwerp van gesprek. De WTCR voorziet o.a. in onderwijs binnen de opleiding revalidatiegeneeskunde en opleiding AIGT en voorziet artsen over de hele wereld van advies over revalidatiegeneeskunde vragen via *Consult Online*.

We vinden het stiekem best spannend om een dergelijk opiniestuk te schrijven. Is wat hier geschreven staat een absolute waarheid? Zeker niet. Is het een uitnodiging om samen in gesprek te gaan over blinde vlekken en over onze gedeelde nieuwsgierigheid naar hoe het anders kan? Absoluut! Alleen dan kunnen we de revalidatiegeneeskunde, in Nederland en daarbuiten, gericht krijgen op *global health*. ←

OPROEP

Wil jij graag meepraten over dit onderwerp? Neem contact met ons op via e.schutte@basaltrevalidatie.nl.

Referenties

1. Koplan JP, Bond TC, Merson MH, Reddy KS, Rodriguez MH, Sewankambo NK, Wasserheit JN, Consortium of Universities for Global Health Executive Board. Towards a common definition of global health. *Lancet* 2009;373:1993-5. DOI:10.1016/S0140-6736(09)60332-9.

Advertentie

Verkorte productinformatie van Tolpermyo – zie pag. 25

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. **Pediatrische 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 eperison 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, nebiivolol 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-substraten 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 ($\geq 1/1000$, $< 1/100$) Zelden ($\geq 1/10.000$, $< 1/1000$) 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. **Immuunsysteemaandoeningen:** 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 Gezichtstoornis. **Evenwichtsoorgaan- 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, Overvloedige, 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:** soms Asthenie (zwakte), Malaise, Vermoeidheid, zelden Gevoel van dronkenschap, Gevoel van warmte, Irritabiliteit, Gevoel van dorst, zeer zelden Pijn op de borst. **Onderzoeken:** 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. Stamenova P, Koytchev R, Kuhnc K, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of the efficacy and safety of tolperisone in spasticity following cerebral stroke. *European Journal of Neurology*, 2005;12: 453-461; 3. Quasthoff S, Claudia Mockel C, Ziegler-Graberger W, et al. Tolperisone: 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



Scholing in de kinderrevalidatiegeneeskunde in het buitenland

In dit artikel is een beknopt verslag van scholingsactiviteiten in het buitenland op het gebied van de kinderrevalidatiegeneeskunde, die vanuit de afdeling revalidatiegeneeskunde van het VUmc gecoördineerd zijn en waar veel revalidatiecentra aan meegewerkt hebben.



EM. PROF. DR. J.G. (JULES) BECHER

Hoogleraar kinderrevalidatiegeneeskunde, Amsterdam
UMC locatie VUmc



CORRESPONDENTIE

jg.becher@amsterdamumc.nl

In veel landen in de wereld zijn er geen kinderrevalidatieartsen. Indien er al revalidatieartsen zijn, houden die zich vooral bezig met de behandeling van volwassenen. De medisch specialistische zorg voor kinderen met beperkingen wordt nu vooral gegeven door kinderartsen, orthopeden (met behandeling van kinderen als persoonlijk aandachtsveld) en neurologen (vooral gericht op diagnostiek en de behandeling van epilepsie). Traditioneel werden, en worden nog steeds, de kinderen met beperkingen vaak behandeld door kinderfysiotherapeuten, en nu in toenemende mate ook door ergotherapeuten. Logopedisten zijn vaak zeer beperkt beschikbaar. Multidisciplinaire samenwerking zoals dat in Nederland plaatsvindt tussen medisch specialismen en tussen medisch specialisten, paramedici en revalidatietechnici is meestal niet aanwezig. Scholing in het buitenland door een multidisciplinair team is een methode om deze werkwijze te introduceren.

‘Scholing in het buitenland is een methode om multidisciplinaire samenwerking te introduceren’

HOE MIJN BUITENLANDCARRIÈRE BEGON...

Als arts-assistent was ik al lid geworden van de ISPO (*International Society for Prosthetics and Orthotics*). Revalidatiearts Hans Arendzen vroeg mij deel te nemen aan de internationale consensusbijeenkomst over cerebrale parese (CP) in 1994 in Durham (USA, <https://www.ispoint.org/page/ConsensusConferences>), samen met Kees Noppe, instrumentmaker en directeur van Noppe Orthopedie (nu OIM, vestiging Noordwijkerhout) en in 2008 voor een revisie van deze richtlijn.¹ Een kinderrevalidatiearts was internationaal nog een onbekend fenomeen...

In Durham leerde ik onder andere David Condie kennen, biomedisch ingenieur ‘avant la lettre’, die sinds 1997 cursuscoördinator voor ISPO was voor de cursus *Management in Cerebral Palsy*, met de focus op *orthotic-management*. Sinds 2000 werd ik ook onderdeel van de faculty van deze cursus voor de kinderrevalidatiegeneeskunde (<https://www.ispoint.org/page/PastShortCourses>) en sinds 2010 cursuscoördinator.²



HET PROGRAMMA

De cursus duurde vier dagen, twee dagen theorie en twee dagen praktijk. Deelnemers waren artsen, technici en therapeuten uit de regio van een land (bijvoorbeeld in Vientiane, Laos kwamen ook artsen, therapeuten en instrumentmakers uit Vietnam, Cambodja en Thailand). Het theoretische gedeelte behandelde compact de diagnostiek, klinische presentatie, lichamelijk onderzoek, loopanalyse, orthesebehandeling en systematiek van het ICF-model en het gebruik ervan bij kinderrevalidatiebehandeling. Het praktijkgedeelte begon met de gezamenlijke beoordeling (artsen, →



Hands-on scholing in Bangladesh.



Instrumentmakers corrigeren de gipsmodellen voor enkel-voetorthesen in Bangladesh.

therapeuten en instrumentmakers) van kinderen met CP (de kinderen waren de dag voor de cursus beoordeeld door de faculty en geselecteerd), waarna de instrumentmakers naar de werkplaats gingen voor het maken van enkel-voetorthesen van gipsmodel voor ongeveer vier kinderen onder leiding van de Nederlandse instrumentmaker. De artsen en therapeuten volgden in groepjes van 5-6 personen met kinderen en ouders een gestructureerd programma met de opbouw: hulpvraag (kind en ouders), huidig functioneren volgens de domeinen van de ICF, lichamelijk onderzoek in relatie tot de hulpvraag, conclusie, behandelplan. Aan het eind moesten de instrumentmakers de kinderen met de

orthesen presenteren, en de artsen en therapeuten presenteerden de beoordeling van de kinderen en het behandelplan.

Het bijzondere van deze cursus was het multidisciplinair samenwerken (meestal was dat de eerste keer dat therapeuten, artsen en instrumentmakers met elkaar een kind beoordeelden), en het hands-on gedeelte van de cursus. De handleiding standaard lichamelijk onderzoek, het registratieformulier en de video's zijn gewaardeerde hulpmiddelen. Opvallend is dat het begin, het gesprek over de hulpvraag met het stellen van 'open' vragen, het allermoeilijkste onderdeel bleek. Verder valt op dat in vrijwel alle landen de kinderfysiotherapie volgens de NDT-principes gegeven wordt, met weinig aandacht voor ouderinstructie en de gezinssituatie, en zeker niet hulpvraaggericht. Alleen in de Filippijnen was dat niet het geval, en daar was men ook bekend met het ICF-model. Na de Tweede Wereldoorlog hebben de Amerikanen daar lange tijd veel energie in het onderwijs gestoken, wat goed merkbaar was.

De cursus was zeer succesvol en is twintig keer gegeven (India, Bangalore 2020 is niet toegevoegd op de ISPO website), tot de coronapandemie kwam.

De cursus is twee keer bij uitzondering gegeven in Jakarta, Indonesië. Sinds enige jaren is er een ziektekostenverzekering voor werkenden in Indonesië. Dit heeft geleid tot een groter aanbod van kinderen met CP in het revalidatiecentrum Hirapan Jaya in Sumatra. Het kinderrevalidatieteam daar heeft in 2020 ook een eerste training gehad, de coronapandemie maakte verder alleen on-line webinars mogelijk.



HET WANDAFONDS

In 2002 werd ik benaderd door Eva Jolanta Kooyman-Piskorz, een Poolse anesthesiste gehuwd met een Nederlander, met de vraag of ik wilde helpen om de behandeling van spastische kinderen in Polen te verbeteren. Een neefje van haar heeft cerebrale parese (CP). Zij had daarvoor het Wandafonds opgericht (<https://nl-nl.facebook.com/wanda.fondsvrienden>). Nu is het moeilijk om op zo'n vraag 'nee' te zeggen. Dat leidde tot een tien jaar durend trainingsprogramma in Polen en Nederland.

De eerste stap was na te gaan of de organisaties in Warschau die kinderen met CP behandelen interesse hadden in scholing vanuit Nederland. Er waren drie afdelingen waar men kinderen met CP behandelde. Mijn voorwaarde was dat ze alle drie betrokken werden bij onze kennismaking om oneerlijke concurrentie te voorkomen. Het was de eerste keer dat ze contact met elkaar hadden! Na een positieve kennismaking begonnen we met trainingen volgens het ISPO-principe: twee dagen theorie, twee dagen hands-on met kinderen en ouders. Dat was een ongekende vorm van training in Polen, en al snel kwam er ook belangstelling vanuit andere behandelcentra in Polen. Er werden voor deelnemende teams tevens werkbezoeken in Nederland aangeboden, waarbij geselecteerde Poolse kinderen voor een behandelperiode naar Nederland kwamen. In Nederland werkten veel revalidatiecentra mee aan deze scholing (ik noem het huidige Merem, Heliomare, Reade, het huidige Basalt, Klimmendaal). Het is natuurlijk magisch dat een niet-lopend kind na zes weken lopend met een rollator terugkeert naar het vaderland!

In Polen bestond er een stammenstrijd tussen verschillende fysiotherapeutische behandelmethoden: ben je voor 'Vojjta', 'NDT', 'Peto'? Het introduceren van hulpvraaggericht werken en functioneel oefenen was een ware revolutie. Helaas is tot op heden financiering van de behandeling slechts mogelijk op basis van de 'oude' behandelmethoden, zoals zelfs cryotherapie, infraroodtherapie en elektrotherapie. Dat is een grote belemmering. In 2002 waren er geen kinderrevalidatieartsen, in 2014 rond de 300! Uit heel Polen namen centra deel aan landelijke scholingsdagen, er ontstond



Hands-on sessie met therapeuten en artsen in Polen.

samenwerking en ook een 'sectie kinderrevalidatieartsen'. Als dank werd ik erelid van de Poolse vereniging voor revalidatieartsen.

'Een multidisciplinaire cursus met de combinatie van theorie en hands-on praktijk in kleine groepen blijkt zeer succesvol'

Samenvattend is de kinderrevalidatie in Nederland mondiaal gezien van hoog niveau en kunnen wij aan internationale organisaties een belangrijke bijdrage leveren. Een multidisciplinaire cursus met de combinatie van theorie en hands-on praktijk in kleine groepen is zeer succesvol gebleken. Wereldwijd worden er per jaar rond 140 miljoen kinderen geboren. De prevalentie van CP is in regio's met een goed niveau van gezondheidszorg rond twee per 1.000 levend geboren kinderen, maar in gebieden met weinig gezondheidszorg rond zwangerschap en geboorte veel hoger.³ Wij kunnen met scholing een bijdrage leveren om het lot van deze kinderen te verbeteren. ←

Referenties

1. Morris C, Condie D, Fisk J. ISPO Cerebral Palsy Consensus Conference Report (available free at www.ispoweb.org). *Prosthet Orthot Int* 2009;33(4):401-2.
2. Becher J. Pediatric rehabilitation in children with cerebral palsy: general management, classification of motor disorders. *JPO: Journal of Prosthetics and Orthotics* 2002;14(4):143-9.
3. Dan B, Paneth N. Making sense of cerebral palsy prevalence in low-income countries. *Lancet Glob Health* 2017;5(12):e1174-e5.

Prikbord: buitenlandervaringen

Voor dit themanummer vroegen wij u naar uw leukste, meest verrassende, dan wel meest inspirerende ervaring met revalidatiegeneeskunde in het buitenland. Hieronder leest u een mix aan reacties, variërend van concrete werkervaringen in de zorg in het buitenland tot samenwerking in internationale commissies. De redactie hoopt dat het u als lezer inspireert en misschien wel aanmoedigt tot buitenlandervaringen. Bedankt voor de inzendingen!

Stoere kinderen in Kaapstad

Maaike de Koff, aios revalidatiegeneeskunde OOR Zuidwest Nederland

In het orthopedisch kinderziekenhuis in Kaapstad staat de zaal vol bedden, gezellig naast elkaar gepakt. De meeste kinderen hebben tuberculose van de wervelkolom. Tijdens de zaalvisites is het oorverdovend stil en op de gang worden de pennen van je externe fixateur 'even verwijderd', zonder ouders, zonder verdoving, maar ook zonder tranen of 'auw'. En de rest van de dag? Gewoon spelen met elkaar! Ook als je been in een stellage aan je bed vastgebonden hangt, kan je nog prima in die stellage klimmen, of op het bed van je buurjongen chillen. Wat een stoere kids!



Bijzondere overdacht in Vancouver

Floor Verheul, kinderrevalidatiearts De Hoogstraat Revalidatie

Ik heb een korte stage klinische kinderrevalidatie in Vancouver (Canada) gedaan. Op een dag werd met een watervliegtuig een maatschappelijk werkster ingevlogen vanaf een wat verder weg gelegen eiland. Zij kwam kennis maken met het gezin van het meisje dat te zijner tijd naar dat eiland terug zou gaan. Omdat de zorg daar verder opgepakt zou worden werd het een en ander al besproken voordat ze met ontslag ging. Dat is nog eens een mooie warme overdracht!

Podcastserie 'Over de grens'

Janneke Stolwijk-Swüste, revalidatiearts
De Hoogstraat Revalidatie

Een groot aantal Nederlandse artsen werkt een bepaalde periode van hun leven in het buitenland. Wat drijft deze mensen over de grens en waar lopen ze tegenaan? In de podcastserie 'Over de grens' interviewt huisarts en columnist Danka Stuijver Nederlandse artsen die wonen en werken in het buitenland. Inmiddels zijn er al negen podcasts van elk ca. 30 minuten verschenen. De podcastserie is te beluisteren via Spotify of de MedFeed-app.



De EACD en de oorlog in Oekraïne

Mattijs Alsem, kinderrevalidatiearts Amsterdam UMC, locatie AMC

De EACD is de Europese Academie voor Childhood Disability. Middels scholingen, jaarlijkse congressen en andere initiatieven heeft het als doel om kennis te vergroten en te delen binnen Europa. Vanuit alle Europese landen zijn er nationale academies en National Coördinatoren. Bij een van de recente meetings was er uiteraard aandacht voor de situatie in Oekraïne, en met name de situatie met betrekking tot de zorg voor vluchtelingen in de buurlanden. Logischerwijs zitten daar veel kinderen met beperking tussen. Vanuit de EACD is er een actie opgezet om hulp voor deze kwetsbare groep te coördineren. Zie daarvoor www.eacd.org/supportukraine.

Onbekend maakt onbemind (in buitenlandse zaken)

Daan Wever, revalidatiearts en penningmeester
van de ESPRM

Wist u dat ...

- ... ik al jaren bezig ben een opvolger te vinden voor mijn buitenlandactiviteiten?
- ... de BUCO (buitenlandcommissie van de VRA) enige jaren geleden werd opgeheven?
- ... veel hooggeleerde, zeer geleerde en geleerde collega's in de VRA actief waren in buitenlandse zaken?
- ... het gaat om ISPRM, UEMS-PRM, ESPRM, AEMR etc.?
- ... het gaat om opleiding, nascholing, richtlijnontwikkeling, quality of care, best practices, accreditatie van revalidatieprogramma's, humanitaire en ethische aspecten in de revalidatiegeneeskunde en nog veel meer?

Weet u dat ...

- ... ik nu twijfel of het besluit tot afschaffing van de BUCO wel goed was?

Als u dat weet, hoeft ik me geen zorgen meer te maken over de inzet van VRA-leden in buitenlandse zaken.



Op weg naar betere revalidatiezorg voor Kameroen

De revalidatiezorg in Kameroen ondergaat de komende jaren zelf een ingrijpend revalidatietraject. Met steun uit Nederland bouwt een lokale gezondheidsorganisatie, in nauwe samenwerking met de overheid, stap voor stap aan een beter zorglandschap. Kwalitatief goede revalidatiezorg komt hiermee beschikbaar voor degenen die deze het hardst nodig hebben: kinderen met een beperking die leven in armoede.



C. (CEES) PULLES

Contentspecialist Liliane Fonds



FOTOGRAAF LILIANE FONDS

CAMEROON BAPTIST CONVENTION

HEALTH SERVICES (CBCHS)



CORRESPONDENTIE

info@lilianefonds.nl

Véronique heeft rugpijn. Het zijn niet zozeer de jaren die gaan tellen - ze is 34 - maar het gevolg van de jarenlange last van de intensieve zorg voor haar dochter Germaine (9). Germaine heeft cerebrale parese (specifiek: bilateraal met dyskinetisch component, GMFCS V, MACS IV, CFCV IV en EDACS IV), na een hersenvliesontsteking op heel jonge leeftijd. Daarnaast heeft ze epilepsie, die nog niet onder controle is, omdat ze nog geen medicatie krijgt. Het meisje kan niet staan of zich voortbewegen of zelfstandig eten en drinken. Mama moet helpen bij alles terwijl nog drie kinderen haar aandacht nodig hebben. Dat alles begint steeds zwaarder te wegen.

Wie bij Germaine op bezoek wil, moet de weg kennen. Een navigatie-app zal je de weg niet wijzen want deze straatarme buurt in de heuvels rondom hoofdstad Yaoundé, kent geen straatnaambordjes of huisnummers, verharde wegen of riolering. Vandaag arriveert bezoek, te voet. Een select gezelschap, stuk voor stuk experts in hun vakgebied: van een KNO-arts tot een fysiotherapeut, van een expert in inclusief onderwijs tot een



Foto: CBCHS

In gesprek tijdens het bezoek.

ervaringsdeskundige van een overkoepelende patiëntenvereniging. Experts met uiteenlopende achtergronden die één ding gemeen hebben: allemaal zijn ze docenten. Ze zijn gekomen om hun vakkennis te verdiepen.

Véronique kan hen vertellen wat het betekent om een kind met een beperking te verzorgen. Onder andere door actief naar Véronique te luisteren, en via een semigestructureerd interview, verbreden en verdiepen de docenten hun kennis. En leren ze hoe het is om in de schoenen te staan van de mensen die ze opleiden zodat ze hun lessen daarop kunnen afstemmen.

De opleiding in kwestie is gericht op de methodiek *Community Based Rehabilitation (CBR)*, een effectieve multi-sectorale aanpak voor revalidatie in landen met weinig middelen en weinig revalidatiedeskundigen. De docenten nemen voor één middag de rol van CBR-werker op zich.

Het curriculum van deze nieuwe 1-jarige CBR Certificate opleiding is ontwikkeld door de gezondheidsorganisatie *Cameroon Baptist Convention Health Services (CBCHS)*, strategische partner van het Liliane Fonds in Kameroen, in nauwe samenwerking met universiteiten in Zuid-Afrika en Zimbabwe, de revalidatie-experts van het Liliane Fonds en het in CBR gespecialiseerde bureau Enablement. Met als doel: de kwaliteit en het aanbod van revalidatiezorg in Kameroen structureel naar een hoger niveau brengen.

Foto: Lilitane Fondis



Training bij CBCHS in Yaoundé.

CBR is de kern van de werkwijze van het Liliane Fonds en zijn partnerorganisaties in Afrika, Azië en Latijns-Amerika. In de CBR-aanpak wordt de hele gemeenschap betrokken bij de revalidatie van een kind: ouders, verzorgers en familieleden, maar ook gezondheidswerkers en andere dienstverleners, religieuze leiders, buurtbewoners, leerkrachten en lokale overheden. De aanpak brengt een bekend gezegde in de praktijk: *it takes a village to raise a child*.

Een sleutelrol daarbij heeft de CBR-werker (vergelijkbaar met een sociaal werker). In Kameroen is dit veelal iemand die met een beperkte opleiding als vrijwilliger werkt. Iemand die zelf onderdeel is van de gemeenschap en daardoor gezinnen met kinderen kan identificeren en verwijzen naar het lokale aanbod van gezondheidszorg, onderwijs en psychosociale zorg. Maar ook op het gebied van levensonderhoud, omdat armoede en het hebben van een beperking vaak hand in hand gaan. Voor ouders is deze persoon het eerste aanspreekpunt, degene die alle schakels met elkaar verbindt. *Listen, look, link* is het mantra van de CBR-werker. Samen ontwikkelen die schakels een samenhangend plan om het kind op alle vlakken vooruit te helpen: van therapie tot onderwijs, van betere huisvesting tot mogelijk een vakopleiding, en ouders worden gecoacht bij het vinden van een duurzame bron van inkomsten.

Deze multi-sectorale aanpak maakt het mogelijk om op een holistische manier te kijken naar een kind met een beperking. Het ICF-framework speelt hierbij ook een belangrijke rol. Om zorgbehoeften en hulpvragen in kaart te brengen, doelen te stellen en zorg te monitoren, gebruikt CBCHS logboeken die gebaseerd zijn op de ICF-principes. Zo wordt gewerkt aan tijdige en kwalitatieve goede zorg om kwaliteit van leven van zowel kind als gezin te verbeteren.

ANDERE REALITEIT

De realiteit in Kameroen is compleet anders dan de Nederlandse. Nog afgezien van de maatschappelijke ontwrichting door een voort-



Foto: Lilitane Fondis

duurende burgeroorlog, kampt de gezondheidszorg in Kameroen met een groot tekort aan goed opgeleide zorgprofessionals en aan orthopedische middelen. Die andere context betekent ook dat Nederlandse oplossingen hier niet een-op-een toepasbaar zijn. Een Nederlandse rolstoel bijvoorbeeld, is niet geschikt voor het ruwe terrein in een buitenwijk van Yaoundé. Meestal werkt het beter om middelen lokaal te laten maken, door vakmensen die weten wat hier nodig is en die ze ook kunnen onderhouden. Een uitgangspunt van de CBR-methodiek is dan ook: zo lokaal als mogelijk, zo internationaal als noodzakelijk. Germaine gebruikt dankzij 'haar' CBR-werker zo'n lokaal gemaakte rolstoel, die een enorm verschil maakt. Ze kan nu zelfstandig zitten in een goede houding, in plaats van altijd gedragen te moeten worden. Dat betekent een grote verlichting voor Véronique.

Versterken wat er lokaal voorhanden is dus, zowel hulpmiddelen en voorzieningen als kennis. Die expertise heeft vooral een kwaliteit-simpuls nodig, moet met elkaar verbonden worden en moet dezelfde taal gaan spreken. Er is bijvoorbeeld veel variëteit in de manier waarop CBR-werkers hun rol invullen, doordat in Kameroen, net als in de meeste landen, geen opleiding bestaat voor dit vakgebied. Evenmin bestaan er gestandaardiseerde werkwijzen, beroepsnormen of kwaliteitscriteria. Een concrete stap die inmiddels al is gezet om te komen tot meer uniformiteit, is de ontwikkeling van het logboek dat CBR-werkers gebruiken bij hun assessment van kinderen, en dat gebaseerd is op de ICF-principes.

ZORGKOMPAS ZORGT VOOR KWALITEITSIMPULS

Wat geldt voor CBR-werkers, geldt voor de gehele revalidatiezorg in Kameroen. Door het ontbreken van goede opleidingen voor revalidatieprofessionals op verschillende niveaus - van fysiotherapeuten en ergotherapeuten tot algemeen revalidatiewerkers - is de kwaliteit van de revalidatiezorg ondermaats. Veel fysiotherapeuten gebruiken achterhaalde behandelmethodes, die soms nog dateren uit de koloniale tijd. In het beste geval zijn →

Foto: Liliane Fonds



Inge Groenewegen tijdens de training bij CBCHS in Youndé.

die methodes weinig effectief, maar ze kunnen ronduit schadelijk zijn voor een kind. Veel kinderen die cerebrale parese (CP) hebben, worden bijvoorbeeld gemasseerd en doorbewogen zonder dat er functioneel geoefend wordt.

Deze achterstand in kennis en vaardigheden moet worden omgekeerd, besloten het Liliane Fonds en *Cameroon Baptist Convention Health Services*. Daarom startten ze, met financiële steun van de *AFAS Foundation*, in 2021 een vierjarig traject om de revalidatiezorg in Kameroen een kwaliteitsimpuls te geven: Zorgkompas. Aan de basis hiervan ligt de ontwikkeling van goede opleidingen voor revalidatieprofessionals op verschillende niveaus voor ergotherapeuten, fysiotherapeuten, mid-level rehabilitation workers en CBR-werkers, aangepast en relevant gemaakt voor de lokale context. Zo groeien het bereik, de kwaliteit en samenwerking van de revalidatiediensten voor degenen die deze het hardst nodig hebben, zoals kinderen en jongeren met een beperking.

Een van de opleidingen die zijn ontwikkeld binnen Zorgkompas, is de genoemde 1-jarige certificaatopleiding voor CBR-werkers, de eerste in zijn soort in Kameroen en omgeving. De 24 docenten die deze opleiding onderwijzen, werden vanaf oktober 2021 zelf getraind. Eerst via een online programma, daarna met een training op locatie bij CBCHS.

De training werd verzorgd door Angélique Kester (adviseur Revalidatie en CBR) en Inge Groenewegen (adviseur CBR) van het Liliane Fonds. Als kennismakelaars, sparringpartners en adviseurs voor de lokale partners van het Liliane Fonds hebben beiden hun sporen verdiend als revalidatie-experts: Angélique werkte onder andere 16 jaar als ergotherapeut bij Rijndam Revalidatie en daarnaast met haar stichting in Vietnam, Inge was eerder fysiotherapeut bij Rijndam Revalidatie en Basalt en werkte daarna 15 jaar in het Caribisch gebied en Afrika.



Foto: Liliane Fonds

Angélique Kester bespreekt het ontwikkelingsplan van een kind met één van de cursisten.

Het huisbezoek aan Germaine is onderdeel van de training. Germaine geniet van de interactie met de bezoekers en probeert met hen te communiceren. De docenten nemen de tijd om naar haar en Véronique te kijken en te luisteren en vragen te stellen. Vandaag zijn moeder en dochter hun kompas, op de weg richting een nieuw zorglandschap in Kameroen.

EEN EERLIJKE KANS VOOR KINDEREN MET EEN HANDICAP

De grootste belemmering voor kinderen met een beperking in de armste delen van de wereld: het gebrek aan een eerlijke kans. Samen met lokale partnerorganisaties in dertig landen in Afrika, Azië en Latijns-Amerika verbetert het Liliane Fonds hun levenskwaliteit en toekomstkansen.

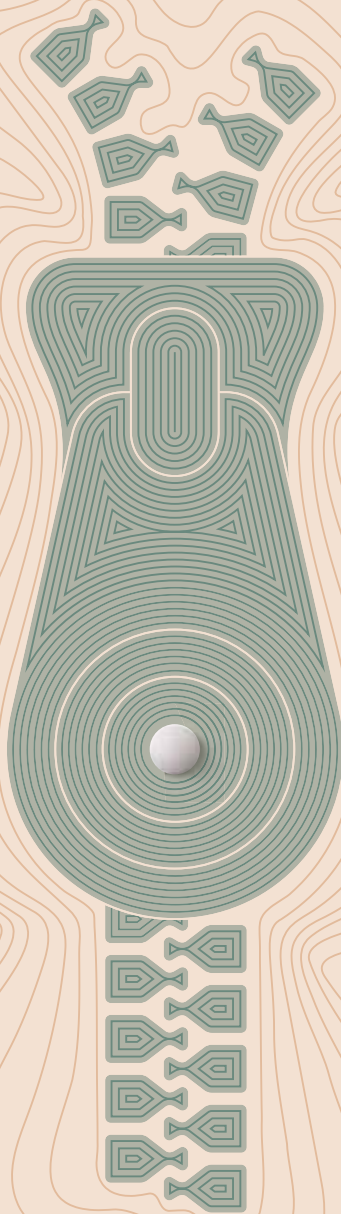
Hierbij werken specialisten van het Liliane Fonds nauw samen met nationale en internationale netwerken en kennisinstituten, zoals het *International Disability and Development Consortium*, *CBR Global Network*, *London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM)* en WHO-werkgroepen. Het Liliane Fonds levert inhoudelijk bijdragen aan technische meetings van de WHO rondom onder andere *primary health care en packages for interventions in rehabilitation*.

Zo onderzocht het Liliane Fonds met LSHTM voor de WHO in Guatemala de toegang tot en ervaring met hulpmiddelen. Met de WHO, de Monash University in Australië en het *Center for Inclusive Policy* in Amerika onderzocht het Liliane Fonds de impact van COVID-19 op toegang tot hulpmiddelen en publiceerde daarover. Zorgkompas is niet onopgemerkt gebleven: op uitnodiging van de WHO gaf CBCHS een presentatie op een congres over het nieuw ontwikkelde *Rehabilitation Competency Framework*. ←

TOLPERMYO® DE ORALE PRECISIE AANPAK VAN SPASTICITEIT

DOEL:
PATIËNT KAN ZELF RITS
OPEN EN DICHT DOEN

SORAYA, 63 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.



MILTON PELGRIM: 'IK MOET VEEL IMPROVISEREN'

Werkweek van de revalidatiearts in Suriname

Milton Pelgrim is in Nederland opgeleid en werkt sinds enkele jaren in Suriname. In dit artikel geeft hij een weergave van zijn werkweek. Dit is niet te vergelijken met de situatie in Nederland.



DRS. M.R.P. (MILTON) PELGRIM

Revalidatiearts, Academisch Ziekenhuis Paramaribo (AZP),
Suriname



CORRESPONDENTIE

pelgrim81@gmail.com

Mijn naam is Milton Pelgrim, en ik ben de enige actieve revalidatiearts in Suriname in dienst van het revalidatiecentrum van het Academisch Ziekenhuis in Paramaribo (AZP). Ik ben geboren en getogen in Suriname en heb hier mijn geneeskunde-opleiding volledig gevolgd. Mijn interesse in de revalidatiegeneeskunde is gegroeid toen ik deelnam aan een twinningproject Suriname-Nederland met als doel het opzetten van een bewegingslab in Suriname. Om in Nederland de opleiding revalidatiegeneeskunde te kunnen volgen, heb ik BIG-examens voor buitenlandse artsen en aanvullende klinische stages moeten doen. Op basis hiervan heb ik aan de VU mijn masterdiploma geneeskunde verkregen. Mijn opleiding tot revalidatiearts volgde ik binnen het OOR VUmc in de periode 1 januari 2014 t/m 31 december 2017.

Om een beeld te krijgen van het werken in Suriname is het goed om te weten dat Suriname geen intensief klinisch revalidatietraject kent. De faciliteiten en het personeel daarvoor zijn er niet. Een aantal revalidanten in het ziekenhuis wordt langlijger, maar

grotendeels worden revalidanten thuis opgevangen door mantelzorgers. Van huis uit gaan de meesten poliklinisch revalideren in het revalidatiecentrum. Sommige revalidanten kiezen voor fysiotherapie aan huis of in de periferie. Ook logopedie is in de eerste lijn mogelijk, ergotherapie is er voor volwassenen niet.

Ik doe consulten op de verschillende acute geneeskunde-afdelingen van het AZP, met name op de afdeling neurologie en poliklinische consulten in het revalidatiecentrum van het AZP.

Mijn werkdagen zijn normaliter van maandag t/m vrijdag tussen 7.00 en 15.00 uur. Ik heb een weekprogramma met vooral



Milton Pelgrim, revalidatiearts in Suriname.

patiëntgebonden activiteiten. Tijd voor administratie heb ik meestal buiten mijn normale werktijden en/of werkdagen. Daarnaast begeleid ik ook artsen in opleiding, die in het laatste jaar van hun opleiding vier weken stage revalidatiegeneeskunde moeten doen. Verder geef ik colleges aan de Faculteit der Medische Wetenschappen (FMeW) voor de disciplines Fysiotherapie en Geneeskunde.

HOE ZIEN MIJN WERKDAGEN ER (MEESTAL) UIT?

Op maandag begint mijn werkdag buiten het revalidatiecentrum. Eerst college op FMeW, daarna een multidisciplinair overleg (MDO) op de klinische afdeling van neurologie, met de revalidatiearts als voorzitter van een team bestaande uit de zaalartsen van de afdeling neurologie, een fysiotherapeut, een ergotherapeut en een medisch maatschappelijke werker. Zo'n overleg duurt ongeveer een uur. Het tweede deel van de dag doe ik poliklinische consulten in het revalidatiecentrum. Het revalidatiecentrum is een poliklinisch centrum met een team bestaande uit de revalidatiearts, 2 logopedisten, 2 ergotherapeuten, 8 fysiotherapeuten, inclusief 1 kinderfysiotherapeut, en een instrumentenmaker. Voor psychosociale ondersteuning worden revalidanten verwezen naar medisch maatschappelijk werk of de medisch psycholoog. De medisch maatschappelijke dienst is op het terrein van het AZP. Het AZP is op loopafstand van het revalidatiecentrum.

Op de dinsdagen heb ik een volledig poliklinische dag, waaronder twee keer per maand het technisch spreekuur (TSU) over prothesiologie en orthesiologie, samen met de enige instrumentenmaker in het centrum en een fysiotherapeut.

De woensdag wordt besteedt aan overlegmomenten en poliklinische consulten in het revalidatiecentrum. Zo is er elke eerste woensdag van de maand gangbeeldanalysebespreking met de bewegingswetenschapper van het bewegingslab van de FMeW en de enige kinderfysiotherapeut in Suriname. Op de tweede woensdag van de maand is er MDO voor volwassen revalidanten op de polikliniek, samen met de ergotherapeut, logopedist en fysiotherapeut. Op de derde woensdag van de maand is er KinderMDO samen met de ergotherapeut, logopedist, kinderfysiotherapeut, bewegingswetenschapper van ganglab en een kinderarts, als die niet door acute bijzonderheden verhinderd wordt. Binnenkort krijgen we een kinderneuroloog, die in de plaats van de kinderarts komt. Op het kinderMDO worden ook bijzonderheden ten aanzien van de kinderen van de Mytylschool besproken. De Mytylschool is een zelfstandige stichting op



KinderMDO team. Op de foto Milton in overleg met de kinderfysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist en bewegingswetenschapper.

hetzelfde terrein als het revalidatiecentrum. De kinderen van de Mytylschool hebben vooral contact met de kinderfysiotherapeut. Ook een aanvraag voor plaatsing op de Mytylschool wordt op het kinderMDO in behandeling genomen. Verder vindt er elke woensdag hoofdenoverleg plaats met de verschillende disciplines in het revalidatiecentrum en onze operation manager.

Donderdag is weer een volledig poliklinische dag, waaronder één keer per maand MDO met een orthopeed en een particuliere orthopedisch schoenmaker.

De vrijdag ziet er min of meer uit als de maandag met eerst college op FMeW en activiteiten in de kliniek en daarna poliklinische consulten in het revalidatiecentrum.

Vergeleken met Nederland zijn de patiëntgebonden polidagen druk, waarbij 15-25 revalidanten op een dag worden gezien. Dat betekent ook dat je minder tijd hebt voor een revalidant dan je zou willen.

De artsen in opleiding, die stage lopen bij de discipline revalidatiegeneeskunde, spelen een belangrijke rol in het volledig in kaart brengen van de klinische patiënten op afdeling Neurologie. De afgelopen twee jaren heb ik vanwege de covid-situatie vaak periodes van maanden gehad, dat ik het moest doen zonder deze artsen in opleiding. Ze werden massaal ingezet voor de acute covid-zorg. Het is dan behoorlijk zoeken naar gaten tussendoor om de klinische consulten te doen en dan gaat het om beknopte evaluaties. Kortom het is in Suriname veelal roeien met de riemen die je hebt en veel improviseren. ←



Amputatie en prothesiologie op Curaçao

De lokale situatie met betrekking tot amputaties van de onderste extremiteiten op Curaçao verschilt in belangrijke mate van de situatie in Nederland. De verschillen zijn nog vele malen groter als het gaat om de (toegang tot een) prothesevoorziening en zullen in dit artikel nader worden uitgelegd.



DRS. J.D. (JUAN) MARTINA

Revalidatiearts Revalidatiecentrum Curaçao, onderdeel van De Stichting Gehandicapten en Revalidatiezorg (SGR) Groep



JUAN MARTINA



CORRESPONDENTIE

juan_martina@sgrgroep.org

Curaçao kent een zeer hoge incidentie van diabetes mellitus (DM) maar exacte cijfers zijn niet bekend. De geschatte prevalentie van *self reported* diabetes mellitus op Curaçao varieert tussen 14% en 25% volgens een bevolkingsonderzoek gepubliceerd in 2007 door het toenmalige Bureau Ziektekosten Voorzieningen. Recentere cijfers zijn niet voorhanden.

In oktober 2021 hebben we de belangrijkste aspecten rondom de amputatie en prothesiologie op Curaçao gepresenteerd op het revalidatiecongres van de Nederlands Antilliaanse Stichting voor Klinisch Hoger Onderwijs (NASKHO) naar aanleiding van een retrospectief onderzoek van de periode januari 2017 tot september 2021.

DE CIJFERS

Op Curaçao worden gemiddeld 60 beenamputaties (exclusief amputaties onder de enkel) per 100.000 inwoners per jaar ver-

richt, wat neer komt op 96 amputaties per jaar.

52 van de 96 patiënten met een amputatie worden door de revalidatiearts verwezen voor revalidatie in het revalidatiecentrum. De overige 44 patiënten hebben geen indicatie voor medisch specialistische revalidatie vanwege forse comorbiditeit of psychiatrische stoornissen.

De etiologie van de amputaties is als volgt: DM 60%, perifere vaatziekte 35%, trauma 4% en tumor 1%. Van de patiënten met een amputatie is 60% man, 40% vrouw, met een gemiddelde leeftijd van 63,24 jaar. De meest frequente comorbiditeiten zijn na diabetes mellitus: hypertensie, nierinsufficiëntie, hart- en vaatziekten, hypothyreoïdie, dementie en CVA. Van de patiënten heeft 70% twee of meer comorbiditeiten.

Tussen januari 2017 en september 2021 werden 210 patiënten met een beenamputatie naar het revalidatiecentrum Curaçao verwezen.

Het aantal amputaties naar operatieniveau was als volgt:

- Transtibiale amputatie (TTA): 132
- Transfemorale amputatie (TFA): 45
- TTA bilateraal: 19
- TFA bilateraal: 5
- TTA en TFA: 9

Van de 210 patiënten die naar het revalidatiecentrum werden verwezen bleken 148 (70,5%) een indicatie te hebben voor prothesisering. Dit betekent dat bij 29,5% van de patiënten geen prothese werd voorgeschreven (door complicaties, door overlijden of omdat het vasgestelde activiteitsniveau volgens de internationale classificatie te laag was (K0 of K1) om in aanmerking te komen voor het verstrekken van een prothese volgens de regels van de zorgverzekeraar, de Sociale Verzekeringsbank (SVB).

Het tijdsbestek tussen amputatie en consult revalidatiearts bedroeg bij meer dan 90% van de patiënten tussen twee en zeven dagen. De tijdsduur tussen start fysiotherapie en verstrekking van de prothese was 11,6 weken, terwijl de tijdsduur tussen voorschrijven van de prothese en de daadwerkelijke levering 8,9 weken was. De prothesetraining nam ca. 30 weken in beslag. De totale tijdspanne vanaf het moment van de amputatie tot einde revalidatie was 54,3 weken.

HET REVALIDATIEPROCES

Tabel 1. Het revalidatieproces.

week	fysiotherapie	week	COP
1&6	screeningsfase	3&4	TSU: K-niveau evalueren en keuze onderdelen
		4&6	Wachten op goedkeuring zorgverzekeraar
4&6	pre-prothesefase	6&7	aanmeetfase
6&8	pre-prothesefase	7&8	afleveringsfase
7t/m15	prothesefase	9	eerste controle
		11	tweede controle
		14	derde controle
		15	afwerkingsfase
14t/m19 (21)	prothesefase		

TSU: technisch spreekuur; COP: Curaçao Orthotics and Prosthetics; K niveau: activiteitsniveau.

De revalidatie van patiënten met een beenamputatie op Curaçao vindt zoveel mogelijk plaats volgens de richtlijn amputatie en prothesiologie in Nederland, rekening houdend met de lokale (financiële) beperkingen en mogelijkheden. De keuze van het type prothese wordt doorgaans bepaald door:

- Leeftijd en activiteitsniveau van de patiënt
- Algemene conditie/comorbiditeit
- Amputatieniveau
- Lengte, vorm, belastbaarheid stomp
- Toestand van huid en weke delen
- Toestand van proximale gewrichten
- Functie niet-geamputeerde been
- Financiële mogelijkheden/verzekering

NAZORG

Gedurende het eerste jaar na verstrekking van de prothese wordt de patiënt elke vier maanden ter controle gezien op het technische spreekuur, in het tweede jaar elke zes maanden en vanaf het derde jaar vindt controle een keer per jaar plaats. Uiteraard kan de

patiënt bij problemen altijd terecht bij de orthopedische werkplaats. Bij de controles wordt gekeken naar de pasvorm van de prothese, de uitlijning en de aanwezigheid van stomppijn, fantoompijn, huidproblemen en technische mankementen. 70% van de patiënten meldt fantoomsensaties en bij 60% is er sprake van fantoompijn.

DE PROBLEMEN EN UITDAGINGEN

De problemen die we in de dagelijkse praktijk tegenkomen kunnen worden onderverdeeld in:

Patiënt-gerelateerde problemen (culturele aspecten, socio-economische situatie, slechte voedingsgewoontes, inadequaat schoeisel, diabetescontrole en therapietrouw, acceptatie en comorbiditeit).

Organisatorische aspecten (wachtrij, planning, personeelsbezetting).

Medische factoren (comorbiditeit, beperkte beschikbaarheid vaatchirurgen, variatie in operatietechniek en amputatievaardigheden, gebrek aan interesse voor amputaties door chirurgen).

Zie figuur 1a en 1b.



Figuur 1a. en 1b. Voorbeelden van slechte stompkwaliteit na transfemorale amputatie.

Beleid Sociale Verzekeringsbank (SVB)

Wellicht is het ondoorgroondelijke en onrechtvaardige zorgbeleid van de grootste verzekeraar van Curaçao, de SVB (90% van alle verzekerden), het belangrijkste obstakel voor een optimale revalidatiezorg op het eiland, zeker op het gebied van hulp- en kunstmiddelen zoals prothesen, orthesen, rolstoelen, speciaal schoeisel, etc.

Willekeur bij de beoordeling van aanvragen van voorzieningen

Het beleid van de SVB op Curaçao wordt gekenmerkt door een grote mate van willekeur bij de verstrekkingen. Als men contacten heeft binnen de SVB krijgt men onvoorwaardelijk de voorgeschreven →



voorzieningen goedgekeurd die anderen om onduidelijke redenen niet krijgen. Er zou een intern beleidsdocument bestaan dat niet voor externe partijen inzichtelijk is. Het dekkingspakket is beperkt en staat een optimale re-integratie van de patiënten in de weg. Als voorbeeld: iemand met een amputatie heeft naast de prothese, geen recht op een rolstoel. Een hoog-laag bed, douchestoel en huisaanpassingen voor mensen met ernstige mobiliteitsbeperkingen worden niet verstrekt. Aangepast schoeisel kan in principe alleen bij mensen met een diabetische voet worden voorgeschreven en niet bij andere voetpathologie. Patiënten met een amputatie en een activiteitsniveau K0 en K1 hebben geen recht op een (sier)prothese. Loophulpmiddelen worden niet vergoed. Een nijpend probleem is de vervangingsregeling van prothese (kokers). Tot drie jaar geleden was het mogelijk om een prothesekoker na twee of drie jaar te vervangen wanneer door slijtage van de onderdelen of atrofie van de stomp deze niet meer een adequate pasvorm had. Tegenwoordig is vervanging van een koker pas na vijf jaar mogelijk. Dit is helaas voor veel patiënten reden om niet meer te kunnen lopen. Zie figuur 2a t/m 2d.

Een gelukkige uitzondering op het eiland wordt gevonden bij de particuliere zorgverzekeraars. Alleen de happy few (slechts ca. 10% van alle verzekerden is particulier verzekerd) op het eiland

hebben toegang tot adequate en moderne prothesen die door de orthopedische werkplaats gefabriceerd kunnen worden.

Tarieven

De prijzenlijst die door de SVB gehanteerd wordt bij de vergoeding van orthopedische hulpmiddelen is sinds begin jaren nul (na 2000) nooit bijgesteld. Vaak moet de orthopedische werkplaats onder kostprijs de producten leveren. De lijst van producten die vergoed worden wordt steeds kleiner en er mogen geen nieuwe producten aan de lijst toegevoegd worden. Er is derhalve geen mogelijkheid voor innovatie.

VERGELIJKING VERGOEDINGEN PROTHESEN

Tabel 2. Vergelijking vergoedingen prothesen.

Onderbeen	USA	Bonaire	Nederland	Curaçao (SVB)
Interim	\$ 5.000	\$ 1.700	In de totale prijs	
K2 niveau	\$ 10.000	\$ 2.400	€ 8.250	\$ 1.631
K3-4 niveau	\$ 20.000	\$ 4.000	€ 13.400	\$ 2.574
Liner		\$ 1.354		\$ 1.280
Cosmetiek		\$ 551		\$ 352
Bovenbeen				
		\$ 2,650	In de totale prijs	0
K2 niveau	\$ 15.000	\$ 4.617	€12.400	\$ 3.175
K3-4 niveau	\$ 35.000	\$ 9.500	€17.500	\$ 7.619
C-leg	\$ 120-150.000	-	€80.000	0



Figuur 2a t/m 2d.
Voorbeelden van prothesen die niet vervangen kunnen worden vanwege het 5 jaren-beleid.

BESPREKING

De incidentie van grote amputaties van de onderste extremiteiten op Curaçao (60/100.000 inwoners) al dan niet gerelateerd aan diabetes mellitus is zeer hoog in vergelijking met Nederland (20/100.000 volgens de Nederlandse richtlijn amputatie en prothesiologie van 2020). Goede maatschappelijke participatie van geamputeerde patiënten wordt in grote mate bepaald door de kwaliteit van de prothesevoorziening.

Als gevolg van bezuinigingen door de zorgverzekeraar is de kwaliteit van de prothesiologie op Curaçao in de afgelopen jaren naar het niveau van onderontwikkelde landen gezakt

Iedere patiënt met een amputatie verwacht een adequate en moderne prothese te krijgen om optimaal te kunnen functioneren. Patiënten hebben immers toegang tot internet en kunnen zien welke mogelijkheden er zijn op het gebied van prothesen. Ook kennen ze mensen die moderne prothesen dragen en willen zelf ook een goede prothese hebben. Het is ook logisch dat in geval van slijtage de patiënt een nieuwe voorziening tijdig wil hebben

en niet jaren moet wachten op vervanging van de oude prothese. Echter, met de door SVB gehanteerde tariefstelling is deze mogelijkheid niet aanwezig. Vaak zal de patiënt tot vijf jaar moeten wachten alvorens een nieuwe prothese aangemeten kan worden. Indien de prothese niet meer past of versleten is binnen die vijf jaar kan de patiënt geen aanspraak maken op een nieuwe. Deze situatie is naar mijn mening onacceptabel.

Het fonds voor bijzondere ziektekosten (AVBZ) waaruit de orthopedische hulpmiddelen zouden moeten worden bekostigd werd bijna tien jaar geleden overgeheveld naar een 'schommelfonds' voor algemene doelen, beheerd door de SVB, waardoor de bekostiging van (orthopedische) hulpmiddelen en woonvoorzieningen in het gedrang kwam.

Via particuliere initiatieven waaronder de oprichting van een speciaal fonds voor de verstrekking van hulpmiddelen aan patiënten die geen aanspraak kunnen maken op een adequate prothese, zijn we nu bezig om deze situatie te veranderen. Hierbij worden twee voornaamste doelen nagestreefd:

1. Het praktisch (o.a. financieel) en juridisch bijstaan van personen die vergoeding van Bijzondere Ziektekosten niet krijgen voornamelijk als gevolg van het genoemde 'Schommelfonds'.
2. Het bewerkstelligen dat Bijzondere Ziektekosten weer zullen worden uitgekeerd zoals vóór 2013 het geval was onder de Landsverordening Algemene Verzekering Bijzondere Ziektekosten middels alle wettige middelen waaronder een verzoek aan het Gerecht tot herstel van het AVBZ-fonds als onafhankelijk fonds en derhalve het verwijderen van dit AVBZ-fonds uit het bij de Landsverordening Basisverzekering Ziektekosten ingestelde 'Schommelfonds' en voorts om het AVBZ-fonds onder beheer te brengen van een onafhankelijke Uitvoeringsorganisatie (UO).

De realiteit anno 2022 is dat Curaçao over de technische mogelijkheden en de professionele knowhow beschikt om prothesen van de beste kwaliteit en hoog niveau te leveren. De praktijk leert echter dat als gevolg van de gebrekkige bekostigingssystematiek en het willekeurige beleid van de SVB als grootste zorgverzekeraar, de kwaliteit van de prothesiologie op Curaçao in de afgelopen jaren naar het niveau van onderontwikkelde landen is gezakt.

We hopen met bovengenoemd particulier initiatief een bijdrage te kunnen leveren aan een betere kwaliteit van zorg op Curaçao zodat de patiënten de juiste voorzieningen kunnen krijgen, waar ze recht op hebben. ←



Silver linings van een pandemie – een Australische ervaring

Voor de COVID-19-pandemie werd de zorg voornamelijk in de spreekkamer op de polikliniek geleverd. Nu wordt Telehealth volop geaccepteerd door zowel zorgverleners als ouders en kinderen, en in een enorm land als Australië heeft dit veel voordelen; *Every cloud has a silver lining*.



A.G.M. (ANTOINETTE) BOTMAN MD FAFRM

Kinderrevalidatiearts, hoofd Spina Bifida Service en Spinal Cord Injury en Disease Service, Kids Rehab department, The Children's Hospital at Westmead, Sydney, Australië



CORRESPONDENTIE

antoINETTE.botman@health.nsw.gov.au

Australië is een land dat een continent van 7,6 miljoen vierkante kilometer vormt en het is daarmee net zo groot als heel Noord-Amerika. De bevolkingsdichtheid is laag en de meeste van de 26 miljoen inwoners wonen langs de kust. Dat klinkt simpel en overzichtelijk; 85% van de mensen woont niet in de *bush*, 70% woont zelfs in de *capital cities* van de acht deelstaten. Zo'n acht miljoen mensen wonen in de dichtstbevolkte deelstaat New South Wales, waar ook ik sinds 2007 woon en werk. Australië is een oud maar ook een jong land. Al meer dan 65.000 jaren wordt het bevolkt door de Aboriginals: 's werelds oudste inheemse bevolkingsgroep. Als continent werd het in de 17e eeuw door Nederlandse zeevaarders 'ontdekt' en heette het tijdelijk New Holland. Vanaf 1770 vestigden de Britten zich er. Sindsdien is het een immigratieland met aanvankelijk een mix aan Europeanen (Britten, Italianen, Grieken, Duitsers) gevolgd door mensen uit Zuidoost-Azië (China, Vietnam, Filipijnen, India) en meer recentelijk vluchtelingen uit diverse oorlogsgebieden (Libanon, Irak, Afghanistan, Soedan). Zo'n 30% van de huidige bevolking is niet in Australië geboren en spreekt thuis een andere taal dan Engels.

Australië is een relatief welvarend land met een goede gezondheidszorg. Sinds 1975 bestaat Medicare, een soort 'ziekenfonds', waar je als permanente inwoner recht op hebt. De deelstaten beheren de ziekenhuizen, de federale regering draagt de kosten voor medicatie, eerstelijns zorg en ouderenzorg.

Kinderrevalidatie is in Australië een erkende deelspecialisatie van de kindergeneeskunde. Na twee jaar aanvullende training, inclusief een schriftelijk en een gestructureerd klinisch examen, verkrijgt men de titel FAFRM (*Fellow of the Australian Faculty of Rehabilitation Medicine*). Kinderrevalidatieartsen werken over het algemeen binnen een multidisciplinair team in een academisch kinderziekenhuis. De zes grootste deelstaten hebben allemaal één of twee kinderziekenhuizen met ieder een kinderrevalidatieteam en subspecialistische *services* voor specifieke aandoeningen (cerebrale parese, hersenletsel, dwarslaesie, amputatie).



Entree van het kinderziekenhuis in Westmead, Sydney.



Spina bifida team op Bondi Beach na de City2Surf run, Antoinette zit voorste rij rechts.

Het bezoek aan de polikliniek was soms een hele onderneming. Kinderen van families die op het platteland woonden waren soms genoodzaakt vier tot vijf uur te reizen om het ziekenhuis te bereiken voor hun afspraak. Als kinderen uit de *bush* naar de stad kwamen voor hun controlebezoek was het gebruikelijk dit te combineren met andere bezoeken (bijvoorbeeld aan de orthopedisch chirurg, de spalkenmaker). Indien geïndiceerd kwamen ze zelfs voor een week naar de stad voor een intensief revalidatieprogramma. Dan logeerde het hele gezin in het Ronald McDonald huis, wat voor het familieleven behoorlijk verstorend kon zijn. Broers en zusjes konden wel gebruik maken van de ziekenhuisschool, maar ouders moesten thuis vervanging regelen om een boerenbedrijf draaiende te houden. Aan de andere kant was het hen vaak wel wat waard om specialistische therapeutische input te ontvangen, want kindertherapeuten zijn over het algemeen schaars buiten de stad. Om efficiënter en familie-vriendelijker te werken werd telehealth al enkele jaren voor de pandemie door ons aangeboden, maar het werd door families en lokale zorgverleners minimaal ingezet.

En toen kwam er die pandemie: Australië deed er alles aan om het virus te elimineren. De landsgrenzen gingen dicht maar sommige staten sloten ook de grenzen met buurstaten (op het moment van het schrijven van dit artikel is *Western Australia* nog steeds voor de rest van Australië gesloten). Ziekenhuizen stonden het niet meer toe dat een gehandicapt kind met het hele gezin het ziekenhuis bezocht. Daarnaast werd telehealth-consultatie vergoed door Medicare. Het gebruik ervan werd dus aan alle kanten aangemoedigd.

Geleidelijk worden de voordelen van telehealth steeds duidelijker. Therapie wordt nu vaker virtueel geleverd door onze therapeuten, waarbij ouders meer intensief ingezet worden als therapie-assistent. Ook de samenwerking tussen therapeuten in de *bush* en de stad is door het gebruik van telehealth makkelijker geworden. Uiteraard zijn er financiële voordelen voor de familie (kosten voor benzine, accommodatie, maaltijden) om nog maar niet te spreken van risico's van het lange reizen naar de stad en de voordelen voor het milieu. Ook nadat we hebben leren leven met COVID ga ik ervan uit dat we het medium zullen blijven gebruiken. Kinderen thuis of op school 'bezoeken' tijdens het spreekuur geeft zeer interessante inzichten in de dynamiek binnen een gezin of klas. Als je dit 'ziet' wordt soms pas duidelijk waarom het bijvoorbeeld moeilijk is thuis-oefenprogramma's toe te passen. Ook families in de stad hebben de telehealth-consultatie omarmd. Veel immigranten nemen vaak een ander familielid mee als vertaler. Door de beperking in het aantal bezoekers aan het ziekenhuis verviel die mogelijkheid. Er was vaak schaarste voor het organiseren van een professionele tolk, maar die sluiten nu ook online aan tijdens de consultatie. Dit is zeer efficiënt, omdat zij dus ook niet meer heen en weer hoeven te reizen tussen diverse ziekenhuizen.

Concluderend heeft telehealth er dus voor gezorgd dat multidisciplinaire gespecialiseerde zorg tijdens een verstorende pandemie nog steeds op tijd geleverd kan worden. Zelfs de behandeling kan virtueel en in collaboratie plaatsvinden wat zeer familie-vriendelijk is en hopelijk op termijn tot betere resultaten leidt. ←

WalkAide II

The next generation drop foot FES system



Splash-proof design



Smartphone connectivity



Universal, 'One size' fit



Slim, lightweight design



Compact, self-contained system



2-year warranty



WalkAide II is a wearable self-contained splash resistant device which offers an effective treatment option for patients with drop foot.



Revalidatie kan wereldwijd 2,5 miljard mensen baten



PROF. DR. F. (FRANS) NOLLET

Hoogleraar en Revalidatiearts, Amsterdam UMC, locatie AMC

WAAROM DIT ONDERZOEK?

De wereldbevolking vergriest en het aantal mensen met niet-besmettelijke ziekten en letsels stijgt. Door deze epidemiologische trends neemt het aantal personen dat gedurende het leven met functionele beperkingen te maken krijgt sterk toe. Politieke keuzes en gezondheidszorgbeleid zijn nodig om deze wereldwijde toename tegen te gaan.

Veel mensen zouden gebaat kunnen zijn bij revalidatie, gedefinieerd als het spectrum van interventies die nodig zijn indien een persoon beperkingen ondervindt in het dagelijks fysiek, mentaal of sociaal functioneren ten gevolge van aandoeningen. In veel landen is revalidatie echter geen prioriteit en onvoldoende beschikbaar. Debet hieraan is de onterechte mening dat revalidatie alleen iets is om op terug te vallen indien behandelingen falen. Ook wordt revalidatie vaak beschouwd als dure tweede- of derdelijns zorg. Revalidatie-interventies zijn echter vaak kosteneffectief, kunnen grotendeels in de eerste lijn plaatsvinden en kunnen bijdragen aan preventie. Al met al reden voor de auteurs van de WHO en Amerikaanse statistici om na te gaan hoeveel mensen wereldwijd met functionele beperkingen te maken krijgen en in aanmerking komen voor revalidatie.

WAT IS DE ONDERZOEKSVRAAG?

Wat is de prevalentie en het aantal levensjaren met disability (YLD) van aandoeningen en (samengestelde) gevolgen, die gedurende het ziektebeloop baat zouden kunnen hebben van revalidatie, gebaseerd op de *Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study* (GBD) 2019?

HOE WERD DIT ONDERZOEKT?

Uit de GBD studie waren prevalentie, incidentie en YLD van 354 aandoeningen beschikbaar. In deze studie werd een selectie gemaakt van aandoeningen die voor revalidatie in aanmerking komen. Als eerste werden 20 aandoeningen geselecteerd met

het hoogste aantal YLD. Vervolgens werden de aandoeningen uitgesloten waarvoor revalidatie niet essentieel is of slechts een secundaire interventie. Tot slot werden revalidatie-experts gevraagd aandoeningen toe te voegen waarvoor revalidatie een essentiële interventie is als onderdeel van het behandelplan.

Uiteindelijk werden 25 aandoeningen geselecteerd uit de GBD-studie, en gecategoriseerd in zeven groepen.

In totaal hebben naar schatting 2,4 miljard mensen een aandoening die gedurende het beloop in aanmerking komt voor een vorm van revalidatie met in totaal 310 miljoen YLD. Musculoskeletale aandoeningen zijn het meest frequent met een prevalentie van 1,7 miljard en gaan gepaard met 149 miljoen YLD. Neurologische aandoeningen hebben een prevalentie van 255 miljoen en leiden tot 51 miljoen YLD. Stoornissen van gehoor- of gezichtsvermogen, mentale stoornissen, hart- en longaandoeningen en oncologische aandoeningen maken samen de overige 0,4 miljard personen en 1/3 van het totaal aantal YLD uit. Hierbij moet worden benadrukt dat in deze groepen streng geselecteerd is op de eerder genoemde criteria. De auteurs stellen dat aannemelijk is dat zij een te lage schatting maken met hun aanpak.

RELEVANTIE

Dit onderzoek laat zien dat revalidatie een essentiële component is van goede gezondheidszorg. Miljarden mensen kunnen hier baat bij hebben om beter te functioneren. Aanbieders over de breedte van revalidatie moeten zich verenigen en gezamenlijk een vuist maken om het beeld op revalidatie te veranderen. De auteurs pleiten ervoor revalidatie wereldwijd beter toegankelijk te maken, om te beginnen in veel landen in de eerste lijn. Dit onderzoek ondersteunt dat barrières voor samenwerking tussen echelons moeten worden geslecht om de zorg op de juiste plaats in de keten te kunnen geven en revalidatie betaalbaar te houden. ←

Heeft u zelf een interessant internationaal artikel of review van Cochrane gelezen? Schroom dan niet om deze te delen met de lezers van NTR. Auteursrichtlijnen voor de rubrieken Spotlight of Cochrane Corner vindt u op de VRA website.

Referenties

Cieza A, Causey K, Kamenov K, Wulf Hanson S, Chatterji S, Vos T. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2021;396(10267):2006-2017.

GESTRUCTUREERDE VOORTGANGSMETINGEN VOOR ZORG, ZORGEVALUATIE EN
WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK IN DE NEUROREVALIDATIE

Measurement Feedback System

Patiënten met niet-aangeboren hersenletsel (NAH) worden gekenmerkt door sterke heterogeniteit in neuropathologie, behandelrespons en de uiteindelijke uitkomsten. Dit bemoeilijkt in de dagelijkse praktijk de prognostiek en het bepalen van het behandelbeleid. Ontwikkelingen in de kunstmatige intelligentie bieden kansen om de verschillen tussen patiënten juist te benutten voor een beter begrip van NAH. Door gestructureerde klinische dataverzameling in te bedden in de klinische praktijk wordt een gestroomlijnd zorgproces gecreëerd dat een fundament biedt voor zorgevaluatie en wetenschappelijk onderzoek, gericht op de transitie naar gepersonaliseerde zorg.



R. (RUUD) VAN DER VEEN

Promovendus, Daan Theeuwes Centrum voor Intensieve Neurorevalidatie, Woerden, Nederland; Amsterdam UMC, Universiteit van Amsterdam, Emma Kinderziekenhuis, afdeling kindergeneeskunde, Emma Neuroscience Group & Follow Me Programma, Amsterdam Reproduction & Development, Amsterdam, Nederland

PROF. DR. J. (JAAP) OOSTERLAAN

Hoogleraar Pediatrische Neurowetenschappen, Amsterdam UMC, Universiteit van Amsterdam, Emma Kinderziekenhuis, afdeling kindergeneeskunde, Emma Neuroscience Group & Follow Me Programma, Amsterdam Reproduction & Development, Amsterdam, Nederland

M. (MIKE) BOS

Ergotherapeut, Daan Theeuwes Centrum voor Intensieve Neurorevalidatie, Woerden, Nederland

M. (MARA) VAN DOOREN

Fysiotherapeut, Daan Theeuwes Centrum voor Intensieve Neurorevalidatie, Woerden, Nederland

I (IŞIL) DÜDÜKÇU

Logopedist, Daan Theeuwes Centrum voor Intensieve Neurorevalidatie, Woerden, Nederland

DRS. A. (ANDRIES) VAN IPEREN

Revalidatiearts, Daan Theeuwes Centrum voor Intensieve Neurorevalidatie, Woerden, Nederland

DRS. L. (LINDA) KOOIMAN

Neuropsycholoog, Daan Theeuwes Centrum voor Intensieve Neurorevalidatie, Woerden, Nederland

K. (KAREL) NICOLAS

Algemeen directeur, Daan Theeuwes Centrum voor Intensieve Neurorevalidatie, Woerden, Nederland

PROF. DR. S.M. (SASKIA) PEERDEMAN

Neurochirurg, Hoogleraar professionele ontwikkeling, Amsterdam UMC, Vrije Universiteit Amsterdam, Afdeling Neurochirurgie, Amsterdam, Nederland

DR. M. (MARSH) KÖNIGS

Universitair docent Neurowetenschappen, Amsterdam UMC, Universiteit van Amsterdam, Emma Kinderziekenhuis, afdeling kindergeneeskunde, Emma Neuroscience Group & Follow Me Programma, Amsterdam Reproduction & Development, Amsterdam, Nederland; Daan Theeuwes Centrum voor Intensieve Neurorevalidatie, Woerden, Nederland.



CORRESPONDENTIE

r.vanderveen@amsterdamumc.nl

Het Daan Theeuwes Centrum voor Intensieve Neurorevalidatie heeft een systeem ontwikkeld voor het monitoren van de voortgang van het revalidatietraject van haar revalidanten, waarbij gebruik gemaakt wordt van gestructureerde klinische metingen. Deze klinische metingen worden per revalidant middels individuele dashboards inzichtelijk gemaakt en teruggekoppeld aan het behandelteam. De klinische metingen worden ook opgeslagen in een steeds groeiende database, die kan worden gebruikt voor zorgevaluatie en wetenschappelijk onderzoek gericht op verdere verbetering van de neurorevalidatie. Onlangs publiceerde het *Journal of Medical Systems* het wetenschappelijk artikel over de ontwikkeling en implementatie van het systeem in het Daan Theeuwes Centrum onder de titel *Measurement Feedback System for Intensive Neurorehabilitation after Severe Acquired Brain Injury*.¹ In het huidige artikel beschrijven we de achtergrond, het gebruik en de toepassingsmogelijkheden van het ontwikkelde systeem.

ACHTERGROND

De uitkomsten van niet-aangeboren hersenletsel (NAH) en de mogelijkheden voor herstel middels neurorevalidatie lopen sterk uiteen tussen revalidanten. Deze verschillen worden bepaald door complexe interacties tussen een groot aantal factoren gerelateerd aan pre-morbide kenmerken van de revalidant, etiologie van het NAH, de acute manifestatie van NAH, karakteristieken van de behandeling en omgevingsfactoren. Deze situatie beperkt klinische professionals in de dagelijkse praktijk waar het gaat om (i) het vaststellen van een redelijke verwachting van de behandelrespons, (ii) het personaliseren van de behandeling om de behandelrespons op individueel niveau te optimaliseren, (iii) het vaststellen van een betrouwbare prognose van de langetermijnevolgen van NAH, en (iv) het bepalen van het moment waarop de revalidatie-behandeling gestaakt zou moeten worden omdat redelijkerwijs geen verdere vooruitgang kan worden verwacht.

PRECISIEGENEESKUNDE

Precisiegeneeskunde is een opkomende benadering die een veelheid aan factoren in ogenschouw neemt om de zorg toe te snijden op de situatie van een individu. Daarmee is precisie-geneeskunde sterk afhankelijk van de beschikbaarheid van data om de complexe relaties tussen determinanten en uitkomsten te bepalen. In de huidige klinische praktijk worden veel beslissingen genomen op basis van subjectieve informatie die beschikbaar is voor de behandelaar.² Klinische data worden dikwijls niet systematisch verzameld en er is sprake van praktijkvariatie in gehanteerde meetinstrumenten en de timing van de afname van de metingen, die in grote mate afhangen van de individuele voorkeur van de betreffende behandelaar. Beschikbare data worden bovendien vaak niet zodanig opgeslagen dat deze gemakkelijk kunnen worden ontsloten voor analyses waarmee precisie-geneeskunde kan worden ondersteund (zoals in een database). Deze factoren vormen belangrijke belemmeringen voor de transitie in de richting van precisiegeneeskunde.

GESTRUCTUREERDE METINGEN

Het structureren en centraal registreren van klinische metingen kan een belangrijke bijdrage leveren aan de neurorevalidatie. Bestaand onderzoek naar multidisciplinair overleg (MDO) in de neurorevalidatie heeft laten zien dat het gebruik van gestructureerde klinische metingen een faciliterende rol heeft in het bereiken van een breed gedragen beeld van het functioneren van de revalidant binnen het behandelteam. Gestructureerde metingen kunnen ook bijdragen aan de samenstelling van een individueel behandelplan, gedetailleerde monitoring van voortgang en het bepalen van de behandelrespons. *Routine Outcome Monitoring* is een veelgebruikte methode die waardevolle gegevens oplevert over de uitkomsten van een behandeling, maar deze aanpak kent

meestal geen inbedding in het primaire zorgproces. Een *measurement feedback system* (MFS) bestaat uit gestructureerde klinische metingen die de voortgang van een individueel zorgtraject in kaart brengen, waarbij de resultaten tijdig en als klinisch bruikbare feedback worden teruggekoppeld aan het behandelteam.³

Door de gestructureerde aanpak wordt het mogelijk om met de data die middels het MFS worden verzameld een steeds groeiende database op te bouwen die kan worden benut voor het ontwikkelen van klinische predictiemodellen ter ondersteuning van de transitie naar precisiegeneeskunde. De implementatie van gestructureerde metingen in een klinische setting is echter uitdagend gebleken,⁴ waarbij belemmeringen vooral bestaan uit een gebrek aan consensus over de selectie van meetinstrumenten, de afwezigheid van technologische systemen die data-opslag en data-extractie faciliteren, tijdsbeperkingen en financiële restricties en onvoldoende adhesie aan metingen door behandelaren of revalidanten. Vanwege deze belemmeringen vraagt de succesvolle implementatie van een MFS een gecoördineerde inzet van de organisatie op het niveau van individuele behandelaars, het multidisciplinair behandelteam en management.

MFS VAN HET DAAN THEEUWES CENTRUM

Het Daan Theeuwes Centrum is een revalidatiecentrum gespecialiseerd in intensieve (klinische en poliklinische) neurorevalidatie van jongeren en jongvolwassenen (16-35 jaar) met ernstig NAH. Het behandelprogramma bestaat uit een zeer intensieve interdisciplinaire behandeling (20-25 uur per week) door een team bestaande uit een revalidatiearts, casemanager, neuropsycholoog, gezondheidszorgpsycholoog, fysiotherapeut, ergotherapeut, arm-handtherapeut, logopedist en maatschappelijk werker.

Het MFS van het Daan Theeuwes Centrum werd in verschillende fasen ontwikkeld (figuur 1) om klinische informatie vast te leggen, op te slaan en te visualiseren voor het behandelteam. Na de organisatorische voorbereidingen werd een raamwerk van meetmomenten ontworpen, die functioneel werden gekoppeld aan de structuur van het revalidatietraject. Op deze manier komt de informatie uit metingen steeds beschikbaar op sleutelmomenten waarop belangrijke beslissingen moeten worden genomen door het behandelteam. Onder leiding van vakgroepvertegenwoordigers is vervolgens door alle betrokken disciplines de inhoud van de gestructureerde metingen die worden uitgevoerd bij de revalidanten vastgesteld. De metingen kunnen verschillen per fase van het revalidatietraject. Door het inbouwen van onderlinge afhankelijkheden worden redundante metingen geminimaliseerd. Zo worden bijvoorbeeld bij een hogere mate van zelfstandigheid in het lopen (gemeten met de *Functional Ambulation Category*) aanvullende testen voor meer geavanceerde mobiliteit ontsloten. De vastgestelde meettrajecten werden vervolgens ingebouwd in een elektronisch →



Figuur 1. Overzicht van de ontwikkelingsfasen van het Measurement Feedback System.



Figuur 2. Kenmerken van de huidige status van het Measurement Feedback System van het Daan Theeuwes Centrum.

patiëntendossier dat is geoptimaliseerd voor gestructureerde metingen. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van het platform *Philips VitalHealth Questionnaire Manager*. Sinds april 2021 is het MFS volledig in gebruik in het Daan Theeuwes Centrum (figuur 2). In deze periode zijn 124 revalidanten met ernstig NAH geregistreerd, waarbij in totaal meer dan 15.000 klinische metingen zijn vastgelegd. De kwaliteit van het systeem wordt periodiek geëvalueerd, onder meer aan de hand van de compleetheid van de metingen. Hoewel ook uitdagingen bestaan, wordt de implementatie van het MFS intern gezien als succesvol. Dit blijkt onder meer uit de compleetheid van de metingen die nu op 86% ligt.

IN DE DAGELIJKSE PRAKTIJK

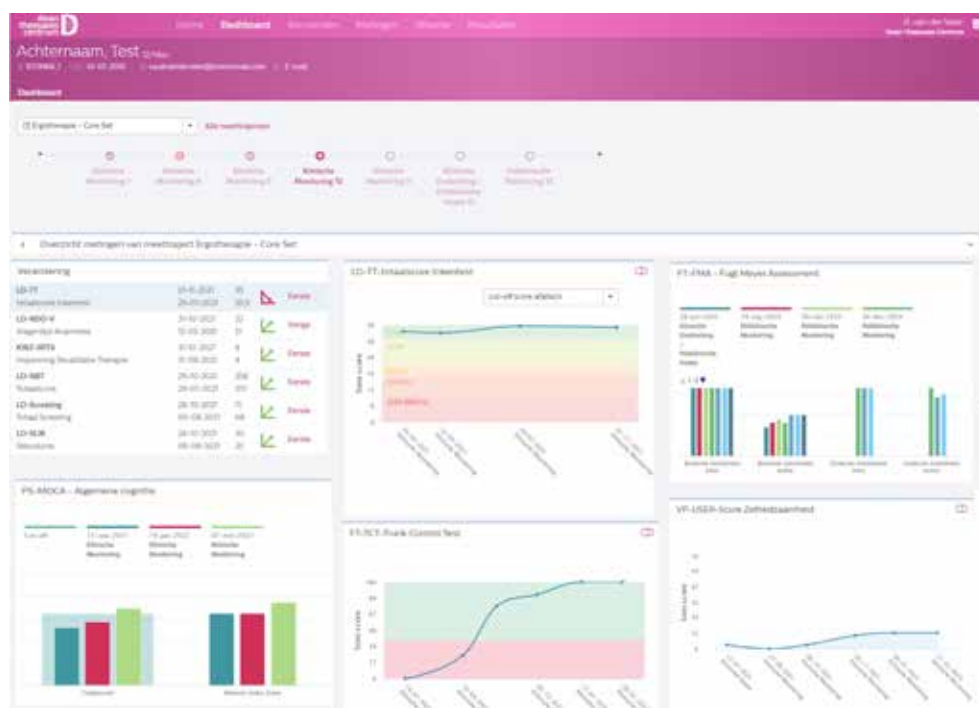
Onderscheidend aan het MFS is de manier waarop gestructureerde klinische metingen succesvol zijn ingebed in de dagelijkse praktijk van het Daan Theeuwes Centrum. De behandelaren ontvangen twee weken voor een MDO een bericht waarin zij worden geattendeerd op de metingen die moeten worden uitgevoerd bij een specifieke revalidant, waarbij de uit te voeren metingen automatisch worden aangepast aan de behandel fase waarin de revalidant zich bevindt. Via een link in het bericht wordt de behandelaar verwezen naar de registratieformulieren waarmee de metingen kunnen worden vastgelegd. De behandelaar behoudt de vrijheid om aanvullende metingen uit te voeren op basis van de behoeften van de revalidant. Indien nodig ontvangt de behandelaar een herinnering om de klinische metingen te registreren. De metingen worden direct per discipline weergegeven in individuele patiëntdashboards (zie figuur 3 voor een voorbeeld), waarbij metingen worden weergegeven op een tijdlijn. Metingen kunnen automatisch vergeleken worden met beschikbare normgegevens en per meting kan ook worden

bepaald of er sprake is van klinisch relevante vooruitgang. Behandelaren kunnen eenvoudig de resultaten van andere disciplines inzien, om zo een discipline-overstijgend beeld van de revalidant te verkrijgen. De metingen van het MFS worden tijdens MDO's op een scherm geprojecteerd zodat zij plenair kunnen worden besproken. Ook bestaat de mogelijkheid om resultaten te ontsluiten in een portaal voor revalidanten en hun naasten, om zelf inzicht te krijgen in de individuele voortgang die tijdens de behandeling is waargenomen. Tot slot kunnen de klinische metingen in het MFS ook worden gebruikt om te bepalen of al dan niet voldaan is aan de richtlijnen van het centrum op het gebied van (dis)continuatie van de behandeling.

HEALTH INTELLIGENCE PROGRAM

Naast de toegevoegde waarde van het MFS voor gedetailleerde multidisciplinaire diagnostiek en voortgangsmonitoring op het niveau van de individuele revalidant, is het systeem ook geoptimaliseerd om tegelijkertijd klinische informatie te benutten voor het *Health Intelligence Program* van het Daan Theeuwes Centrum. Dit programma beoogt de verzamelde klinische data te benutten voor zorgevaluatie en wetenschappelijk onderzoek. De MFS data zullen periodiek worden besproken in evaluatiesessies met discipline groepen en het management, met als doel om sterke en zwakkere punten in de behandeling te identificeren. Het is de bedoeling dat dit aanleiding geeft tot het doorvoeren van zorginnovaties, met als intentie om een continue cyclus van verbeteringen in de zorg op gang te brengen.

Het wetenschappelijk onderzoek van het centrum richt zich op het ontwikkelen van klinische predictiemodellen ter ondersteuning van de transitie naar precisiegeneeskunde. Uitgangspunt daarbij



Figuur 3. Voorbeeld van de weergave van klinische metingen in een dashboard van een individuele revalidant.

is om de werkwijze in het onderzoek te verleggen van onderzoek naar kenmerken van diagnostische groepen binnen de revalidatiegeneeskunde naar een individuele benadering waarbij de complexiteit van NAH wordt omarmd, om te kunnen leren van verschillen tussen revalidanten. Daarbij wordt ook de waarde onderzocht van moderne methoden die de potentie hebben om de complexiteit van NAH te kunnen omvatten, zoals *machine learning* algoritmen. Recente literatuur laat al veelbelovende voorbeelden zien van de toepassing van *machine learning* algoritmen in het onderzoek naar CVA.^{5,6} Wij hopen de MFS-data in eerste instantie te kunnen benutten voor het onderscheiden van clusters van revalidanten met gelijksoortige configuratie van beperkingen in het functioneren. Vervolgens is het doel om met de MFS data klinische predictiemodellen te ontwikkelen voor het voorspellen van revalidatiepotentieel en langetermijntuitkomsten. Het meest ambitieuze doel voor de verdere toekomst betreft de ontwikkeling van een *decision support system* dat het behandelteam kan voorzien

van objectieve berekening van de kans op betekenisvolle vooruitgang in de komende behandelperiode, op basis van het modelleren van de individuele herstelcurve ten opzichte van de gegevens in de MFS-database. Het doel is op deze manier een waardevolle bijdrage te leveren aan de transitie naar de precisiegeneeskunde in het Daan Theeuwes Centrum en de neurorevalidatie in bredere zin.

CONCLUSIE

Het MFS van het Daan Theeuwes Centrum is geoptimaliseerd voor toepassing in de dagelijkse praktijk voor individuele revalidanten, voor zorgevaluatie en wetenschappelijk onderzoek gericht op de transitie naar precisiegeneeskunde. Het artikel in *Journal of Medical Systems* laat zien dat implementatie van een MFS haalbaar is in de revalidatiesetting. De bevindingen zijn relevant voor organisaties die geïnteresseerd zijn in het implementeren van gestructureerde metingen voor het verbeteren van de zorg van complexe patiëntengroepen. ←

Referenties

1. van der Veen R, Oosterlaan J, Bos M, et al. Measurement Feedback System for Intensive Neurorehabilitation after Severe Acquired Brain Injury. *J Med Syst* 2022;46(5):1-19.
2. Longley V, Peters S, Swarbrick C, Bowen A. What influences decisions about ongoing stroke rehabilitation for patients with pre-existing dementia or cognitive impairment: a qualitative study? *Clin Rehabil* 2018;32(8):1133-1144. doi:10.1177/0269215518766406.
3. Bickman L. A measurement feedback system (MFS) is necessary to improve mental health outcomes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008;47(10):1114-1119. doi:10.1097/CHI.0b013e3181825af8.
4. Duncan EAS, Murray J. The barriers and facilitators to routine outcome measurement by allied health professionals in practice: A systematic review. *BMC Health Serv Res* 2012;12(1):96. doi:10.1186/1472-6963-12-96.
5. Selles R, Andrinopoulou ER, Nijland R, et al. Computerised patient-specific prediction of the recovery profile of upper limb capacity within stroke services: The next step. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2021;0:1-8. doi:10.1136/jnnp-2020-324637.
6. Harari Y, Harari Y, O'Brien MK, et al. Inpatient stroke rehabilitation: Prediction of clinical outcomes using a machine-learning approach. *J Neuroeng Rehabil* 2020;17(1). doi:10.1186/s12984-020-00704-3.

Ervaringen met de PROMIS-10 na CVA: promising in de spreekkamer?

Patiënt-gerapporteerde uitkomstmaten (PROMs) krijgen een steeds prominentere rol in de zorg en wetenschappelijk onderzoek. De opkomst van waardegedreven zorg, waarbij patiëntrelevante uitkomsten voor de patiënt centraal staan,¹ en een groeiende roep van stakeholders (patiëntenorganisaties, verzekeraars, overheid) om meer transparantie over de uitkomsten van medisch-specialistische zorg hebben aan deze ontwikkeling bijgedragen. In 2016 is tijdens een internationale consensusbijeenkomst de *Patient Reported Outcomes Measurement Information System 10-Question Short Form (PROMIS-10)* aanbevolen als uitkomstmaat in de zorg voor mensen met een beroerte (CVA).² Maar in hoeverre is dit instrument ook van toegevoegde waarde in de spreekkamer?



DR. J.A. (JORIS) DE GRAAF

Revalidatiearts UMC Utrecht

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

Senior onderzoeker, Kenniscentrum

Revalidatiegeneeskunde Utrecht, UMC Utrecht

Hersencentrum, UMC Utrecht; De Hoogstraat

Revalidatie, Utrecht; Rijksuniversiteit Groningen,

UMC Groningen, Centrum voor Revalidatie, Groningen

PROF. DR. J.M.A. (ANNE) VISSER-MEILY

Hoogleraar revalidatiegeneeskunde UMC Utrecht

en hoofd Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde

Utrecht, samenwerking tussen UMC Utrecht en

De Hoogstraat Revalidatie, Utrecht



CORRESPONDENTIE

j.a.degraaf-5@umcutrecht.nl

De PROMIS-10 bestaat uit 10 vragen en brengt de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven (HRQoL) in kaart.³ Er wordt gevraagd naar de zelfbeoordeling van kwaliteit van leven, lichamelijke en geestelijke gezondheid en sociale activiteiten, en de aanwezigheid van emotionele problemen, vermoeidheid en pijn. Aan de hand van de itemscores kunnen twee domeinscores (T-scores) worden berekend van fysieke en mentale gezondheid, die vergeleken kunnen worden met normgegevens van de algemene populatie.⁴

HET GEBRUIK VAN VRAGENLIJSTEN TIJDENS DE CVA NAZORG

In het UMC Utrecht worden alle mensen die opgenomen zijn geweest vanwege een CVA na omstreeks zes weken teruggezien door de CVA nazorgverpleegkundige en revalidatiearts. Voorafgaand aan dit bezoek vullen patiënten vragenlijsten in, waaronder de PROMIS-10, de restrictieschaal van de *Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie-Participatie (USER-P)* en de *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*. Tijdens het consult met de revalidatiearts worden de belangrijkste bevindingen uit de vragenlijsten besproken.

PROMIS-10 IN DE SPREEKKAMER

De consensus over het gebruik van de PROMIS-10 bij mensen na een CVA is in 2016 gepubliceerd,² desondanks is de ervaring hiermee binnen de Nederlandse context beperkt gebleven.⁵ Om meer gevoel voor de toegevoegde waarde van de PROMIS-10 in de klinische praktijk te krijgen, zijn we ook deze vragenlijst sinds twee jaar standaard gaan afnemen op de CVA nazorgpoli in het UMC Utrecht. Graag delen we onze ervaringen aan de hand van casuïstiek.

PATIËNT A

Een 57-jarige man met een blanco voorgeschiedenis heeft een cerebellair infarct links doorgemaakt. Al gedurende ziekenhuisopname knapte hij motorisch goed op, en werd hij zonder neurologische uitvalsverschijnselen huiswaarts ontslagen. Hij heeft geen beperkingen op het gebied van mobiliteit of zelfzorg, en ervaart geen cognitieve klachten. Hij heeft een eigen bedrijf, wat al enige tijd stilligt door COVID-19. Op de PROMIS-10 (zie tabel 1) scoort hij zowel op mentale als fysieke gezondheid veel lager dan de algemene populatie. Bij bestudering van de itemscores blijkt hij zijn algemene kwaliteit van leven als 'slecht' beoordeeld te hebben, en 'vaak' emotionele problemen te ervaren (zie figuur 1). Bij navraag blijkt dit vooral COVID-19 gerelateerd te zijn, waarbij secundair emotionele problematiek en vermoeidheid een rol spelen. De HADS-depressie toont ook een score boven het afkappunt voor sombere stemming. De USER-P laat milde beperkingen op alle items zien, aangezien alle activiteiten hem meer energie kosten dan vroeger.

PATIËNT B

Een 71-jarige vrouw met een voorgeschiedenis van cardiaal lijden en reumatoïde artritis bezoekt de CVA nazorgpoli in verband met een doorgemaakt corticaal infarct in de rechter hemisfeer. Gedurende de ziekenhuisopname verbeterde de parese van haar linker arm en was er sprake van milde cognitieve problematiek (MoCA 24/30), waarbij zowel patiënt zelf als partner geen cognitieve veranderingen rapporteerden. Bij ontslag uit het ziekenhuis liep ze veilig met een rollator (net zoals voor het CVA) en kreeg ze enige hulp bij ADL (terwijl zij voor het CVA nog volledig ADL zelfstandig was). Op basis van de PROMIS-10 (zie tabel 1) scoort zij met name slechter op haar fysieke gezondheid in vergelijking met de algemene populatie. Uit de itemscores (zie figuur 1) blijkt dat



Figuur 1. Itemscores van de PROMIS-10 van zowel patiënt A (in blauw) als patiënt B (in paars).

zij 'hevige' vermoeidheid ervaart, en dat dagelijkse activiteiten haar 'redelijk' af gaan. Zij scoort haar kwaliteit van leven echter als 'goed' en geeft aan 'nooit' emotionele problemen te ervaren. Bij haar fysieke beperkingen lijken zowel CVA-gerelateerde factoren als haar reeds langer bestaande beperkingen een rol te spelen. →

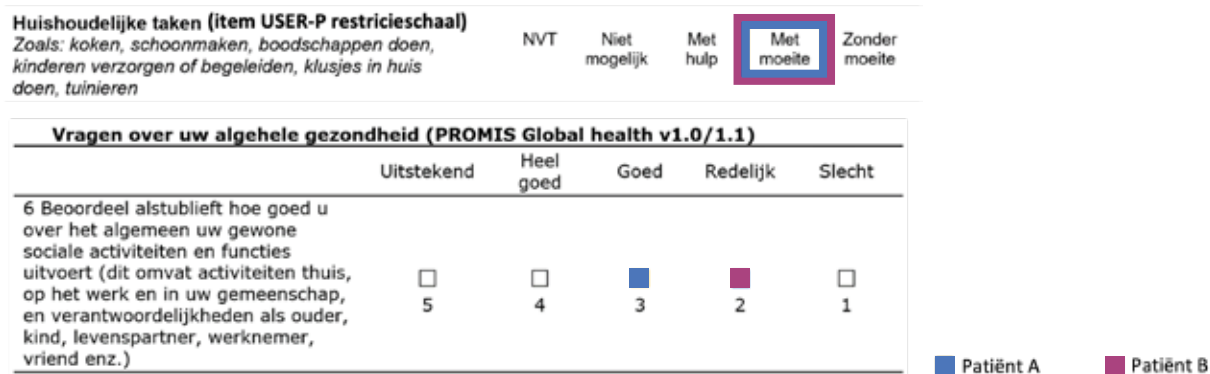
Tabel 1. PROMIS-10 (aan de hand van T-scores op de domeinen fysieke en mentale gezondheid), HADS en USER-P (restrictieschaal) scores van beide patiënten.

	PROMIS-10		HADS		USER-P
	Fysieke gezondheid*	Mentale gezondheid*	Angst	Depressie	Restrictieschaal
Patiënt A	37.4	36.3	5	11	64
Patiënt B	34.9	45.8	4	6	67

*T-scores (gemiddelde van de normpopulatie is 50, met een standaarddeviatie van 10).

Een hogere score betekent respectievelijk betere fysieke/mentale gezondheid (PROMIS-10, range 0–100), meer angst/stemmingsklachten (HADS, range 0–21, waarbij score ≥ 8 wijst op aanwezigheid somberheid/angst klachten) en betere participatie (USER-P, range 0–100).

Afkortingen: HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale; PROMIS-10, Patient Reported Outcomes Measurement Information System 10-Question Short Form; USER-P, Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie-Participatie.



Figuur 2. Verschillen in vraagstelling en antwoordopties tussen de PROMIS-10 (item 6) en USER-P restrictieschaal (item 2) in beeld.

HANDVATTEN VOOR GEBRUIK

Aan de hand van deze casuïstiek kunnen we enkele nuttige lessen trekken voor het gebruik van de PROMIS-10 in de dagelijkse praktijk bij mensen na een CVA. Voor het gebruik in de spreekkamer lijken met name de itemscores van toegevoegde waarde. Deze items helpen om de focus te leggen op juist die onderwerpen die belangrijk zijn voor de patiënt, en kunnen zodoende een middel zijn om sneller tot de kern te komen tijdens het consult. De domeinscores op fysieke en mentale gezondheid zijn weliswaar af te zetten tegen normgegevens, maar bieden minder concrete handvatten voor in de praktijk. Wel zouden de domeinscores van pas kunnen komen om het beloop van mentale en fysieke gezondheid over de tijd te monitoren of op groepsniveau te evalueren. Bij de itemscores van de PROMIS-10 is het verder goed om na te gaan of de gegeven antwoorden passend zijn bij de stoornissen door het CVA of wellicht beïnvloed worden door andere factoren. Door de brede vraagstelling is het goed mogelijk dat bijvoorbeeld persoonlijke factoren (zoals leeftijd, copingstijl en stemmingsklachten), omgevingsfactoren (zoals werk, sociale en fysieke omgeving en COVID-19) en comorbiditeit de antwoorden kleuren. Een discrepantie in itemscores van de PROMIS-10 en de

verwachte gevolgen van het CVA biedt aanknopingspunten om dergelijke beïnvloedende factoren op het spoor te komen en bij het opstellen van een passend revalidatieplan.

De invloed van factoren die niet direct gerelateerd zijn aan het CVA zelf zien we ook terug bij andere PROMs die gebruikt worden om het functioneren na een beroerte in kaart te brengen (zoals de USER-P of de EuroQol).⁶ Aangezien de vraagstellingen van de USER-P en EuroQol in vergelijking met de PROMIS-10 meer probleemgeoriënteerd zijn (vragen naar problemen/restricties sinds het CVA), bieden deze lijsten concretere informatie voor bijvoorbeeld het opstellen van revalidatie-doelen, maar treedt er ook sneller een plafondeffect op bij mensen zonder functiebeperkingen (zie figuur 2). Juist bij mensen met een relatief lichte beroerte is de PROMIS-10 daardoor mogelijk een gevoeliger instrument.

Samenvattend moet men bij het gebruik van de PROMIS-10 in de klinische praktijk er dus van bewust zijn dat vaak factoren die niet gerelateerd zijn aan het CVA zelf een belangrijk aandeel kunnen hebben in de scores. Verdere uitdieping van de itemscores van de PROMIS-10 is dan ook noodzakelijk om daadwerkelijk tot concrete handvatten voor de klinische praktijk te komen. ←

Referenties

- Porter ME. A strategy for health care reform—toward a value-based system. *N Engl J Med* 2009;361(2):109-112. doi:10.1056/NEJMp0904131.
- Salinas J, Sprinkhuizen SM, Ackerson T, et al. An International Standard Set of Patient-Centered Outcome Measures After Stroke. *Stroke* 2016;47(1):180-186. doi:10.1161/STROKEAHA.115.010898.
- Katzan IL, Lapin B. PROMIS GH (Patient-Reported Outcomes Measurement Information System Global Health) Scale in Stroke: A Validation Study. *Stroke* 2018;49(1):147-154. doi:10.1161/STROKEAHA.117.018766.
- Hays RD, Bjorner JB, Revicki DA, Spritzer KL, Cella D. Development of physical and mental health summary scores from the patient-reported outcomes measurement information system (PROMIS) global items. *Qual Life Res* 2009;18(7):873-880. doi:10.1007/s11136-009-9496-9.
- Visser-Meily JM, Kapelle LJ, Post MW. Verbetering van de kwaliteit van CVA-zorg: Registratie kwaliteitsindicatoren is gezamenlijke verantwoordelijkheid. [Improving the quality of stroke care in the Netherlands; registration of quality indicators is a joint responsibility]. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2016;160(D77).
- De Graaf JA, Visser-Meily JMA, Passier PECA, Kappelle LJ, Wermer MJH, Post MW. SKMS Rapport: Doorontwikkeling Ketenindicator Ervaren Beperkingen 3 Maanden Na CVA.; 2019. Accessed July 19, 2021. https://revalidatiegeneeskunde.nl/system/files/attachments/eindverslag_skms-project_46361589_-_cva_ketenindicatoren.pdf.

INTERVIEW MET KLAARTJE SPIJKERS, SENIOR ADVISEUR PATIËNTBELANG BIJ
PATIËNTENFEDERATIE NEDERLAND

Aandacht voor vraagstukken vanuit patiëntenperspectief in kennisagenda

Als vertegenwoordiger van Patiëntenfederatie Nederland behartigt Klaartje Spijkers de patiëntenbelangen binnen de Projectgroep Kennisagenda Revalidatiegeneeskunde. We stellen haar een aantal vragen.



DR. M. (MEL) MAJOR
Research Coördinator



Klaartje Spijkers, Patiëntenfederatie Nederland

WAT IS HET PATIËNTENBELANG BIJ EEN UP-TO-DATE KENNISAGENDA?

‘Voor patiënten en hun naasten is het belangrijk dat er goed en relevant onderzoek gedaan wordt dat bijdraagt aan het verbeteren van de kwaliteit van leven van patiënten en hun naasten. Daarbij is het relevant te kijken hoe patiënten hun aandoening in het dagelijks leven ervaren en wat zij willen verbeteren. Dit zijn vraagstukken die verder gaan dan de standaard klinische vragen. Een up-to-date Kennisagenda Revalidatiegeneeskunde die aandacht heeft voor vraagstukken vanuit het patiëntenperspectief zal profijt leveren aan patiënten en hun naasten. Daarnaast is het belangrijk dat alle belanghebbenden van de kennisagenda het perspectief van patiënten ook (h)erkennen en de kennisagenda gezamenlijk willen uitvoeren.’

WAT IS JOUW MOTIVATIE IN DEZE PROJECTGROEP?

‘Als senior adviseur van de Patiëntenfederatie vind ik het belangrijk dat patiënten goed vertegenwoordigd zijn in alle besluitvormende stappen binnen kwaliteit van zorg, waaronder ook de kennisagenda’s. Naast dat ik als medewerker van de Patiëntenfederatie zitting heb genomen, vind ik het ook persoonlijk belangrijk dat goede revalidatie vanuit het patiëntenperspectief wordt geboden. Als moeder van een elfjarige jongen met Duchenne, heb ik ook privé te maken met revalidatie in de verschillende facetten. Mijn zoon is sinds drie jaar niet-ambulant en ik heb de zorg van dichtbij zien veranderen en intensiveren. Betrokken en kundige zorgverleners zijn belangrijk voor het omgaan met een dergelijke aandoening om ook jonge kinderen (zoals mijn zoon) gemotiveerd te houden zich in te blijven zetten tijdens therapieën, ondanks de afnemende lichamelijke functie. Kennisontwikkeling is daarom belangrijk voor de artsen en patiënten met hun naasten.’

WAT WIL JE BEREIKEN?

‘Binnen de revalidatie moet nog veel onderzocht worden, het vakgebied staat onder druk en door de samenstelling van de bevolking is revalidatie in toenemende mate een belangrijk vakgebied in het kader van herstel maar ook wat betreft preventie. Door toenemende kosten in de zorg, wordt er steeds kritischer gekeken naar effectiviteit van behandelingen. Het is daarom belangrijk voor een relatief klein vakgebied maar met een grote impact op kwaliteit van leven buiten de klinische omgeving, om in gezamenlijkheid een kennisagenda te ontwikkelen, die door alle belanghebbenden voor de komende jaren wordt gedragen.’

We vroegen Klaartje aan wie uit de projectgroep zij het stokje door zou willen geven voor de volgende uitgave van NTR. Dat is dr. Robert Pangalila, revalidatiearts en onderzoeker bij Rijndam Revalidatie en Erasmus MC op het gebied van de kinderrevalidatie. Wat motiveert hem om deel te nemen aan de projectgroep? ←

PILOT MINDFULNESS IN DE HOOGSTRAAT REVALIDATIE BIJ MENSEN MET EEN DWARSLAESIE

Mind Full of Mindful?

In 2021 is er een pilot Mindfulness verricht op de dwarslaesie-afdeling van revalidatiecentrum De Hoogstraat. De training is gebaseerd op het achtweekse *Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) programma*. Tijdens de pilot was de verwachting dat deelnemers beter leren omgaan met hun gedachten, emoties, pijn en stress. Dit kan helpen om aanpassing aan een chronische lichamelijke aandoening te bevorderen.



DR. C.M.C. (CHRISTEL) VAN LEEUWEN

GZ-Psycholoog en postdoc-onderzoeker, afdeling dwarslaesie, trauma, amputatie en orthopedie, De Hoogstraat Revalidatie, Utrecht; Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht, UMC Utrecht Hersencentrum, UMC Utrecht; De Hoogstraat Revalidatie, Utrecht

DR. J.M. (JANNEKE) STOLWIJK-SWÜSTE

Revalidatiearts en postdoc-onderzoeker, afdeling dwarslaesie, trauma, amputatie en orthopedie, De Hoogstraat Revalidatie, Utrecht; Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht, UMC Utrecht Hersencentrum, UMC Utrecht; De Hoogstraat Revalidatie, Utrecht

DRS. T. (TINEKE) VAN DER VEEKE

Psycholoog in opleiding tot GZ-psycholoog, afdeling dwarslaesie, trauma, amputatie en orthopedie, De Hoogstraat Revalidatie, Utrecht

MW. I (IRENE) VERHOEVEN

Verpleegkundige en mindfulness-trainer, afdeling dwarslaesie, trauma, amputatie en orthopedie, De Hoogstraat Revalidatie, Utrecht

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

Senior onderzoeker, Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht, UMC Utrecht Hersencentrum, UMC Utrecht; De Hoogstraat Revalidatie, Utrecht; Rijksuniversiteit Groningen, UMC Groningen, Centrum voor Revalidatie, Groningen



CORRESPONDENTIE

c.v.leeuwen@dehoogstraat.nl

Het leven en het toekomstperspectief veranderen ingrijpend na een diagnose dwarslaesie. Termen als 'er tegen vechten' en 'je situatie overwinnen' worden frequent gebruikt bij chronische lichamelijke aandoeningen. Veelal hebben mensen geleerd dat problemen op te lossen zijn, als we maar hard genoeg ons best doen. We gebruiken dan vaak nadenken ('piekeren') om tot een oplossing te komen. Dit kan uiteindelijk leiden tot emoties zoals angst, verdriet, machteloosheid en pijn.¹ Mindfulness helpt om meer stil te staan bij wat je ervaart, zonder er direct een (negatief) oordeel over te hebben of automatisch te handelen.¹ Je kunt op deze manier eigen (belemmerende) patronen leren herkennen en effectiever met spanning en stress omgaan. De laatste jaren is er meer aandacht gekomen voor mindfulness in de revalidatie,² en ook voor mindfulness na een dwarslaesie.³ De verwachting is dat een mindfulness-training gedurende de revalidatie mensen met een dwarslaesie kan helpen om beter te leren omgaan met hun gedachten, emoties, pijn en stress. Dit sluit aan bij het overstijgende doel van de revalidatie om zelfredzaamheid, eigen regie en aanpassing aan een chronisch lichamelijke aandoening te bevorderen. Het innovatieve van deze pilot is dat het gericht is op revalidanten in de eerste (poli) klinische revalidatiefase na hun dwarslaesie, om in een vroege fase technieken aan te leren die preventief kunnen werken ter voorkoming van psychosociale klachten. De doelstelling van deze pilot is om te evalueren of het haalbaar is om een mindfulness-training in deze vroege revalidatiefase aan te bieden en wat hierbij ervaringen zijn van zowel deelnemers als trainers.

DOELEN VAN DE MINDFULNESS-TRAINING

- Kennismaken met mindfulness en door middel van aandacht-gerichte oefeningen een open houding ontwikkelen naar gedachten, gevoelens en lichamelijke signalen na een lichamelijke aandoening.
- Leren om niet vanuit de automatische piloot te reageren, maar meer bewuste keuzes te maken. Compassie met jezelf is hierbij belangrijk, net als niet te hard je best doen.

De training is niet gericht op ontspanning of rust krijgen (ook al kunnen dat heel prettige bijeffecten zijn).

INHOUD VAN DE MINDFULNESS-TRAINING

De training is primair gericht op mensen met een dwarslaesie, echter, mensen met een andere diagnose die op de dwarslaesie-afdeling revalideren kunnen ook meedoen. De training is gebaseerd op het achtweekse *Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR)* programma met face-to-face sessies.¹ De duur van de sessies in dit programma is twee tot drie uur. Wij hebben gekozen voor sessies van twee uur. Enerzijds is er hierbij rekening gehouden met de volledigheid van het programma, aangezien er een belangrijke samenhang en opbouw is. Anderzijds is er ook rekening gehouden met de belastbaarheid van de doelgroep in een vroege fase na een dwarslaesie. De training is in groepsverband, maar het gaat vooral om het individuele proces.

Tabel 1. Thema's van de acht sessies in het MBSR programma.

Thema's MBSR programma
• Sessie 1: Automatismen en bewust kiezen
• Sessie 2: Obstakels
• Sessie 3: Grenzen leren kennen en doen en niet-doen
• Sessie 4: Het landschap van stress: educatie
• Sessie 5: Uitdagingen bewust beantwoorden
• Sessie 6: Gedachten zijn geen feiten
• Sessie 7: Hoe kan ik het beste voor mezelf zorgen?
• Sessie 8: Gebruiken wat je hebt geleerd

De mindfulness-oefeningen binnen de sessies zijn onder andere gericht op een open waarneming, gerichte aandacht, een niet-oordelend bewustzijn en de ademhaling als anker. Met behulp van bodyscans, de drie-minuten ademruimte, zitmeditaties en lichaams-oefeningen worden gedachten, gevoelens en lichamelijke sensaties ervaren zonder daarbij over te gaan op direct handelen. Zijn met deze gedachten, gevoelens en lichamelijke sensaties is een kernonderdeel van een mindfulness-training. Om de oefeningen

geschikt te maken voor de dwarslaesie-doelgroep zijn er een aantal kleine aanpassingen gedaan als het gaat om de bewegings-oefeningen (zittend of rollend in plaats van liggend), kortere duur van oefeningen zoals de bodyscan en het jargon (niet te zweverig, spreken over aandacht-oefeningen in plaats van mindful-oefenen). Om de praktische haalbaarheid te vergroten is ervoor gekozen om geen stiltedag in te lassen.

PILOT

In totaal hebben er zes revalidanten (4 recente dwarslaesies, 1 guillain barré, 1 complexe heupfractuur) aan de eerste training meegedaan. In totaal hebben er twee mannen en vier vrouwen aan de training meegedaan in de leeftijdscategorie van 35 tot 75 jaar. Revalidanten zijn geselecteerd op basis van motivatie en interesse bij het uitdelen van een folder over mindfulness op de dwarslaesieafdeling. Tevens zijn voorgesprekken gehouden om te toetsen of de verwachtingen aansluiten bij een mindfulness-training en haalbaar zijn qua fysieke belastbaarheid en timing. Op basis hiervan is de groep van zes revalidanten samengesteld. Gemiddeld waren er vijf deelnemers per bijeenkomst aanwezig, één deelnemer is na de derde sessie uitgevallen vanwege te veel psychosociale problematiek op dat moment. Vijf deelnemers hebben bij de start en aan het eind van de training zelfontwikkelde evaluatievragenlijsten ingevuld. Hierbij hadden zij de mogelijkheid om een antwoord te geven op een 5-punt schaal tussen zeer ontevreden en zeer tevreden.

De training werd begeleid door een verpleegkundige en een psycholoog die opgeleid zijn als mindfulness-trainers.

EVALUATIE

De evaluatie richt zich op de reacties van deelnemers en trainers. Naast deze reacties is ook gevraagd naar stemming, coping, pijn en kwaliteit van leven.

In tabel 2 staan de reacties van de deelnemers ten aanzien van de mindfulness-training.

Vier van de vijf deelnemers zijn tevreden tot zeer tevreden over de training. één deelnemer is tevreden over de mindfulness-bijeenkomsten, maar vindt de training niet passend of van meerwaarde in het revalidatietraject. Deelnemers geven aan meer stil te kunnen staan bij hun gedachten en emoties in het moment, zonder overspoeld te raken of deze weg te willen drukken. De bodyscan, de drie-minuten ademruimte en de beweegoefeningen worden het vaakste genoemd als oefeningen die het meest geholpen hebben. Over het aantal sessies, het tijdstip en de duur van de training →

Tabel 2. Mening van vijf deelnemers over de training.

Deelnemer	1	2	3	4	5
Over de mindfulness-bijeenkomsten ben ik in het algemeen:	Zeervrededen	Tevrededen	Tevrededen	Tevrededen	Tevrededen
De bijeenkomsten zijn passend binnen mijn revalidatietraject:	Zeervrededen	Zeker	Zeker	Zekerniet	Zeker
De training heeft geleid tot meer inzicht in mijn reacties op mijn aandoening:	Zeervrededen	Neutraal	Zeker	Zekerniet	Zeker
De oefeningen hebben mij geholpen bij het omgaan met de gevolgen van mijn aandoening:	Zeervrededen	Neutraal	Neutraal	Zekerniet	Zeker
Ik zou andere revalidanten aanraden om deze training te volgen:	Zeervrededen	Zeker	Zeker	Neutraal	Zeker
Het is behulpzaam om deze training met mede-revalidanten te volgen:	Zeervrededen	Neutraal	Zeervrededen	Missing	Zeker

zijn deelnemers neutraal tot positief. Over de praktische organisatie, het werkboek en de trainers zijn de deelnemers tevreden. Sommige deelnemers geven aan dat het prettig zou zijn om een terugkomst bijeenkomst te hebben om mindfulness op te agenda te houden.

REACTIES VAN TRAINERS

De trainers zijn enthousiast over de mindfulness-training. Het blijkt haalbaar om een groep te vormen door het uitdelen van een folder

CITAAT DEELNEMER:

‘Het heeft me veel gebracht, met name de ademhalings-oefening. Ik sta iedere dag nu even stil bij wat er in me omgaat. Hierdoor zeg ik vaker nee. Ik ben me meer bewust geworden dat ik geneigd ben om altijd door te gaan, ik zie nu in dat ik hierdoor mijn lichaam overbelast en mezelf uitput.’

en het voeren van voorgesprekken met geïnteresseerde revalidanten. De eerste indruk is dat mindfulness revalidanten op mentaal vlak kan ondersteunen door middel van het lotgenotencontact (wat groeit door de gesloten groep), door de oefeningen en het bespreken hiervan. Voor een volgende groep zouden de trainers wat kleine aanpassingen willen maken. Met name iedere sessie starten met een korte oefening om deelnemers wat ruimte te geven aan gedachten en emoties op dat moment, zodat deelnemers tijdens de verdere sessies niet teveel ingaan op hun verhaal in plaats van wat de oefening zelf is. Verder kan het belang van dagelijks oefenen in het voorgesprek meer onderstreept worden. Op deze manier kan er ook vaker ingegaan worden op de oefeningen die op de afdeling/thuis gedaan zijn en wat dit voor ervaringen opgeleverd heeft. Parallel aan de training willen de trainers praktische toepassingen van mindfulness tonen aan het behandelteam door klinische lessen te verzorgen over mindfulness en filmpjes te tonen over verschillende mindfulness-oefeningen. Hierdoor kan het behandelteam beter aansluiten bij wat de revalidant bij de mindfulness-training heeft geleerd.

CONCLUSIE EN ADVIES

De eerste ervaringen met een mindfulness-training bij mensen met onder andere een recente dwarslaesie zijn positief en het blijkt haalbaar om het MBSR programma in groepsverband aan te bieden in de eerste revalidatiefase. Het helpt om meer inzicht te verkrijgen in reacties op de dwarslaesie en bij het omgaan met de gevolgen daarvan. De deelnemers zouden de mindfulness-training aan andere revalidanten aanbevelen. De trainers zijn eveneens positief over de training en zijn van mening dat de mindfulness-training kan helpen bij ondersteuning op mentaal vlak. Dit wordt bevestigd door recente literatuur over mindfulness en chronische aandoeningen.³ Gezien deze positieve reacties van zowel de deelnemers als de trainers, zal er nog één pilot groep gedraaid worden en bij positieve evaluatie zal de mindfulness-training geïmplementeerd worden in de reguliere zorg van revalidanten met een dwarslaesie. Het advies is om dan minimaal twee keer per jaar een dergelijke mindfulness-training in groepsverband aan te gaan bieden. Ook zal bij een positieve tweede pilot groep nagedacht worden of deze mindfulness-training online of blended aangeboden kan gaan worden in de toekomst. ←

Referenties

1. Brandsma R. Mindfulness trainingsboek. Het achtweekse programma, stap voor stap. Houten: Uitgeverij Lannoo nv, Tielt, 2012.
2. Hearn JH, Cross A. Mindfulness for pain, depression, anxiety, and quality of life in people with spinal cord injury: a systematic review. BMC Neurology 2020;20(1):32.
3. Bezuur A, Verheul FJM, Visser-Meily JMA, van der Putten MJHF, Hoekstra-Slikkerveer J. Ervaring te UMC Utrecht: Revalidatie en mindfulness. Ned Tijdschr Revalidatiegeneeskde 2018:159-162.

BIJDRAGE AAN DISCUSSIE

De 'waardebepaling' van revalidatiegeneeskunde

Korte beschouwing over kerndoel van revalidatiegeneeskunde; de zorg voor de complexe patiënt en de eisen die dit stelt aan onze visie, organisatie, en evaluatiemethodes.



DR. J.F.M. (MARION) GEBOERS

Revalidatiearts RAP Heerlen



CORRESPONDENTIE

mgeboers@rap-zorg.nl

Het is ondertussen heel wat jaren geleden dat ik kennis maakte met de revalidatiegeneeskunde. Mijn vizier was gericht op de neurologie dus een coschap op de NAH-afdeling leek passend. Ik maakte daar kennis met een jongeman die ondertussen al meerdere jaren geleden ernstig hersenletsel had opgelopen. Zijn betrokken en wanhopige ouders liepen sindsdien stad en land af op zoek naar iedere strohalm die verbetering beloofde om hem weer te laten zijn 'zoals hij was'. Zijn opname in het revalidatiecentrum, als zoveelste poging, leidde uiteindelijk tot moeilijke maar mooie gesprekken over de onmogelijkheid van verder neurologisch herstel, het afscheid nemen van de toekomst-dromen en mogelijkheden van voor het ongeval en het richten op nieuwe toekomstperspectieven die nog wél aanwezig waren, ondanks de blijvende beperkingen. De opluchting van deze jongeman, dat hij eindelijk mocht zijn wie hij nu was, maakte diepe indruk op mij.

Als jonge arts in spe was het voor mij een mooie les hoe je, ook als je niets kunt 'oplossen of repareren' wél van belang kunt zijn voor patiënten. Een concept dat ik gedurende mijn coschappen vaak gemist had. Het onderliggende ICF-model gaf hieraan een werkbaar kader. Dit voorval is belangrijk geweest voor mijn keuze voor revalidatiegeneeskunde.

Het werken met zowel het medisch model (als we iets kunnen 'oplossen of repareren' doen we het) en het gevolgenmodel van de

revalidatiegeneeskunde brengt een verdieping en verbreding mee in het werken met cliënten met langdurige of complexe gezondheidsproblemen, klachten en beperkingen. Door helder te krijgen waar iemand mee worstelt, wat mogelijk en wenselijk is om zijn situatie te verbeteren, kan idealiter gericht gekeken worden welke vorm van therapie, begeleiding of ondersteuning geïndiceerd is. Het arsenaal hiervoor is in de loop der jaren gegroeid, zowel therapeutisch als technisch.

MIDDEL VERSUS DOEL

Helaas zie ik de afgelopen jaren ontwikkelingen met kracht ons vak binnenkomen die bovenstaande mogelijkheden steeds meer inperken, niet op basis van conceptuele keuzes maar op basis van gezamenlijk instrumenteel denken. Verschillende mechanismes spelen hierin een rol, zoals de gevoelde noodzaak de waarde van het vak te bewijzen naar zorgverzekeraars, de maatschappelijke neiging om alleen 'hard medisch werk' als zinvol te zien, en de 'prikkel' die veroorzaakt wordt door de DBC financieringsstructuur en marktwerking. Dit heeft een aantal essentiële verschuivingen teweeggebracht, niet primair gestuurd door inhoud:

- De ICF, die ondersteunend is in het denken over gevolgen van lichamelijke en cognitieve stoornissen op het functioneren, wordt steeds meer een meetinstrument waarlangs we onze cliënt moeten leggen om te kijken of we hem wel mógen helpen.
- Er worden steeds meer drempels opgeworpen voor verwijzing naar medisch specialistische revalidatie (MSR). Het gesprek met de cliënt dreigt vervolgens steeds meer te verworden tot een checklist van vragenlijsten en exclusiecriteria om te beoordelen of iemand wel past in onze 'zorgstraten'.
- Discussie rond stepped care versus matched care, de introductie van het (verwarrende) begrip 'anderhalvelijns' zorg, MSR-indelingen naar 'zwaarte' gekoppeld aan aantal betrokken disciplines, zijn primair instrumenteel en niet inhoudelijk.
- Het onderzoekend denken binnen de revalidatiegeneeskunde met daaruit voortvloeiende onderzoeksvragen wordt toenemend gestuurd door de noodzaak bewijs te leveren voor zorgverzekeraars. (Onder andere voortvloeiend uit Plan van aanpak voor →

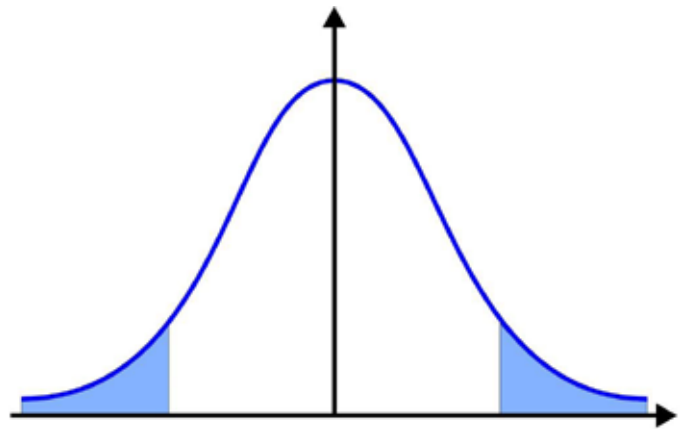
het vervolg op het standpunt medisch specialistische revalidatie Zorginstituut Nederland 2019.)

Deze ontwikkelingen lijken sterk op wat in de GGZ al enkele jaren aan de gang is. Hier is een ondersteunend middel, de DSM-classificatie, verworden tot een middel om cliënten te classificeren en er een kostenplaatje en zorgtraject aan te koppelen, waarbij velen buiten boord vallen. Dit zorgt voor immense frustratie bij vele behandelers, cliënten en verwijzers. Hierdoor is het aanbod van zorg noodgedwongen gericht op het primair stellen van een diagnose en bijpassend financieel DBC-stratje dan bij wat de cliënt nodig heeft. Psychiaters komen nog amper toe aan therapeutische gesprekken en moeten zich beperken tot het diagnostisch en medicamenteuze behandelgedeelte. Onder andere hoogleraar Jim van Os (De DSM voorbij), psychiater Dirk de Wachter (De kunst van het ongelukkig zijn), Trudy Dehue (De depressie epidemie) en Robert Vermeiren (in Zomergasten 2021) spreken zich op verschillende manieren helder uit over de door hen gevoelde noodzaak het gesprek met de cliënt weer centraal te stellen, te luisteren, waar nodig medicatie of therapie op maat te bieden, maar vooral samen te kijken hoe iemand zélf weer zo goed mogelijk met het leven verder kan.

KANSEN VOOR REVALIDATIE

Binnen de revalidatie zitten we in de unieke positie om zowel medisch als psychosociaal te mogen en te kunnen kijken en werken met cliënten. Om helder te maken dat het door zorgverzekeraars en maatschappij vaak zo gewenste éénduidige plaatje van wat 'somatisch' is en wat 'tussen de oren' zit (sic) vaak niet reëel of relevant is. Dat de kracht schuilt in het erkennen van de complexe interactie hiervan, het gezamenlijk met de cliënt zoeken naar zaken die veranderbaar zijn en zijn functioneren en welzijn kunnen vergroten, en te bepalen welke hulp of ondersteuning hier het beste bij past. Nu leidt complexiteit vaak tot uitsluiting uit onderzoek (exclusiecriteria), uitsluiting van behandeling ('eerst uw depressie oplossen'), versnippering (voor ieder klacht andere behandelroute), afschuiven ('voor uw probleem hebben wij geen zorgaanbod') en kunstmatige scheidingen ('problemen op uw werk mogen wij niet meenemen').

Echter, de revalidatiegeneeskunde bestaat bij de gratie van de complexiteit en het in elkaar overvloeien van lichamelijk, functioneel, psychisch en maatschappelijk functioneren. Immers, een enkelvoudig probleem wordt vaak snel en adequaat opgelost door de betreffende primaire behandelaar. Maar juist de mensen met chronische of complexe klachten verdienen een individueel passend en goed samenhangend behandelplan. Niet alleen op basis van de medische diagnose, maar juist op basis van hun ervaren beperkingen om niet te kunnen functioneren zoals zij zouden wensen.



Figuur 1. De Gauss-kromme, ofwel de normale verdeling.

Bij veel zaken die mensen overkómen, medisch en anderszins, lukt het hen om via redelijk duidelijke paden hiervan te herstellen; zeg 90% van de populatie in de Gauss-kromme. (figuur 1)

Onze cliënten bevinden zich echter in de 5% links en rechts van het midden. Zij zijn degenen die door complicaties, comorbiditeit, psychosociale factoren etc. niet uitkomen met een standaard benadering. Zij verdienen dat er geluisterd wordt naar hun unieke verhaal en dat samen met hen op maat een behandelplan wordt opgesteld. Het uitsluiten van cliënten op basis van alleen het voorliggende 'somatisch' etiket, en/of het aanbieden van alleen gestandaardiseerde behandeltrajecten getuigt mijn inziens van conceptuele armoede.

Het lijkt mij noodzakelijk dat de revalidatiegeneeskunde zich fundamenteel opnieuw duidelijk neerzet. Indien wij ons hard willen maken voor álle cliënten met functionele problemen, veroorzaakt door de combinatie van medische en psychosociale klachten en we met die brede blik willen kijken naar wat voor deze cliënt passend is en daar naar handelen, dan zal dat gevolgen hebben voor de huidige inrichting van veel behandeltrajecten.

MAATSCHAPPELIJKE RELEVANTIE

Het betekent ook dat revalidatie niet alleen de somatische en functionele mogelijkheden en beperkingen in ogenschouw moet/mag nemen, maar juist ook de maatschappelijke context waarin de client moet en wil leven. Het participeren in de ICF is uiteindelijk het einddoel waar alle andere activiteiten ondergeschikt aan zijn. Immers, He who has a why to live for, can bear almost every how. (Nietzsche)

Hiertoe zal de revalidatiearts tijd moeten nemen om samen met de cliënt zijn unieke verhaal te verhelderen, te beslissen wat mogelijk en haalbaar is en wie en wat nodig is om dat te bereiken. Vragenlijsten en zorgprotocollen kunnen voor onderdelen hierin zeker steunend of verhelderend zijn, maar niet determinerend. Ook het therapieteam moet in staat zijn samen met de cliënt te kunnen zoeken naar zijn sterke kanten en deze in te zetten om dichterbij zijn doelstelling te komen. Brede kennis, een open en onder-

zoekende instelling, en een samenwerkingsnetwerk met bijvoorbeeld GGZ-instellingen, arbeidsintegratie en chronische Wlz/Wmo-zorg is hierbij essentieel. (passend bij voorzet Grenzeloos samenwerken? Rapport Raad Volksgezondheid en Samenleving 2022)

Dit is meer dan een optelsom van 'poppetjes'. De huidige, zeer verwarrende discussie rondom anderhalvelijns zorg laat dit zien. Hierbij wordt voorbijgegaan aan het eerder geschetste beeld van de complexiteit van de individuele meerledige diagnostiek waarop een revalidatiecliënt per definitie is aangewezen en de afstemming die dit vraagt van arts en therapeuten onderling om hier adequaat op in te kunnen spelen.

CONSEQUENTIES VOOR VERANTWOORDING

Uiteraard moet ook de revalidatiegeneeskunde verantwoording afleggen over gebruikte zorgkosten en effectiviteit. Als we echter zorgvuldiger het gesprek aangaan en zorg op maat bieden kan ook ruimte gemaakt worden voor verschillende vormen van evaluatie, passend bij personalised medicine (single case design, value based evidence etc). Randomized Controlled Trials (RCT's) zijn vaak voor deze interventies geen geschikt instrument. Immers, veel van onze cliënten bevinden zich per definitie in de 5% categorieën van de Gauss-kromme en voldoen daarom niet aan het eerste gebod van

een RCT: groepen met vergelijkbare kenmerken aan beide zijden van de te onderzoeken hypothese.

Ten slotte, als we met elkaar en zorgverzekeraars moeten praten over begrenzings van het recht op revalidatie, laten we dat dan inhoudelijk doen. De marktwerking waarmee de zorg opgezaaid is leidt nu eenmaal tot moeilijk controleerbare kostenstijgingen in sommige sectoren van de revalidatie en dat, gecombineerd met een slot op de groei van het zorgbudget als geheel, plaatst gesprekken onder druk. Een gesprek vanuit een gedeelde visie op zorg voor complexe patiënten en een daarbij passende evaluatietechniek lijkt me vruchtbaarder dan de huidige tendens om ieder 'somatisch etiketje' waarmee mensen de revalidatie binnenkomen tegen de RCT-meetlat te leggen en vervolgens van revalidatie te excluseren, door zorgverzekeraars of door revalidatie zelf. Laten we ervoor waken dat het middel het doel niet overschaduwet. Deze mensen en ons vak verdienen beter. ←

REAGEREN IN NTR?

Wilt u reageren op dit opinieartikel van Marion Geboers? Stuur dan uw reactie, bij voorkeur voor 11 juli, naar NTR@revalidatiegeneeskunde.nl.

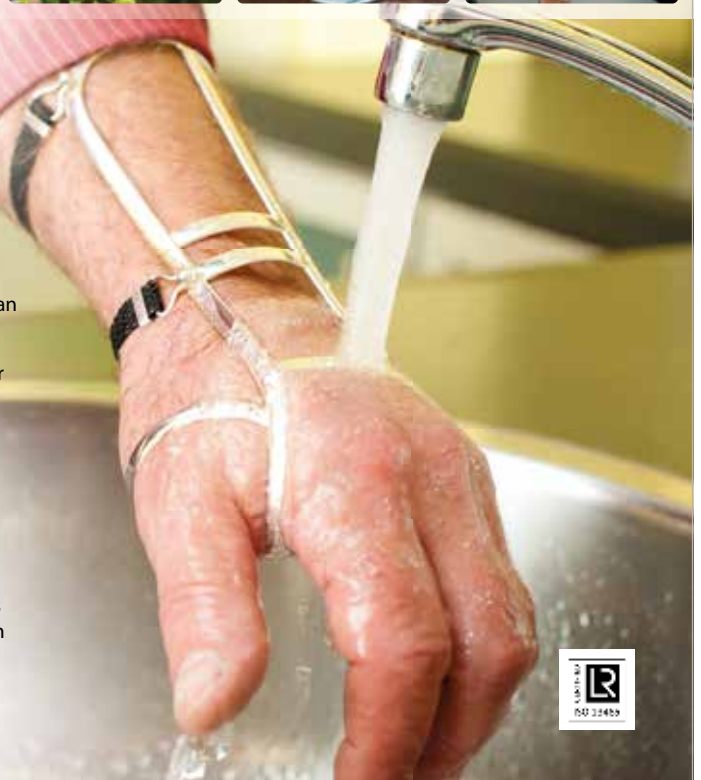
Advertentie



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 orthoses 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



Leiderschap in verdieping

Aiossen worden steeds meer opgeleid vanuit individuele leerdoelen. Zeker in de verdiepingstijd is de aios aan zet om deze leerdoelen te laten aansluiten bij een verdiepingsstage. Zelf vind ik het heel verfrissend om deze verdieping deels binnen en deels buiten de eigen regio te volgen. Dit verruimt je blik als revalidatiearts in opleiding en draagt bij aan landelijke netwerken en samenwerking.



DRS. E.H. (TED) BURGMEIJER

Revalidatiearts in opleiding, OOR AMC

De beschrijving van de verdiepingsfase is binnen het Landelijk Opleidingsplan BETER in Beweging 2.0 vrij gelaten voor lokale of regionale invulling. Dat was voor mij een mooie aanleiding om een leiderschapsproject te doen in het kader van een verdiepingsstage Leiderschap in Opleiden (Spaarne Gasthuis, één dag per week gedurende zeven maanden). Deze verdiepingsstage bood mij een bredere blik op opleiden door de kans mee te lopen bij diverse gremia binnen en buiten het ziekenhuis (onder andere: Leerhuis, RvB, COC, CGS). Een leuke verrassing was dat ik daarnaast meermaals revalidatie-onderwijs mocht verzorgen voor chirurgie-coassistenten en de 'Coach de Co'-cursus mede begeleidde.

Ik koos voor een landelijk project vanwege mijn betrokkenheid bij het vormgeven en implementeren van het landelijk opleidingsplan vanuit de Junior VRA. De verdiepingsstages worden vrij gelaten voor lokale invulling, een mooie aanleiding het aanbod te inventariseren. Ik had contact met diverse mensen binnen het Spaarne Gasthuis, maar ook met het Concilium, het VRA bureau en de Federatie Medisch Specialisten (FMS) om het leiderschapsproject op te zetten. Daarna ging ik op reis door Nederland (per trein, OV-fiets of MS Teams) om al die mooie verdiepingsstages te verzamelen. Tijdens de gesprekken die ik had met de opleiders probeerde ik daarbij ook te enthousiasmeren en te motiveren de verdiepingsstages (verder) te ontwikkelen én deze in 'de etalage' te zetten.

Zo kwam ik in aanraking met stages die meestal een specifieke diagnosegroep of thema behandelen, maar regelmatig ook stages die de aios in een generieke activiteit (wetenschap, management, onderwijs) liet verdiepen. Het mooie is dat elke instelling met de

verdiepingsstage ook zijn lokale kleur of expertise etaleert en bereid is haar kennis met de aiossen te delen.

De verdiepingsstage gaf mij de kans om communicatie- en organisatie-vaardigheden te ontwikkelen en sloot aan op eigen leerdoelen in de verdiepingsfase van de opleiding. Ik wilde naast de rol als medicus ook die van coach, mentor en organisator verder ontwikkelen. Ik heb mijn leerdoelen onder andere gericht op het doorvragen/nieuwsgierig zijn naar feedback en feedback geven; het aansluiten en motiveren tijdens het interview; en het contact leggen en investeren in een gezamenlijk doel. Het project geeft mij inzicht in hoe de opleiding op verschillende manieren kan worden georganiseerd.

Naast persoonlijke ontwikkeling heeft deze verdiepingsstage ook een overzicht opgeleverd van verdiepingsstages binnen de revalidatiegeneeskunde in Nederland. Inmiddels zijn de meeste verdiepingsstages in ontwikkeling of staan al op www.opleidingsetalage.nl. Deze website van de FMS uit 2010 wordt op dit moment verbeterd en uitgebreid. De wervende korte teksten ('visitekaartjes') die door de lokale opleiders werden gemaakt hadden als doel de instellingen te laten nadenken over de kern van hun verdiepingsstage. De keuze is aan de instelling zelf om aiossen te helpen door dit korte wervende tekstje ook op de genoemde website van de FMS te plaatsen.

In dit artikel vindt u een overzicht per OOR en instelling welke verdiepingsstages er op dit moment worden aangeboden (tabel 1). De cursief gedrukte stages zijn op moment van schrijven van dit artikel nog niet op de website te vinden maar draaien al langere tijd als verdieping dus lonen de moeite om navraag naar te doen. Hopelijk helpt dit aiossen een snel overzicht te krijgen in hun mogelijkheden voor verdieping en helpt het te kiezen én te motiveren waar de individuele leerdoelen het best gehaald kunnen worden. De beheerder van www.opleidingsetalage.nl zal jaarlijks de bij hen bekende opleiders of opleidingsbureaus vragen de stages te updaten. Dit blijft dus dé plek om alle informatie te

OOR	Instelling	Titel verdiepingstage
Combi	UMCG/Hoogstraat	Arm- en handrevalidatie en armprothesiologie
ZON	Adelante/MUMC	Dwarslaesie & traumatologie; Medisch onderwijs geven & ontwikkelen
	Adelante/MUMC/Revant	Zorgmanagement
	Leijpark (Tilburg)	Vroeg intensieve neurorevalidatie (VIN); Neurorevalidatie; Voet& schoen
	Revant (Breda)	Mobiliteit/loopvaardigheden; Kinderrevalidatie op maat; Gewrichtsge- relateerde aandoeningen
	ZMC	Handrevalidatie
NO	Vogellanden/Isala	Amputatie; <i>Handrevalidatie</i>
	Roessingh/MST/ZGT	Loopvaardigheid & spasticiteit; <i>Dwarslaesie</i>
	UMCG/Revalidatie Friesland/OZG	<i>Ziekenhuisrevalidatie</i>
	UMCG/Revalidatie Friesland	Chronische pijnrevalidatie; <i>Kinderrevalidatie kliniek & consulten</i>
	UMCG	Bewegen, sport en inspanning; <i>Kinderrevalidatie gericht op spasticiteit;</i> <i>Neurorevalidatie breed</i>
	UMCG/Roessingh	Neurorevalidatie-dwarslaesie
ON	SMK/RGK met Radboud MC/Tolbrug	<i>Poliklinische neurorevalidatie (NMA, MS, loopexpertise, spasticiteit)</i>
	Radboud MC met SMK/RGK	<i>Poliklinische kinderrevalidatie (NMA, CP, loopexpertise)</i>
	Tolbrug/RGK met Radboud MC/SMK	<i>Poliklinische orthopedisch revalidatie (multitrauma, dwarslaesie, amputa- tie, loopexpertise, chronische pijn)</i>
	Tolbrug/Rijnstate/Radboud MC	<i>Ziekenhuisrevalidatie</i>
	Coördinatie Radboud MC, uitvoering binnen OOR-ON	<i>Verdieping (profiel) wetenschap</i>
	Coördinatie SMK, uitvoering binnen OOR-ON	<i>Verdieping (profiel) onderwijs en opleiding</i>
	Coördinatie Tolbrug, uitvoering bin- nen OOR-ON	<i>Verdieping (profiel) management en innovatie</i>
Leiden/ DH	Basalt Den Haag	NMA/NDA; Jongvolwassenen/aandacht voor transitie; Vroegbehandeling 0-4
	Basalt Leiden	Kinderrevalidatie 4-18 jaar
	Basalt DH/RDG Delft en Zoetermeer	Spasticiteitsbehandeling volwassenen en kind
	HMC	Multitrauma; NAH in ziekenhuissetting
	LUMC	Academische verdiepingstage (zenuwletsel/spierziekten/spasticiteit)
Utrecht	Hoogstraat	Zorgmanagement en leiderschap; <i>Gangbeeldanalyse en spasticiteitsbehandeling;</i> <i>NAH cognitie kliniek</i>
	UMCU/Hoogstraat	NMA jong tot oud; NAH focus cognitie
	WKZ/Hoogstraat	<i>Kinderrevalidatie kliniek</i>
ZWN	Rijndam/Erasmus	NMA; Spasticiteitsbehandeling; <i>Kinderkliniek en kinderziekenhuis;</i> Chronische pijnrevalidatie
	Maasstad ziekenhuis	Amputatie; Ziekenhuisrevalidatie
AMC& Vumc	AMC	NMA
	Vumc	Kinderrevalidatie
	Reade	Kinderrevalidatie; NMA; Handrevalidatie Reuma/gewrichtsgerelateerd; Dwarslaesie; NAH Cognitie; Pijnrevalidatie; Maatwerk verdiepingstage
	Heliomare	Dwarslaesie; NAH cognitie <i>Kinderrevalidatie; Chronische pijnrevalidatie</i>
	Merem	Kinderrevalidatie
	NWZ locatie Alkmaar	Handrevalidatie
	Spaarne Gasthuis	Stage op Maat

plaatsen én te vinden. Bovendien vindt de aios hier verdiepingstages van andere medische vervolgoopleidingen, wat de stap naar interprofessioneel opleiden in de toekomst ten goede kan komen.

Uitgebreide beschrijvingen en wervende teksten van de verdiepingstages staan op de website www.opleidingsetalage.nl, dus ga vooral daar kijken wat elke stage uniek maakt! ←

TAKE HOME MESSAGES

- De verdiepingstages zijn de visitekaartjes van de instelling en het OOR.
- Aios: gebruik www.opleidingsetalage.nl om je te oriënteren op verdiepingstages en kies wat bij je leerdoelen past.
- Opleiders: Het is leuk en nuttig om verdiepingstages bewust inhoudelijk vorm te geven met de opleidingsgroep én wervend te etaleren naar de aiossen.

Afkortingen: MST: Medisch Spectrum Twente; ZGT: Ziekenhuisgroep Twente; OZG: Ommelander ziekenhuis Groningen; SMK: Sint Maartenskliniek; RGK: Revalidatiecentrum Groot Klimmendaal; RDG: Reinier de Graaf Gasthuis; HMC: Haaglanden Medisch Centrum; WKZ: Wilhelmina kinderziekenhuis Utrecht; NWZ: Noordwest ziekenhuisgroep. Afkortingen UMC's worden bekend verondersteld.

Disclaimer: deze tabel is met zorg samengesteld, maar kan desondanks fouten of onvolledigheden bevatten. Kijk voor het meest actuele overzicht op www.opleidingsetalage.nl.

Prof. dr. Gerrit Zilvold

1939 – 2022

Op 19 maart 2022 overleed onze collega prof. dr. Gerrit Zilvold, geboren op 31 juli 1939 te Roermond.

Gerrit Zilvold volgde het Christelijk Lyceum in Hilversum en studeerde geneeskunde aan de Vrije Universiteit te Amsterdam.

Van 1968 tot 1972 volgde hij de opleiding tot revalidatiearts in het Militair Revalidatiecentrum te Doorn, de Sint Maartenskliniek te Nijmegen en de afdeling revalidatie van het Academisch Ziekenhuis der Vrije Universiteit te Amsterdam. Na zijn opleiding werkte hij tot 1978 als revalidatiearts aan de VU. Hier ontwikkelde Gerrit zijn belangstelling voor de revalidatietechniek en zijn visie op de revalidatie. Hij introduceerde de functionele elektrostimulatie van de n. peroneus in Nederland en promoveerde op dit onderwerp in 1976. Hij startte in het kader van twee weten samen meer dan één in de VU een schoenen-spreekuur met een orthopedisch schoenmaker en een technisch spreekuur met een orthopedisch instrumentmaker. Hij was in 1991 mederedacteur van het boek *Orthopedisch maatschoeisel in de medische praktijk*.

In 1978 werd hij medisch directeur van het Roessingh. Onder zijn bezielende leiding kreeg de revalidatiegeneeskunde weer een nieuw gezicht. Het werd revalidatieGENEESKUNDE, waarbij de medisch-revalidatiegeneeskundige kennis van de dokter centraal stond binnen de toenmalige SAMPC. Gerrit verscheen in het Roessingh in een witte jas, witte broek en witte schoenen. Niet iedereen vond het geweldig dat hij met deze witte dokterskleding in het Roessingh verscheen. Hij maakte hiermee wel



een duidelijk statement, hetgeen nog jaren later zijn sporen heeft nagelaten, zelfs tot uiting komend in de huidige medisch specialistische revalidatie.

Gerrit legde ook contacten met die specialisten die tot dan weinig tot niets met de revalidatie hadden, zoals de traumachirurgen. Hij introduceerde zichzelf, bedelde nooit maar toonde zijn kennis, bijvoorbeeld van de radiologie, en de mogelijkheden van de revalidatiegeneeskunde. Zijn motto was: *wees als revalidatiearts overal bij*. Dit leidde tot het nog steeds bestaande ziekenhuisnetwerk

van het Roessingh. Het Roessingh groeide onder zijn leiding enorm. Hij heeft de lokale opleiding tot revalidatiearts vormgegeven in samenwerking met de ziekenhuizen Medisch Spectrum Twente (MST) in Enschede en Ziekenhuisgroep Twente (ZGT) in Almelo en Hengelo, en de revalidatiecentra Klimmendaal in Arnhem en Vogellanden in Zwolle.

In 1983 werd hij benoemd tot hoogleraar revalidatietechniek aan de Technische Hogeschool (TH) in Enschede, de latere Universiteit Twente. Het revalidatietechnisch onderzoek groeide in samenwerking met de TH tot grote hoogte. Een sterk punt van Gerrit was dat hij op het goede moment de juiste personen aanstelde, en deze de optimale kansen wist te bieden. Hij heeft het wetenschappelijk klimaat in het Roessingh heel duidelijk gestimuleerd en hij zorgde daarbij voor de randvoorwaarden. In samenspraak met andere begeleiders, heeft dit geresulteerd in 12 promoties onder zijn leiding. Ook binnen de opleiding tot revalidatiearts werd het doen van onderzoek in toenemende mate gestimuleerd, hetgeen tot diverse publicaties heeft geleid.

Voor Gerrit gold heel duidelijk dat medewerkers alleen naar een congres mochten als er ook zelf een voordracht werd gegeven. Om het revalidatietechnisch onderzoek steeds verder te ontwikkelen werd Roessingh, Research & Development (RRD) opgericht. Gerrit had een neus voor geld. Hij verkreeg een particuliere gift om het RRD-gebouw te realiseren. Tot op heden wordt daar op wereldniveau onderzoek verricht.

Nationaal en internationaal heeft Gerrit veel bestuurlijke functies vervuld. Met zijn communicatieve begaafdheid, bravoure en talenkennis legde hij gemakkelijk contact met verwante collegae en relevante organisaties in binnen- en buitenland, wat leidde tot veel bestuurlijke functies, zoals onder andere het Concilium van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Revalidatie en Fysische Geneeskunde, de *International Society of Electrophysiological Kinesiology* (USA), het Centrum voor Revalidatie Technologie, de *Deutsche Vereinigung für Rehabilitation Behinderter e.V.*, de Opleidingscommissie van ZorgOnderzoek Nederland, Stichting Sint Joris, die veel wetenschappelijk onderzoek financierde, Stichting Onderzoek Neuromusculaire Ziekten en Vereniging Spierziekten Nederland.

Per 1 januari 1998 heeft hij het voorzitterschap van de directie van het revalidatiecentrum Roessingh overgedragen en heeft hij zijn wetenschappelijke activiteiten verder voortgezet in onder andere het onderzoekscentrum Roessingh Research & Development en de Stichting Toegepast Wetenschappelijk Instituut voor Neuromodulatie.

Trots was hij op zijn prijzen en erkenningen, zoals de gouden balk (1998) en zijn erelidmaatschap (2015) van de VRA, de prof. W. Kolff-prijs (door Kolff zelf uitgereikt) voor zijn bijdrage aan de ontwikkeling van de revalidatiegeneeskunde in 2000, op zijn benoeming tot Ridder in de Orde van Oranje-Nassau in datzelfde jaar en de Juliana-penning van de Universiteit Twente in 2004. Gerrit heeft altijd genoten van zijn werk en de afwisseling, die het hem bood en met zijn sociale gerichtheid bleef hij daarbij opgedane vriendschappen altijd koesteren.

In 2004 ging Gerrit op 65-jarige leeftijd met pensioen. Nou ja, op veel plekken bleef hij bijna net zo actief als daarvoor. Hij genoot van alle activiteiten en pas vele jaren later stopte hij werkelijk. De laatste jaren besteedde hij veel tijd aan familie en vrienden en ook daarvan genoot hij met volle teugen.

Gerrit was een bijzonder mens en dat was hij.

Anton Schaars

Karel Maathuis

Klaas Postema ←

Revalidatiegeneeskunde: van Tweede Wereldoorlog tot de oorlog in Oekraïne

Nooit realiseerde ik me hoe belangrijk de revalidatiegeneeskunde is in en na een oorlog. Dat het vak 'groot' is geworden na de Tweede Wereldoorlog was me uit de historie van de revalidatiegeneeskunde wel bekend. Nu ben ik 35 jaar actief in buitenlandse revalidatiegeneeskundige zaken en nog altijd niet gestopt. Destijds werd ik aangespoord door een aantal oudere collega's die al langer actief waren in UEMS-PRM (*European Union of Medical Specialists-Physical and Rehabilitation Medicine*), ISPRM (*International Society of Physical and Rehabilitation Medicine*), ESPRM (*European Society of Physical and Rehabilitation Medicine*) en voorgangers. Ik was nieuwsgierig naar wat er in het buitenland gebeurde op ons vakgebied, zonder te beseffen dat we in Europa ooit nog eens met oorlog te maken zouden krijgen.

INVLOED OP HET WERKEN VAN NEDERLANDSE REVALIDATIEARTSEN

Namens de VRA werd ik bestuurlijk actief in de ISPRM en haar voorgangers. Ik was betrokken bij het eerste ISPRM-congres, 2001 in Amsterdam, inhoudelijk van hoog niveau. Het werd het me echter ook duidelijk dat de ISPRM op Amerikaanse leest geschoeid was, met andere uitgangspunten dan de Europese organisaties. Internationaal sprak men over PMR (*Physical Medicine and Rehabilitation*). Door Nederlandse invloeden wordt nu gesproken over PRM (*Physical and Rehabilitation Medicine*). Een verschil in volgorde van de drie letters, maar meer conform het werken in de revalidatiegeneeskunde zoals wij dat in Europa in de praktijk brengen. Ook beschreven in het *White book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe*, de bijbel van de revalidatiegeneeskunde, in 2018 herschreven en de basis geworden voor het huidige werken in de revalidatiegeneeskunde. In 2008 ben ik als VRA-vertegenwoordiger overgestapt naar de ESPRM en UEMS-PRM en penningmeester geworden van de ESPRM. De besluiten in deze organisaties hebben, meer dan ISPRM, invloed op het werken als revalidatiearts in Nederland, mede vanwege Europese regelgeving. De ESPRM en UEMS-PRM met de *Special Interest Scientific Committees*, de *Board*, de *Professional Practice Committee*, en de *Cinical Affairs Committee* hebben enorme ontwikkelingen in ons vakgebied bewerkstelligd. Vele richtlijnen en *best practises* zijn tot stand gekomen.

ONDERSTEUNEN COLLEGA-REVALIDATIEARTSEN IN OEKRAÏNE

Hoe navrant is het dat er nu weer een oorlog gaande is in Europa. Verklaringen met betrekking tot solidariteit aan Oekraïne zijn uitgebracht door ESPRM, UEMS-PRM, ISPRM en AERM (*European Academy of Rehabilitation Medicine*). Oekraïne en Rusland zijn beide ook lid van deze organisaties. Samen moeten we in staat worden geacht om de slachtoffers van de oorlog te helpen, online en zo mogelijk ter plaatse. Revalidatieartsen worden gevraagd om zitting te nemen in de *WHO response group for Ukraine*. Het is nu tijd om de ontwikkelingen van de afgelopen jaren in de revalidatiegeneeskunde ten goede te laten komen aan de collega-revalidatieartsen en hun patiënten in Oekraïne.

Daan Wever, revalidatiearts bij Roessingh Arbeid ←

WEBSITES

- esprm.eu
- uems-prm.eu
- isprm.org
- aemr.eu

Verkorte productinformatie BOTOX, 100 Allerganeenheden, poeder voor oplossing voor injectie

Samenstelling Botulinumtoxine (van *Clostridium botulinum*) type A, 100 Allerganeenheden 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 pediatrische 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 dystoniën.*Cervicale dystonie (orticollis 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 halsspieren [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 motorische neuropathische 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. Eén geval van anafylaxie werd gemeld waarbij de patiënt is overleden nadat hij werd ingespoten met BOTOX die niet correct werd verdund met 5 ml van 1% lidocaïne. Zoals bij elke injectie kan de injectie letsel veroorzaken. Een injectie kan leiden tot plaatselijke infectie, pijn, ontsteking, paresthesie, hypesthesie, gevoeligheid, zwelling, 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 voorgenomen injectieplaats(en) of als de te behandelen spier overmatige zwakte of atrofie vertoont. Voorzichtigheid is ook geboden als BOTOX wordt gebruikt voor de behandeling van patiënten met perifere motorische neuropathische ziekten (zoals amyotrofe laterale sclerose of motorische neuropathie). Er zijn ook meldingen van bijwerkingen na de toediening van BOTOX met betrekking tot het cardiovasculaire systeem, met inbegrip van aritmie en myocardinfarct, soms met fatale afloop. Sommige van deze patiënten vertoonden risicofactoren, zoals een cardiovasculaire ziekte. Nieuwe of terugkerende epileptische aanvallen zijn gemeld, in het bijzonder bij volwassen en pediatrische 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 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 biologische te verbeteren moeten de naam en het batchnummer van het toegediende product goed geregistreerd worden. **Pediatrische patiënten** De veiligheid en werkzaamheid van BOTOX voor andere indicaties dan deze beschreven voor de pediatrische 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 pediatrische 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 pediatrische 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 spiertonus naar verwachting niet zal leiden tot verbetering van de werking (bijv. beter kunnen wandelen) of verlichting van de symptomen (bijv. pijnverlichting), of de patiëntenzorg niet zal vergemakkelijken. Bovendien kan de verbetering van actieve werking beperkt zijn als de behandeling met BOTOX meer dan 2 jaar na de beroerte wordt gestart of bij patiënten met minder ernstige spasticiteit van de enkel (Modified Ashworth Scale [MAS] <3). Voorzichtigheid is geboden bij de behandeling van volwassenen met spasticiteit na een beroerte die risico lopen op vallen. BOTOX moet met voorzichtigheid worden gebruikt bij de behandeling van focale spasticiteit van de enkel en de voet bij volwassen patiënten na een beroerte met significante comorbiditeiten. De behandeling mag alleen worden aangevuld 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 "Pediatrische patiënten". **Blefarospasme** Minder knippen met de ogen na de injectie van botulinumtoxine in de m. orbicularis kan leiden tot blootstelling van het hoornvlies, aanhoudend epitheeldefect 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 epitheeldefect moet grondig worden behandeld. Hiervoor kunnen beschermende druppels, zelf, therapeutische zachte contactlenzen of sluiting van het oog met een pleister of andere middelen worden gebruikt. Ecchymose 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 geslotenkamerhoekglaucom, 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 slokdarmspieren. 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 vochtintake 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 pediatrische spasticiteit, bij 11% met primaire hyperhidrose 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 symptomatiche 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 pediatrische patiënten Huid- en onderhuidaandoeningen.** Vaak: uitslag, *letsel, 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: ecchymose, purpura. **Skeletspierstelsel- en bindweefsel-aandoeningen.** Vaak: pijn in de ledematen, spierzwakte. **Algemene aandoeningen en aandoeningen van de toedieningsplek.** Vaak: pijn op de injectieplaats, verhoogde lichaamstemperatuur (pyrexie), griepachtige ziekte, bloeding op de injectieplaats. **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.** Vaak: perifeer oedeem. **Letsels, intoxicaties en verrichtingscomplicaties.** Vaak: vallen. Er werd bij herhaaldosering geen wijziging in het algemene veiligheidsprofiel waargenomen. **Blefarospasme, hemifaciaal spasme en geassocieerde dystoniën Dogaandoeningen.** Zeer vaak: ptosis. Vaak: puntvormige hoornvliesontsteking (keratitis), lagofthalmus, droog oog, fotofobie, oogirritatie, meer traansecretie. **Huid- en onderhuidaandoeningen.** Vaak: ecchymose. **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, maalste. **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 worden verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden via het Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb. Website: www.lareb.nl. **Werking** Farmacotherapeutische categorie: andere spierrelaxantia, perifeer werkende stoffen, ATC-code: M03A X01. Botulinumtoxine type A blokkeert de perifere afgifte van acetylcholine aan de presynaptische cholinerge zenuwuiteinden door het splitsen van SNAP-25, een eiwit dat verantwoordelijk is voor het succesvol opstaan en afgeven van acetylcholine uit blaasjes in de zenuwuiteinden. **Vergunninghouder** Allergan Pharmaceuticals Ireland, Castlebar Road, Westport, County Mayo, Ierland. **Registratienummer** RVG 117146. **Vergoedingsstatus** Voldedig vergoed. **Afleverwijze** U.R. **Datum van herziening** van de tekst 08/2021.

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.