

NEDERLANDS TIJDSCHRIFT VOOR

REVALIDATIE GENEESKUNDE



JAARGANG 45 | NUMMER 1 | FEBRUARI 2023

UITGAVE VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING VAN REVALIDATIEARTSEN



FOCUS OP SAMENWERKEN

IN DIT NUMMER ONDER ANDERE

Pagina 10

**We moeten niet
de V&D van de
zorg worden**

Pagina 22

**Interview
Joep de Groot**

Pagina 33

**Wie niet kan
delen kan niet
vermenigvuldigen**

Pagina 44

**Publicatie:
Arbeidsrevalidatie
na NAH**

BOTOX® de enige BOTULINE TOXINE GEREGISTREERD in Nederland voor diverse spieren in de bovenste én onderste ledematen*



DIAGNOSE >

Tijdige diagnose en behandeling van spasticiteit na CVA kan **lange-termijn complicaties helpen voorkomen** die de revalidatieresultaten en het behalen van behandeldoelen kunnen beïnvloeden¹



EFFECTIVITEIT >

BOTOX® heeft een **aangetoonde effectiviteit** bij het verminderen van spierstijfheid en -tonus in spasticiteit na CVA van de **bovenste en onderste ledematen**, daarnaast **PSS gerelateerde pijn** gedurende 4 behandelcycli²⁻⁷



ERVARING >

BOTOX® heeft een gunstig veiligheidsprofiel op basis van **meer dan 30 jaar gebruik** in verschillende indicaties⁷⁻⁹



1. Wissel J, et al. PM R. 2015;7(1):60-67. 2. Brashear A, et al. N Engl J Med. 2002;347(6):395-400. 3. Dunne JW, et al. Clin Rehabil. 2012;26(9):787-797. 4. Esquenazi A, et al. Am J Phys Med Rehabil. 2019;98(5):360-368. 5. Kaji R, et al. J Neurol. 2010;257(8):1330-1337. 6. Wein T, et al. PM R. 2018;10(7):693-703. 7. BOTOX SmpPC november 2022. 8. Schantz EJ, et al. Microbiol Rev. 1992;56(1):80-99. 9. Naumann M, et al. Eur J Neurol. 2006;13(suppl 4):35-40.

* Voor de symptomatische behandeling van focale spasticiteit van de pols en de hand bij volwassen patiënten die een CVA hebben doorgemaakt en focale spasticiteit van de enkel en de voet bij volwassen patiënten die een CVA hebben doorgemaakt.

Voor de verkorte productinformatie zie elders in dit blad.

In dit nummer

FOCUS OP SAMENWERKEN

5

EDITORIAL

6

KORTOM

Geneesplezier - Toetsvragen

9

EDITORIAL GASTREDACTIE

10

OPINIE

We moeten niet de V&D van de gezondheidszorg worden!

14

ACTUEEL

Duurzame samenwerking met ervaringsdeskundigen in onderzoek en innovatie

18

ACTUEEL

An ever closer union

22

INTERVIEW

Gesprek met Joep de Groot, voorzitter RvB CZ
De MSR en passende zorg

26

ACTUEEL

Samenwerken en samen innoveren voor student, medewerker en cliënt

30

UIT DE PRAKTIJK

Zorg voor het Noorden

33

OPINIE

Wie niet kan delen kan niet vermenigvuldigen

38

PRIKBORD

Samenwerken is willen leren

42

PROEFSCHRIFT

Vroege toelaatbare gewichtsbelasting bij fracturen van de onderste extremiteiten

43

IN PERSPECTIEF

Samenwerking en vertrouwen

44

WETENSCHAPPELIJKE
PUBLICATIE

Arbeidsrevalidatie na NAH: overeenkomsten en verschillen tussen Nederland en Vlaanderen

48

WETENSCHAPPELIJKE
PUBLICATIE

Intensieve neurorevalidatie bij patiënten met een langdurige bewustzijnsstoornis

53

BOEKRECENSIE

Revalidatie voor volwassenen

54

CASUÏSTIEK

De patiënt met het 'verkeerde tentbed'

56

RICHTLIJNSAMENVATTING

Inspanningsgebonden pijnsyndromen van het onderbeen

58

INTERVIEW

Gesprek met Charlotte van Laake-Geelen, revalidatiearts en senior onderzoeker

60

DE PRONKHOEK

62

SPOTLIGHT

Implementatie van verworven bewezen therapiën

63

WETENSCHAP
Promoties

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

Samenstelling Botulinumtoxine (van *Clostridium botulinum*) type A, 100 Allergeneenheden per injectiefacoon. 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 (torticollis spastica). **Contra-indicaties** BOTOX is gecontra-indiceerd: voor personen met een bekende overgevoeligheid voor botulinumtoxine type A of voor één van de hulpstoffen; bij een infectie op de voorgestelde injectieplaats(en). **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik** De aanbevolen doses en toedieningsfrequenties van BOTOX mogen niet worden overschreden omdat de patiënt dan risico loopt op overdosis, overmatige spierzwakte, grote verspreiding van het toxine en de vorming van neutraliserende antilichamen. De eerste dosis voor een nieuwe patiënt dient de laagste aanbevolen dosis voor de specifieke indicatie te zijn. Dit geneesmiddel bevat minder dan 1 mmol natrium (23 mg) per flacon, dat wil zeggen dat het in wezen "natriumvrij" is. Voorschrijvers en patiënten moeten zich ervan bewust zijn dat bijwerkingen kunnen optreden, ook al werden eerdere injecties goed verdragen. Daarom is voorzichtigheid geboden bij elke toediening. Bijwerkingen door verspreiding van het toxine weg van de plaats van toediening werden gemeld (zie rubriek Bijwerkingen), soms met een dodelijke afloop, die in sommige gevallen in verband werd gebracht met dysfagie, longontsteking en/of significante zwakte. Deze symptomen komen overeen met het werkingsmechanisme van botulinumtoxine en werden uren tot weken na de injectie gemeld. Het risico op symptomen is waarschijnlijk het grootst bij patiënten met onderliggende aandoeningen of met comorbiditeiten die hen vatbaar maken voor deze symptomen; waaronder kinderen en volwassenen die worden behandeld voor spasticiteit en hoge doses krijgen. Patiënten die worden behandeld met therapeutische doses kunnen meer spierzwakte vertonen. Er moet rekening worden gehouden met de risico's en voordelen voor elke afzonderlijke patiënt voordat de behandeling met BOTOX wordt gestart. Dysfagie werd ook gemeld na injectie op andere plaatsen dan de halsspijzen (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 orolinguale-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% lidocaine. Zoals bij elke injectie kan de injectie letsel veroorzaken. Een injectie kan leiden tot plaatselijke infectie, pijn, ontsteking, paresthesie, hypesthesie, gevoeligheid, zwelling, erythem en/of bloeding/blauwe plekken. Pijn en/of angst gerelateerd met de naald kunnen leiden tot vasovagale reacties, zoals syncope, hypotensie, enzovoort. Voorzichtigheid is geboden als BOTOX wordt gebruikt in de aanwezigheid van ontstekingen op de voorgenomen injectieplaats(en) of als de te behandelen spier overmatig 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 van ontstekende type A kan de doeltreffendheid van een BOTOX-behandeling verminderen, doordat deze de biologische activiteit van het toxine inactiveren. Resultaten uit sommige onderzoeken suggereren dat BOTOX-injecties op frequentere intervallen of met hogere doses kunnen leiden tot een grotere incidentie van de vorming van antilichamen. Indien van toepassing, kan de kans op de vorming van antilichamen worden geminimaliseerd door te injecteren met de laagste doeltreffende dosis en met de langste klinisch geïndiceerde intervallen tussen injecties. Klinische fluctuaties tijdens het herhaaldelijk gebruik van BOTOX (evenals bij alle botulinumtoxines) kunnen het gevolg zijn van andere procedures voor de reconstitutie van injectieflacons, injectie-intervallen, geïnjecteerde spieren en ietwat afwijkende potentiewaarden die door de gebruikte biologische testmethode worden gegeven. Terugvinden herkomst Om het terugvinden van de herkomst van biologische te verbeteren moeten de naam en het batchnummer van het toedienende 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, voet, pols en hand 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 bovenste ledematen (hand en pols) en de onderste ledematen (enkel 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. Bij spasticiteit van de onderste ledematen 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 bovenste ledematen (hand en pols) en de onderste ledematen (enkel en voet) bij volwassen patiënten na een beroerte met significante comorbiditeiten. De behandeling mag alleen worden aangevat als wordt verwacht dat het voordeel van de behandeling opweegt tegen de mogelijke risico's. BOTOX mag bij de behandeling van spasticiteit van de bovenste en/of 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 Vle 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 slokdarmspijzen. Injecties in de m. levator scapulae kunnen het risico op een infectie van de bovenste luchtwegen en dysfagie verhogen. Dysfagie kan leiden tot een verminderde voedsel- en vochtinname met gewichtsverlies en uitdroging als gevolg. Patiënten met subklinische dysfagie lopen meer kans op ernstigere dysfagie na injectie van BOTOX. Bijwerkingen Algemeen In gecontroleerde klinische onderzoeken werden bijwerkingen gemeld die door de onderzoekers in verband werden gebracht met BOTOX, bij 35% van de patiënten met blefarospasme, bij 28% met cervicale dystonie, bij 8% met pediatrische spasticiteit 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, erythem, plaatselijke infectie, bloeding en/of blauwe plekken. Pijn en/of angst gerelateerd met de naald kunnen leiden tot vasovagale reacties, waaronder voorbijgaande symptomatische hypotensie en syncope. Koorts en een griepachtig syndroom werden eveneens gemeld na injectie van botulinumtoxine. De bijwerkingen zijn onderverdeeld in onderstaande categorieën, afhankelijk van hun frequentie: zeer vaak (≥1/10); vaak (≥1/100, <1/10). Hieronder vindt u de bijwerkingen, die verschillen afhankelijk van het deel van het lichaam waar BOTOX wordt ingespoten. De volledige lijst van bijwerkingen kan worden geraadpleegd in de volledige versie van de Samenvatting van de Productinformatie. Focale spasticiteit van het onderste lidmaat bij pediatrische patiënten Huid- en onderhuidaandoeningen. Vaak: uitslag, Letsel, vergiftiging en complicaties van de ingreep. Vaak: ligamentverstuiking, huidschaafwond. Algemene aandoeningen en aandoeningen van de toedieningsplek. Vaak: loopasverstoring, pijn op de injectieplaats. Focale spasticiteit van de bovenste ledematen als gevolg van een beroerte bij volwassenen Maagdarmsstelselaandoeningen. Vaak: Misselijkheid Skeletspierstelsel- en bindweefselaandoeningen. Vaak: pijn in de ledematen, spierzwakte. Algemene aandoeningen en aandoeningen van de toedieningsplek. Vaak: Vermoeidheid, perifere oedeem. Focale spasticiteit van de onderste ledematen als gevolg van een beroerte bij volwassenen Huid- en onderhuidaandoeningen. Vaak: uitslag. Skeletspierstelsel- en bindweefselaandoeningen. Vaak: gewichtspijn, stijfheid van de skeletspieren, spierzwakte. Algemene aandoeningen en aandoeningen van de toedieningsplek. Vaak: perifere oedeem. Letsels, intoxicaties en verrichtingscomplicaties. Vaak: vallen. Er werd bij herhaaldosering geen wijziging in het algemene veiligheidsprofiel waargenomen. Blefarospasme, hemifaciale spasme en geassocieerde dystoniën Oogaandoeningen. 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, hypertensie, hypo-esthesie, slaperigheid, hoofdpijn. Maagdarmsstelselaandoeningen. Zeer vaak: sliktstroom (dysfagie). Vaak: droge mond, misselijkheid. Skeletspierstelsel- en bindweefselaandoeningen. Zeer vaak: spierzwakte. Vaak: stijfheid en pijn in de skeletspieren. Algemene aandoeningen en aandoeningen van de toedieningsplek. Zeer vaak: pijn. Vaak: asthenie, griepachtige ziekte, malaise. Melding van vermoedelijke bijwerkingen Het is belangrijk om na toelating van het geneesmiddel vermoedelijke bijwerkingen te melden. Op deze wijze kan de verhouding tussen voordelen en risico's van het geneesmiddel voortdurend worden gevolgd. Beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden via het Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb. Website: www.lareb.nl. Werking farmacotherapeutische categorie: andere spierrelaxantia, perifer werkende stoffen, ATC-code: M03A X01. Botulinumtoxine type A blokkeert de perifere afgifte van acetylcholine aan de presynaptische cholinerge zenuwuiteinden door het splitsen van SNAP-25, een eiwit dat verantwoordelijk is voor het succesvol opslaan en afgeven van acetylcholine uit blaasjes in de zenuwuiteinden. Vergunninghouder AbbVie B.V., Wegalaan 9, 2132 JD Hoofddorp. Telefoonnummer: 088 322 2843. Registratienummer RVG 117146. Vergoedingstatus Volledig vergoed. Afleverwijze U.R. Datum van herziening van de tekst 11/2022.

COLOFON

Nederlands Tijdschrift voor Revalidatiegeneeskunde (NTR). Netherlands Journal of Rehabilitation Medicine. Het NTR is een mededelingen- en informatieperiodiek van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA).

Alle artikelen zijn open access te lezen en downloaden op www.revalidatie.nl.

Redactieraad

Dr. Mattijs Alsem
Dr. Rita van den Berg-Emons
Drs. Merel Bijleveld
Dr. Janneke Haisma
Dr. Jorit Meesters
Drs. Eske Ravensbergen
Dr. Janneke Stolwijk-Swüste
Drs. Loes Swaan

Hoofredacteur

Prof. dr. Jan Geertzen

Eindredactie

Heidi Wals

Redactieadres

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

Uitgever, advertenties en abonnementen

Performis BV
Postbus 2396, 5202 CJ 's-Hertogenbosch
T: 073 689 58 89
W: www.performis.nl
E: NTR@performis.nl

Advertenties

Contactpersoon: Dhr. Misha Stork
T: 073 689 58 89
E: misha@performis.nl

Abonnement

Standaard € 139,50 per jaar
Buitenland € 204,99 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. Voor de 1e auteur 10 pnt, voor de 2e auteur 5 pnt en voor 3e en verdere auteurs 2 pnt.

Richtlijnen voor auteurs

De 'bladformule en auteursrichtlijnen' zijn te downloaden op www.revalidatie.nl.

Verschijsning

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

45° jaargang, nummer 1

ISSN 2211-3665

Dit tijdschrift is CO₂ neutraal en met FSC-papier geproduceerd.



VAN DE HOOFDREDACTEUR

'Waarom moeilijk doen als het samen kan'*



Samenwerken is het thema van deze NTR-editie. Samenwerken is een actueel thema maar ook een thema van alle tijden. Samenwerken behoor je eigenlijk altijd te doen, maar in de huidige tijden - met de financiële en personele problematiek in de gezondheidszorg - zoeken mensen sneller verbinding. Het gevaar is echter dat je hierdoor

anderen uitsluit, hetgeen wantrouwen kan scheppen. Een gevonden definitie van samenwerken geeft aan: *'Samenwerken kan alleen op basis van vertrouwen. En vertrouwen ontstaat alleen als je bereid bent om enerzijds elkaars ego's, elkaars belangen en behoeften te kennen en respecteren. En anderzijds om je eigen ego, je belangen en behoeften ook te kunnen parkeren.'* Dat vertrouwen in een ander alvorens samen te gaan werken herken ik wel; soms denk je echt iemand te vertrouwen en dan gaat het toch nog fout, omdat de andere opportuun is en jij wellicht te vol van vertrouwen. We zien nu op allerlei fronten verlies aan vertrouwen: de politiek, de overheid, de zorgverzekeraars, het Zorginstituut Nederland en ga zo maar door. Misschien moeten we meer gaan 'omdenken'. Dit betekent: niet meer denken in beperkingen naar denken in mogelijkheden; en ja, dat is toch ons vak, nietwaar? In dit NTR-nummer staan een aantal mooie beschrijvingen die passen bij omdenken evenals een aantal kritische vragen samengevat in: waar zijn we nu mee bezig?

Een mooi voorbeeld van omdenken zag ik enkele jaren geleden tijdens een bezoek aan het 'beste revalidatiecentrum in de USA; Rehabilitation Institute of Chicago'; ze noemden zichzelf geen *rehabilitation center* meer maar een *ability center* (een mooie Nederlandse vertaling heb ik niet...). Patiënten werden overigens door mij nauwelijks gezien.

In een boekje van Fenna Heyning: *HELP! Het ziekenhuis verdwijnt; een nieuwe kijk op de medisch specialistische zorg van de toekomst* wordt door haar geschreven: *'samenwerking in multidisciplinaire teams is de weg naar een betere toekomst, waarin alle complexe problemen uitstekend kunnen worden opgelost.'* Ik dacht: dat gaat over ons mooie vak... Wij zijn die koplopers op vele vlakken in de medisch specialistische zorg; wij moeten ons nog meer en beter profileren. Een mooie uitdaging!

Jan Geertzen,
hoofredacteur

Referentie

* Loesje

Kortom

GENEESPLEZIER

Revalidatieplezier is samenwerking

De maatschappij verandert. En wij veranderen noodgedwongen mee. Als mens. Als dokter. Of we dit leuk vinden of niet. Het gaat van solistisch naar samen. Die saamhorigheid is plezierig werken en ook fijn voor de patiënt.

Gezamenlijke poli's draaien met de neuroloog, bijvoorbeeld op gebied van Multiple Sclerose of de Ziekte van Parkinson. Bespaart voor iedereen tijd en is leerzaam, beter dan dat we elkaars bevindingen teruglezen in de decursus. Laat op dezelfde dag de patiënt beoordelen door je team van paramedici, plak er een MDO aan vast, geef terugkoppeling aan de patiënt en je hebt een uiterst efficiënte manier van (samen) werken. Of de korte lijnen met de specialist ouderengeneeskunde; ik begrijp en ervaar steeds beter dat we elkaar in de toekomst vaker nodig zullen hebben. Ontschotten maar. Maar laten we niet te hard van stapel lopen en ons eigen territorium ook beschermen. Moeten we niet ergens een grens trekken en deze bewaken? Recent zag ik een patiënt met sinds jaren toenemende brandende pijn in zijn rechterborst die door diverse medici aanvullend onderzoek kreeg voorgeschoteld, tot PET-scans aan toe. Tevergeefs. Observatie in de spreekkamer hadden deze vele zorgkosten kunnen besparen. Patiënt was bekend met obstetrisch plexus letsel en zette zijn aangedane zijde al decennia lang niet in. Niemand die dat observeert, uitvraagt, laat staan opschrijft. Ik heb er

het *m. pectoralis minor syndrome* van gemaakt. Ja, dit kunnen wij alleen! Uiteraard, casus wel besproken in het MDO Pijn, want uiteindelijk kunnen we blijkbaar toch niets helemaal alleen.

Het niet alleen staan is plezierig, maar zorgt ook wel voor overuren in Outlook, Siilo en aanverwanten. Elkaar informeren, op de hoogte houden, navraag doen; het houdt soms niet op. Het kost veel tijd, en dan typ ik nog blind.

En binnenkort wordt in ons ziekenhuis een app functioneel waarbij we direct in contact staan met de patiënt. Ik zie er tegenop. Als mens. Niet dat ik er niet voor de patiënt wil zijn, maar is het contact in de spreekkamer niet meer dan voldoende?

Iedere dag fantaseer ik op de terugweg naar huis over de ideale situatie. Als dokter. Hoe ga ik om met de vele kanalen die beschikbaar zijn om met elkaar te communiceren? Wat verwacht ik van samenwerking met een ander en hoe houd ik deze in stand binnen mijn reguliere arbeidsuren? Dat de tijden veranderen is een feit en daar mogen we niet alleen de maatschappij de schuld van geven.

*Drs. Maurice Sopacua,
revalidatiearts Libra Revalidatie & Audiologie, locaties SJG Weert
& Elkerliek Helmond*

KNMG-RICHTLIJN 'OMGAAN MET MEDISCHE GEGEVENS' HERZIEN

Artsen hebben een beroepsgeheim. Een arts moet zwijgen over alles wat hij tijdens zijn werk te weten komt over een patiënt. Zo kan iedereen erop vertrouwen dat alle informatie die je als patiënt met een arts deelt, vertrouwelijk blijft.

De herziene KNMG-richtlijn *Omgaan met medische gegevens* biedt handvatten voor de toepassing van het beroepsgeheim en kaders voor het uitwisselen van medische gegevens met derden. Je vindt in deze richtlijn onder andere informatie over doorbreking medisch beroepsgeheim, verstrekking informatie over patiënt aan verzekeraar en regels bij elektronische gegevensuitwisseling.



Kijk op knmg.nl/beroepsgeheim voor meer informatie. - HW



RICHTLIJNHERZIENING

Zoals sommigen al gemerkt hebben, introduceert de Federatie Medisch Specialisten (FMS) een nieuwe manier van richtlijnherziening: Modulair Onderhoud, zie ook <https://richtlijndatabase.nl/werkwijze.html>. Doel is om nieuwe inzichten sneller op te nemen in richtlijnen op een efficiënte manier. Wat verandert er: van elke richtlijn wordt per module bepaald of die moet worden herzien, kan vervallen of samengevoegd kan worden met een andere module. Hiervoor zijn de meer dan 650 richtlijnen uit de richtlijndatabase van de FMS verdeeld in clusters. Voor een gefaseerde invoering van de nieuwe methodiek zijn inmiddels twee koplopergroepen gestart, om ervaring op te doen en het proces zo nodig aan te passen. In elk cluster is er een kleine Stuurgroep, bestaande uit door hun wetenschappelijke verenigingen afgevaardigde leden en vertegenwoordigers van relevante patiëntenverenigingen. Daarnaast is er een grotere, meer diverse, Expertisegroep en een groep overige stakeholders. De VRA is betrokken bij diverse clusters zoals het cluster neuromusculaire aandoeningen, het cluster bewegingsstoornissen en het cluster pijnmanagement. Helaas zijn er nog veel vacatures in stuurgroepen en expertisegroepen, ondanks oproepen via de werkgroepen. Voor vragen of meer informatie kan contact worden opgenomen met Corine Ottevanger van de VRA

(kwaliiteitscommissie@revalidatiegeneeskunde.nl). - LS

FACTSHEET OVER HART-REVALIDATIE NA HARTINFARCT

In 2014 heeft de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) met de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC) de kwaliteitsindicator *Behandeling patiënten met een STEMI* ontwikkeld. Tot en met 2020 heeft de inspectie alle ziekenhuizen via deze kwaliteitsindicator gevraagd hoeveel patiënten met een STEMI (hartinfarct) door de cardioloog worden doorverwezen voor hartrevalidatie en hiervoor minimaal een intake krijgen. Het volgen van een hartrevalidatieprogramma na een hartinfarct of voor een hartoperatie of dotterbehandeling vermindert het risico op voortijdig overlijden. In een factsheet geeft IGJ een beeld van hartrevalidatie in de periode 2014 - 2020. Daaruit blijkt dat het aantal patiënten dat na een hartinfarct door de cardioloog wordt doorverwezen naar hartrevalidatie en hiervoor minimaal een intake krijgt tussen 2014 en 2020 is toegenomen naar 88%.

Kijk op [IGJ/factsheet-hartrevalidatie](#) voor meer informatie. - HW



SAMEN BESLISSEN

Door de Federatie Medisch Specialisten is onlangs een opleidingsplatform gelanceerd waar verschillende e-learnings, opleidingsmaterialen en handleidingen te vinden zijn om je 'Samen Beslissen' eigen te maken.

Zie www.platformuitkomstgerichezorg.nl.

NTR-ARTIKELN OP WWW.REVALIDATIE.NL

Wil je collega's op de hoogte brengen van een interessant artikel dat in NTR staat? Of word je eigen artikel in NTR gepubliceerd? Door het delen van een link kun je NTR-artikelen verspreiden via je eigen *social media*. De artikelen die in het NTR verschijnen worden namelijk, direct na verschijnen van het NTR, open access geplaatst op de website van VRA en RN: www.revalidatie.nl. Je vindt ze onder het hoofdmenu 'Onderzoek'. Alle artikelen vanaf 2022 staan erop. - HW

TOETSVRAGEN UIT EINDTOETS LANDELIJK ONDERWIJS

Op 26 en 27 september 2022 heeft de themacursus 4 'Amputatie en prothesiologie' plaatsgevonden voor aiossen revalidatie-geneeskunde. Aansluitend aan de cursus is een digitale eindtoets afgenomen met behulp van toetssysteem Remindo.

We behandelen hier twee vragen uit de meest recente toets uit september 2022. 48 aiossen hebben de toets gemaakt.

VRAAG 1:

A 50 YEAR-OLD-MAN WITH A TRANSTIBIAL AMPUTATION DEVELOPS SEVERE PAIN WHILE WALKING WITH HIS LEG PROSTHESIS 6 MONTHS AFTER HIS AMPUTATION. AFTER RADIOLOGIC EXAMINATION, A NEUROMA JUST UNDER THE AMPUTATION SCAR SEEMS TO BE CAUSING THE COMPLAINTS. ADAPTATIONS OF THE SOCKET AND ALIGNMENT DO NOT DIMINISH THE PAIN.

PAIN CAUSED BY THE NEUROMA IS CLASSIFIED AS ...

- A. Phantom limb pain and mirror therapy is indicated.
- B. Neuropathic pain and medication is indicated.
- C. Residual limb pain and excision is indicated.
- D. Referred pain and physical therapy is indicated.

Deze vraag sluit goed aan bij de dagelijkse praktijk van de revalidatiearts en past bij het niveau van kennis dat is te verwachten op het moment dat een revalidatiearts zijn/haar opleiding afrondt. Hij werd dus ook goed gemaakt met 77% juiste antwoorden. 19% koos echter antwoord B, 1 % antwoord A of D. De pijn heeft wel een relatie met zenuwen maar is daardoor nog geen neuropatische pijn. De aard van de klachten van een neurooom of neuropathie zijn bij uitvragen en het lichamenteel onderzoek ook te onderscheiden en hebben vervolgens een ander behandeltraject.

Terugkoppeling bron: Workshop college Spelt

Namens Toetsingscommissie,
Wim GM Janssen

VRAAG 2:

ON THE DORSAL SIDE OF THE WRIST THE LUNATE CAN BE FOUND IN A DEPRESSION PROXIMAL TO AND IN LINE WITH THE ...

- A. First metacarpal
- B. Second metacarpal
- C. Third metacarpal
- D. Fourth metacarpal

Zoals op meerdere momenten tijdens jullie opleiding zal worden gesteld is anatomische kennis een voorwaarde om tijdens het lichamenteel onderzoek tot een adequate conclusie te komen wat betreft de bevindingen. Dit is hier een mooi voorbeeld van, hij lijkt volledig eenduidig, toch heeft 22% gekozen voor een fout antwoord. 35 aiossen antwoordt C, 8 aiossen antwoordt B, 2 aiossen antwoordt D. Ook hier blijkt dat er een sterke correlatie is tussen het goed beantwoorden van deze vraag en het goed maken van de gehele toets.

Terugkoppeling bron: Artikel physical examination of the wrist, Young et. al. (2007)

De Toetsingscommissie maakt een vaste rubriek van het delen van twee toetsvragen per toets. In de volgende editie van NTR treft u twee nieuwe toetsvragen aan van thema 7 'Aandoeningen bij kinderen, jeugdigen en adolescenten'.

juiste antwoorden toetsvragen
Vraag 1: antwoord: C
Vraag 2: antwoord: C

EDITORIAL GASTREDACTIE THEMA-ARTIKELEN

Alleen ga je sneller, samen kom je verder

Samenwerkingen zijn er in verschillende vormen en maten, met verschillen in intensiteit en verschillen in onderwerpen. Samenwerken is belangrijk bij complexe vraagstukken en van levensbelang als de druk erg groot wordt. In de revalidatiezorg is per definitie sprake van complexe problemen bij patiënten waar op meerdere gebieden sprake is van uitval of beperkingen met grote consequenties op het functioneren. Interdisciplinair samenwerken is de kern van de revalidatiegeneeskunde, en netwerksamenwerking rond de patiënt, leerling en familie is vanzelfsprekend. De recente geschiedenis laat zien dat de druk op onze kleine sector erg groot wordt. Er is een toenemende roep om evidence, er is een groeiende krapte op de arbeidsmarkt, we hebben net als grote ziekenhuisorganisaties te maken met een woud aan regelgeving en we kampen met een enorme druk op onze financiële huishouding. Hoe gaan we als revalidatie-aanbieders om met deze nieuwe werkelijkheid?

Dat doe je onder andere door samen te werken met partners. Peter Visch geeft in een bijdrage zijn opinie over wat we zouden moeten doen en Maureen Bult geeft in haar bijdrage een inzicht in de samenwerking binnen een revalidatieaanbieder. Mark van Ooijen en Jos Merckx laten ons zien dat de klassieke scheidslijnen tussen geriatrische revalidatiezorg (GRZ) en medisch specialistische revalidatie (MSR) met visie geslecht kunnen worden. Samenwerken biedt zoveel meer bij opleiden en de arbeidsmarkt zoals Hedwig Darley c.s. en Michiel Kahmann laten zien. Theo van Brussel en Henri Plagge houden ons een spiegel voor over samenwerken en samenwerking, met voorbeelden van buiten onze sector

Samenwerken dwingt je om na te denken over jezelf als individu, als instelling of als sector. Wat is mijn bijdrage aan het geheel? Is de manier waarop ik tot nu toe werk nog wel passend en van meerwaarde voor de patiënten die revalidatie nodig hebben? Af en toe zijn de vragen ongemakkelijk omdat de antwoorden daarop niet altijd vrolijk stemmen. De neiging kan dan zijn om de vragen niet aan jezelf te stellen en ze opzij te schuiven. Toch is zelfreflectie de basis voor een goede verbinding in de samenwerking. De revalidatiegeneeskunde is bij uitstek een vak van verbinding. Met de uitdagingen waar we als maatschappij en als gezondheidszorg de komende jaren voor staan kunnen we dan ook veel waarde toevoegen. Belangrijk is om als revalidatiearts verder te kijken dan de eigen spreekkamer en organisatie, en te bedenken wat patiënten - los van wat jij ze kan bieden - nog meer nodig hebben om maximaal te kunnen participeren. Samenwerken met anderen is vanzelfsprekend in de directe behandeling, maar zeker ook bij het realiseren van de juiste voorwaarden voor de netwerk(revalidatie)zorg van morgen.

Er is nog veel te doen en door samen op te trekken is een wereld te winnen.

*Yvette van Horn en Henri Plagge,
gastredactie NTR Focus op Samenwerken*



We moeten niet de V&D van de gezondheidszorg worden!

De revalidatiesector staat onder druk en zit in het verkeerde frame. We moeten hier snel uit zien te komen en (nog) meer dan ooit de blik naar buiten richten. Dit kan pas echt vorm krijgen als we durven erkennen dat je alleen wellicht sneller gaat, maar samen verder gaat komen. De inzet is hoog: als we dit onderschatten, kunnen we zomaar de V&D van de zorg worden.



DRS. P.G. (PETER) VISCH

Raad van Bestuur Revalidatie Friesland



CORRESPONDENTIE

pgvisch@revalidatie-friesland.nl

De laatste jaren worden we als sector vaker en ingrijpender geconfronteerd met ontwikkelingen, die de positie van de medisch specialistische revalidatie (MSR) aantasten. We worden nadrukkelijk uitgedaagd om onze toegevoegde waarde beter aan te tonen. Tegelijk worden we geconfronteerd met forse problemen die buiten onze invloedssfeer liggen, zoals COVID-19, stijgende kosten, inflatie en krapte op de arbeidsmarkt. Onze kosten stijgen en daarbij hebben de zorgverzekeraars in ons zorgstelsel de taak om ervoor te zorgen dat de kosten beheersbaar blijven. Pogingen om oplopende kosten te beteugelen verlopen vooral via de standpunten van het Zorginstituut Nederland (ZIN), die zich (helaas) niet concreet richten op preventie, maar vooral op de omvang van het verzekeringspakket. De uitkomsten zien we terug in termen als: 'bewezen effectieve zorg' en 'bewezen niet-effectieve zorg'. Dat klinkt concreet, maar is het verre van.

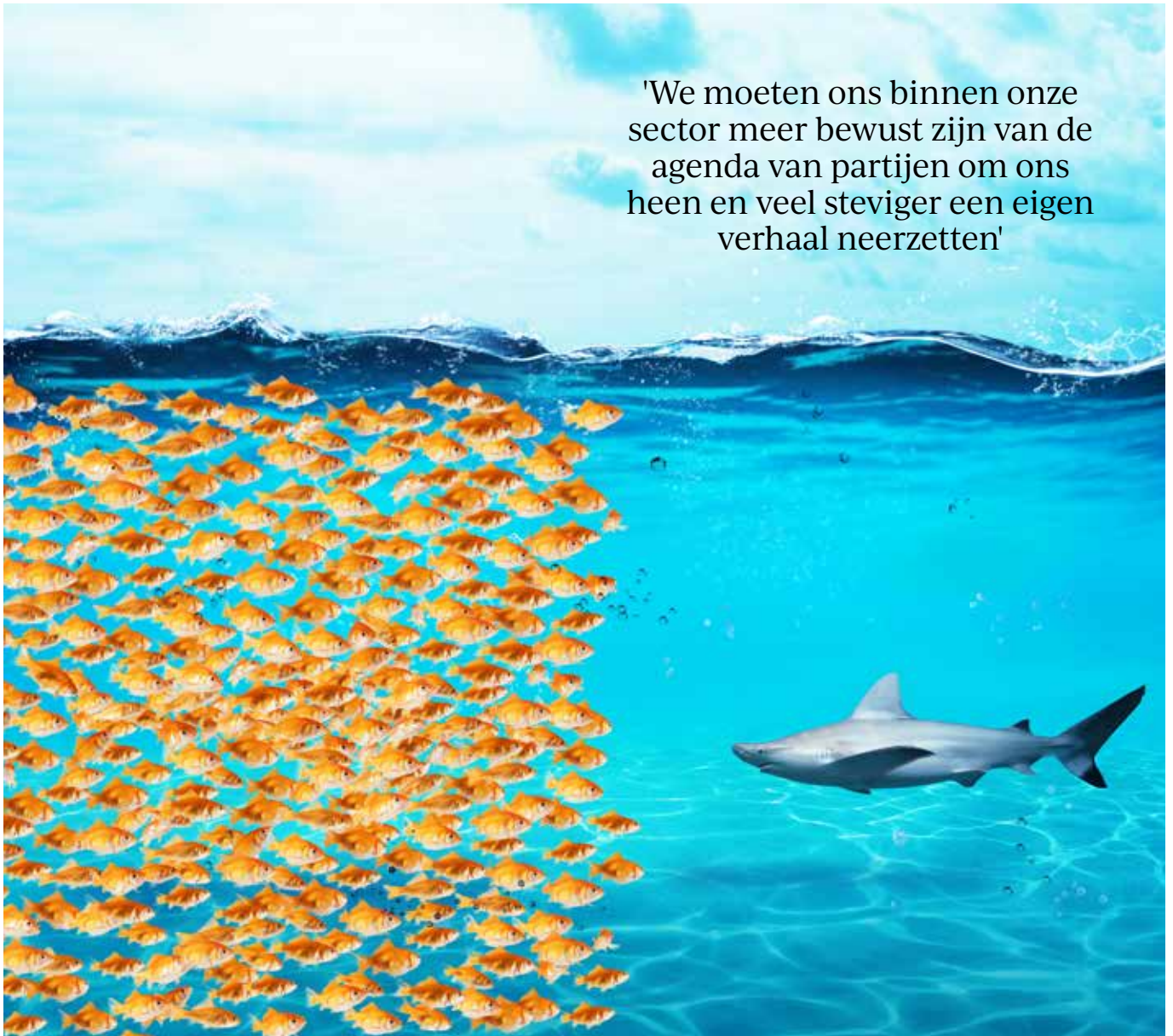
WE ZITTEN IN HET VERKEERDE 'FRAME'

Het begrip 'bewezen effectieve zorg' wordt steeds vaker ingezet als een frame en daar hebben wij het moeilijk mee. We maken

met onze sector deel uit van een politiek krachtenveld en - of je nu wilt of niet - daarbij is framing een belangrijk onderdeel. We zijn met elkaar nog niet in staat om dit de goede richting op te krijgen. Dat is opvallend, omdat bijvoorbeeld al in 2017 de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS) een duidelijk rapport uitbracht over, in feite, de voorganger van bewezen effectieve zorg: *evidence-based practice*. De RVS stelt dat *evidence-based practice* als basis voor goede zorg een illusie is en het accent in de zorg te veel is komen te liggen op externe verantwoording, transparantie, standaardisatie en controle.¹ Het enkel en alleen blijven kiezen voor een *evidence-based* benadering is een onterechte simplificatie van wat goede zorg is. Desondanks blijven veel partijen (waaronder zorgverzekeraars) hier krampachtig aan vasthouden. *Evidence based* zou juist *value based* moeten worden, dus het belang van de patiënt leidend laten zijn. Ook in het NTR is hier al eerder aandacht aan besteed.

'De noodzaak om uit het verkeerde frame te komen wordt versterkt door het Integraal Zorgakkoord, waarin wordt voorgesorteerd op krimp van de zorg'

De noodzaak om uit het verkeerde frame te komen wordt fors versterkt door het Integraal Zorgakkoord (IZA), waarin wordt voorgesorteerd op krimp van de zorg. Los van de toenemende vraag of je als zorgorganisatie nog aan de zorgvraag kan blijven voldoen vanwege toenemende krapte op de arbeidsmarkt, wordt ook actief ingezet op krimp van de curatieve zorg (waaronder de



'We moeten ons binnen onze sector meer bewust zijn van de agenda van partijen om ons heen en veel steviger een eigen verhaal neerzetten'

MSR). De beoordeling van wat wel of niet bewezen effectief is, gaat een nog grotere rol spelen. Iedereen die nu denkt dat de discussie over de effectiviteit van chronische pijn in de MSR voorbij is vanwege het rapport van het ZIN, is naïef. Het spel is nog maar net op de wagen en de discussie zal alleen maar harder worden gevoerd vanuit zorgverzekeraars en ministerie.

REVALIDATIEZORG MOET NIET DE V&D VAN DE ZORG GAAN WORDEN

De essentie van revalidatiezorg is dat je als patiënt uiteindelijk weer zo goed mogelijk kan meedoen, thuis, in je werk, in de samenleving. Daar wordt in onze sector iedere dag met hart en ziel aan gewerkt en dat levert jaar na jaar goede resultaten op en in ieder geval zeer hoge waarderingen van onze patiënten. Desondanks blijft de vraag steeds terugkomen om ons meer te

bewijzen. Het is tijd om zelf ook beter in de spiegel te kijken en te focussen op hoe wij weer beter grip krijgen op onze positie.

Binnen Revalidatie Friesland is enkele jaren geleden een metafoor gebruikt om de situatie te duiden in de vorm van de op- en neergang van het bekende warenhuis V&D. Een tikkeltje deftige winkel met een uitstekend aanbod van eveneens uitstekende kwaliteit. Zo'n winkel zou nooit gaan verdwijnen. Althans, dat dachten de bestuurders en medewerkers. En toch gebeurde het ondenkbare en ging V&D failliet. Vooral omdat men te laat doorhad dat de omgeving iets anders wilde.

We moeten ons binnen onze sector meer bewust zijn van de agenda van partijen om ons heen en veel steviger een eigen verhaal neerzetten (en dit ook framen!). Tenslotte zijn wij →

netwerkers bij uitstek en daar kunnen we veel meer uithalen dan we tot nu toe doen.

SAMEN ZIJN WE STERKER DAN WE DENKEN

Wat helpt is goed te blijven kijken naar het uiteindelijke strategische doel: een zo sterk mogelijk kennis- en behandelcentrum van MSR in je eigen regio worden en blijven met een kwantitatief en kwalitatief sterke groep revalidatieartsen. We zijn als leden van Revalidatie Nederland unieke organisaties/afdelingen in onze eigen regio's en vanuit onze strategische doelstelling moeten we heel concreet invulling gaan geven aan verdere, concrete, samenwerking.

‘Het is hoog tijd om de regie terug te pakken en aan de slag te gaan met het versterken van ons profiel’

De start ligt in het meer gericht en intensief gaan samenwerken met collega-centra en -afdelingen elders in het land. Je hebt landelijk je collega's nodig om elkaar beter te maken en steeds beter te worden, waardoor je in je eigen regio een steeds sterkere positie kan verwerven.

De perifere revalidatiecentra en revalidatieafdelingen van algemene ziekenhuizen zullen daarbij een iets ander doel hebben dan (meer) academische afdelingen en centra. Deze laatste groep kan zich meer toespitsen op de inhoudelijke onderbouwing en ontwikkeling van MSR en zich daarmee binnen het (academische) ziekenhuis sterker profileren. Dit zijn aantrekkelijke werkplekken voor revalidatieartsen, die meer affiniteit hebben met onderzoek en ontwikkeling binnen de MSR. De perifere centra gaan zich met behulp van deze ontwikkelingen verder verbreden in de keten als brede revalidatiespecialisten. Dit zijn weer aantrekkelijke werkplekken voor revalidatieartsen, die graag naast de MSR openstaan voor samenwerking met andere specialisten (waaronder de Specialist Ouderenzorg) en nieuwe behandelingen die net buiten de MSR vallen. In beide varianten ontstaat daarmee een nog sterkere positie van de revalidatiearts als medisch specialist, die beschikt over een unieke kennis van revalideren. De revalidatiearts blijft uiteraard in de eigen

MSR-organisatie aan kennisontwikkeling doen en het behandelteam aansturen, maar in de perifere centra tegelijk ook de netwerkpositie en consultfunctie van de revalidatiearts bij vraagstukken buiten de MSR in de regio verder uitbouwen. Daar ligt nog een grote vraag, zeker in de geriatrische revalidatiezorg (GRZ) en de eerste-/anderhalvelijnszorg.

De strategische keuzes die bestuurders momenteel maken, zijn zeer bepalend voor hoe revalidatieartsen hun werk kunnen blijven doen. Dit vraagt om pro-actief en strategisch meedenken en medeverantwoordelijkheid nemen. Je kan als medische staf niet meer blijven wachten op een adviesvraag van de Raad van Bestuur, want dan ben je te laat: de toekomst maak je samen. Kortom: het is dus hoog tijd om de regie terug te pakken en aan de slag te gaan met het versterken van ons profiel. We moeten concreter maken wat dit betekent voor de patiënt, de zorgverzekeraar en onszelf als revalidatiecentrum of -afdeling.

DE PATIËNT MOET KUNNEN VERTROUWEN OP GOEDE ZORG

De patiënt wil allereerst toegankelijkheid van zorg en kwaliteit. Dus niet lang hoeven wachten na verwijzing en er vervolgens op kunnen vertrouwen dat de behandeling van goede kwaliteit is. Daar hebben we het nodige werk te doen met elkaar. Er is vaak nog sprake van te lange toegangstijden en er is al helemaal geen zekerheid dat je als patiënt uit Leeuwarden dezelfde behandeling krijgt als een patiënt met dezelfde diagnose uit Den Haag of uit Maastricht. Sterker nog: zelfs binnen een eigen revalidatiecentrum met meerdere locaties kan die zekerheid al niet worden gegeven. Uiteraard zal Revalidatie Impact hier een belangrijk deel van de oplossing in gaan geven, maar ondertussen moeten we allemaal intern de discussie van onderlinge variatie steviger voeren. Het is echt cruciaal dat we dit heel veel sneller met elkaar gaan oplossen.

WE MOETEN ONZELF BETER GAAN VERKOPEN

Een andere partij in dit systeem zijn de zorgverzekeraars, die zich richten op betaalbaarheid. Ook hier kunnen wij onszelf als revalidatiesector beter profileren en veel meer gezamenlijk optrekken bij het maken van eenduidiger afspraken over betaalbaarheid en over kwaliteit van zorg. En ja, dan komt opnieuw de opgave aan de orde dat we landelijk meer vergelijkbare behandelingen dienen te bieden. Ik realiseer mij heel goed dat dit lastig is,

omdat de revalidatiegeneeskunde niet altijd even ‘exact’ is. Toch zullen we hier in moeten opschuiven en een heldere propositie formuleren. We moeten onszelf beter verkopen en uit het frame van *evidence based* stappen in de richting van *value based*. Op het moment dat je goed kan beschrijven wat je verkoopt en wat de kwaliteit is, kan je ook beter onderhandelen over je prijzen. Het is wellicht geen prettig idee om te denken in termen van product, verkoop en prijzen, maar het is wel de realiteit.

De revalidatiearts is onmisbaar in dit proces en wordt uitgedaagd om zich steviger te profileren.

Meer samenwerken kan ook leiden tot het effectiever profileren van onszelf als branche richting patiënten en zorgverzekeraars, maar zeker ook richting de professionals die op de arbeidsmarkt komen. Met gezamenlijke leerlijnen kunnen we effectief en efficiënt beginnende professionals doorscholen tot revalidatiespecialist. Dat scheelt ons niet alleen tijd en geld, maar geeft ons met elkaar een sterkere profilering op de krappere wordende arbeidsmarkt. Daar liggen nog veel kansen.

NIET OVERAL HET WIEL OPNIEUW UITVINDEN

Een ander voordeel van niet-vrijblijvende samenwerking, is dat je samen beschikt over meer denk- en ontwikkelkracht en meer kwaliteit. Bovendien kan het ook stimulerend zijn als je niet overal opnieuw het wiel hoeft uit te vinden.

In onze sector zie je gelukkig steeds meer initiatieven, waarbij in verschillende vormen van samenwerking tussen centra een poging wordt gedaan om ons aanbod inhoudelijk goed te onderbouwen. Naast de steeds betere inhoudelijke samenwerking ontkomen we er ook niet aan om op het gebied van onze ondersteunende afdelingen meer samen te werken. De essentie is dat je als individueel centrum steeds meer tegen grenzen van betaalbaarheid aanloopt. Die samenwerking kan je ontwikkelen in je regio met een ziekenhuis of ouderenzorgorganisatie of met je collega's in het land. Dat kan per onderdeel verschillend zijn, maar het vraagstuk ligt inmiddels overal op tafel. Voorbeelden die verkend worden zijn: HRM, vastgoed, inkoop, ICT, onderzoek, data-analyse. Dit zijn allemaal afdelingen, die steeds vaker een

bepaalde graad van specialisatie vragen die een gemiddeld revalidatiecentrum niet (meer) heeft. Daarnaast worden we geconfronteerd met verder toenemende eisen op het gebied van wet- en regelgeving, bijvoorbeeld op het gebied van privacy en dataveiligheid. De cijfers zijn sterk in ons nadeel, want we behoren inmiddels binnen de gehele zorg tot de groep met een van hoogste overheadpercentages. Dat houden we op termijn niet vol.

‘Omarm het principe ‘alleen ga je sneller, maar samen kom je verder’, dan ga je op meer onderdelen intensiever samenwerken en ontstaat een aantrekkelijk perspectief’

EINDCONCLUSIE

De conclusie is dat ons huidige model van werken en organiseren naar het einde van de cyclus lijkt te lopen. We gaan met elkaar scherpere keuzes maken. Als je het principe van ‘alleen ga je sneller, maar samen kom je verder’ omarmt, dan ga je dus op meer onderdelen intensiever samenwerken en ontstaat een aantrekkelijk wenkend perspectief voor ons. We willen voldoende deskundigheid in huis houden, we willen sterker worden in onze eigen regio. Dan is het noodzakelijk dat we de handen nog veel sterker ineen slaan, op het gebied van kwaliteit, profilering en het verkennen van een meer gezamenlijke ondersteuning. We pakken nadrukkelijk meer regie. Daar heeft onze patiënt recht op, daar hebben zorgverzekeraars recht op en daar hebben onze (toekomstige) professionals ook recht op. Alleen ‘samen’ wordt en blijft ieder voor zich een unieke kennis- en behandelorganisatie in zijn eigen regio. ←

Referentie

1. Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS) Adviesrapport Zonder context geen bewijs - de illusie van evidence-based practice, 2017.

Duurzame samenwerking met ervaringsdeskundigen in onderzoek en innovatie

WAT, HOE EN HOE VERDER?

Samenwerking met ervaringsdeskundigen in onderzoeks- en innovatieprojecten draagt bij aan relevantie, kwaliteit, uitvoering en implementatie. In het Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht geven we deze samenwerking structureel vorm. In dit artikel delen we, vanuit de onderzoeksgroep kinderrevalidatie samen met de patiëntenorganisatie CP Nederland, onze ervaring en blik op de toekomst. Hiermee willen we inzicht geven in het proces van samenwerking en hopen anderen te inspireren om ook in te zetten op samenwerking.



DR. M. (MAUREEN) BULT-MULDER

Projectmanager, Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht, samenwerking tussen De Hoogstraat Revalidatie en het UMC Utrecht Hersencentrum

DRS. J. (JET) VAN DER KEMP

Aios en promovendus, De Hoogstraat Revalidatie, Utrecht & Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht, samenwerking tussen De Hoogstraat Revalidatie en het UMC Utrecht Hersencentrum

DR. J. (JEANINE) VOORMAN

Kinderrevalidatiearts en onderzoeker, afdeling Revalidatie, Fysiotherapiewetenschap en Sport, UMC Utrecht, locatie WKZ en Prinses Máxima Centrum en Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht, samenwerking tussen De Hoogstraat Revalidatie en het UMC Utrecht Hersencentrum

DRS. M. (MARIKE) WILLEMS-OP HET VELD

Verenigings- en projectmanager CP Nederland

PROF. DR. J.W. (JAN WILLEM) GORTER

Hoogleraar Kinderrevalidatiegeneeskunde en kinderrevalidatiearts, afdeling Revalidatie, Fysiotherapiewetenschap en Sport, UMC Utrecht, locatie WKZ en Prinses Máxima Centrum en Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht, samenwerking tussen De Hoogstraat Revalidatie en het UMC Utrecht Hersencentrum

DR. M. (MARJOLIJN) KETELAAR

Senior onderzoeker, Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht, samenwerking tussen De Hoogstraat Revalidatie en het UMC Utrecht Hersencentrum



CORRESPONDENTIE

m.k.bult-4@umcutrecht.nl

Samenwerking met ervaringsdeskundigen in onderzoeks- en innovatieprojecten levert veel op, maar het is niet altijd gemakkelijk of vanzelfsprekend om écht samen te werken met ervaringsdeskundigen in alle fases en op alle aspecten van een (onderzoeks)project. Want wat bedoelen we precies met samenwerking? Hoe geef je dit praktisch vorm en hoe gaan we verder in de toekomst?

WAT?

Zowel nationaal als internationaal is er steeds meer aandacht voor de waarde en het belang van samenwerking met ervaringsdeskundigen in onderzoek. Zo is patiëntenparticipatie inmiddels een belangrijk speerpunt voor ZonMw en zijn er internationaal vergelijkbare initiatieven om samenwerking met ervaringsdeskundigen te stimuleren.^{1,2,3} Ervaringsdeskundigen zijn volgens de definitie van ZonMw '(potentiële) zorggebruikers en/of burgers die door hun ervaring en verleden ervaringsexpertise op een bepaald gebied hebben. Vaak zijn dit patiënten of cliënten, maar denk ook aan mantelzorgers'. Het betrekken van ervaringsdeskundigen helpt ons bij het beantwoorden van verschillende vragen. Richten we ons onderzoek wel op de onderwerpen die écht relevant zijn voor patiënten? Stellen we de juiste vragen? Weten we genoeg over het dagelijks leven van mensen om gericht onderzoek te doen? Is de studie uitvoerbaar voor patiënten en/of hun naasten? Wat hebben patiënten nodig om de kennis uit onderzoek ook echt te kunnen gebruiken? Het centrale uitgangspunt hierbij is dat het perspectief van ervaringsdeskundigen **aanvullend** is op dat van zorgprofessionals, wetenschappers en beleidsmakers: zij weten immers hoe het is om dag in, dag uit met (de gevolgen van) een ziekte, aandoening of ongeval te leven. Het leidt tot inzichten die anders

niet of onvoldoende meegenomen worden. Samenwerking met ervaringsdeskundigen gaat dus om het doen van onderzoek mét ervaringsdeskundigen in plaats van over of voor hen; vanaf de ideevorming tot en met de implementatie en alles daartussen. Samenwerking met ervaringsdeskundigen heeft meerwaarde voor zowel het onderzoek (relevantie, kwaliteit, kennisvertaling, implementatie), voor de ervaringsdeskundigen zelf (zelfvertrouwen, kennis, vaardigheden en invloed), als voor de onderzoekers (vaardigheden, motivatie, voldoening).⁴

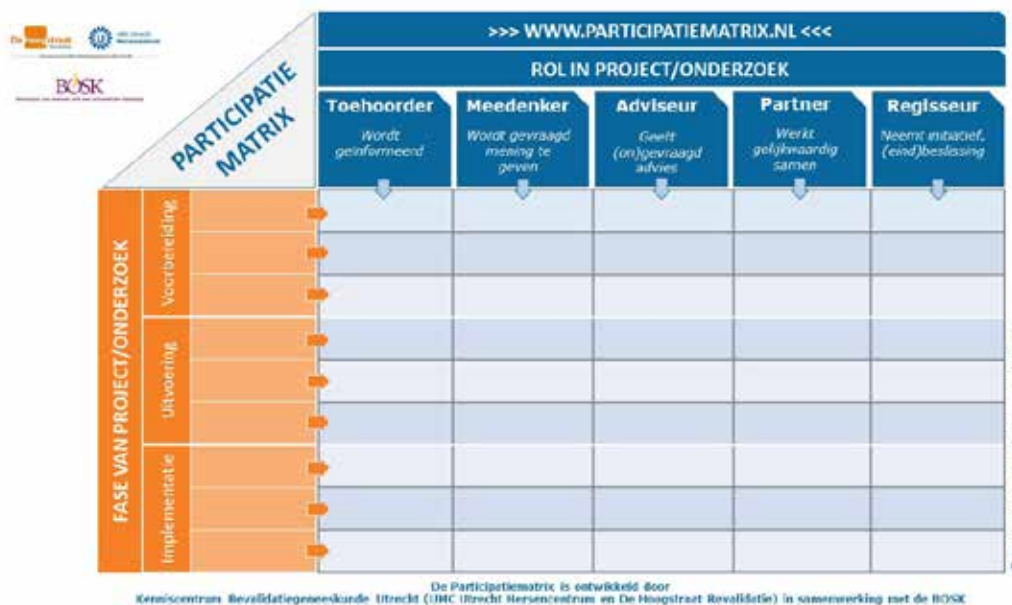
HOE?

In het Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht (KCRU; www.kcrutrecht.nl) zijn we de laatste jaren op verschillende manieren aan de slag met het betrekken van ervaringsdeskundigen (patiënten, ouders, naasten) in onderzoek. Dit doen we door nauwe samenwerking met patiëntenorganisaties en door per onderzoeksproject goed te bedenken welke vorm van samenwerking het beste past. Zo hebben we in een studie naar participatie van adolescenten met cerebrale parese (CP) samen met patiëntenvereniging CP Nederland een groep ‘ambassadeurs’ (jongeren die zelf CP hebben) samengesteld die in alle fases van het onderzoek heeft meegedacht (project Participatie in Perspectief).⁵ Deze jongeren hebben op verschillende manieren meegedacht over de opzet van het onderzoek, en bijvoorbeeld een vraagstelling over werk toegevoegd, meegeschreven aan de informatiebrief voor deelnemers, samen met de onderzoekers de topiclijst voor interviews vormgegeven, en uiteindelijk een eigen website gemaakt om kennis te delen (www.wijencp.nl). In twee andere studies heeft een klein team ouders meegedacht in alle fases van het onderzoek (projecten WWW-Wijzer en Voeding, slaap en beweging).^{6,7} Ook in deze projecten hebben ouders op verschillende manieren meegedacht, onder andere door te helpen bij het samenstellen van de vragenlijsten, de informatiebrief voor ouders op te stellen, interviews af te nemen, factsheets samen te stellen en inhoud te geven aan een informatieve website. Voor een project waarbij wetenschappelijke kennis voor een grote groep gebruikers inzichtelijk en praktisch bruikbaar werd gemaakt via een website (www.cpenontwikkeling.nl) hebben ouders, jongeren met CP, zorgprofessionals en onderzoekers samengewerkt om echt alle perspectieven in het project tot hun recht te laten komen.⁸ Door deze samenwerking zijn we in verschillende stappen gekomen tot tekst die voor alle doelgroepen goed leesbaar is, en ook voorgelezen kan worden. Ook is op basis van input van de ervaringsdeskundigen op alle onderdelen een uitleg toegevoegd waarin een vertaalslag wordt gemaakt van algemene bevindingen naar de vraag wat dat voor een individu betekent, en hebben we de nadruk gelegd op het belang van samen in gesprek gaan, inclusief een gebruikersvriendelijke samen beslissen tool.

Samenwerking in deze projecten heeft geleid tot producten, verder onderzoek en innovaties die beter afgestemd zijn op de doelgroep waarvoor we deze ontwikkelden en tot meer betrokkenheid van ervaringsdeskundigen bij wetenschappelijk onderzoek in de volle breedte. Samenwerking tussen ervaringsdeskundigen en onderzoekers kent vanzelfsprekend ook uitdagingen. Bijvoorbeeld de investering van tijd, zeker in de opstartperiode, waarin je elkaar en elkaars perspectieven leert kennen. Investeren in die periode is enorm helpend voor de lange termijn, maar kan soms in eerste instantie voelen als vertragend. Een belangrijke meerwaarde van samenwerking met ervaringsdeskundigen zit in aanvullende perspectieven. Als je die serieus mee wilt nemen in een project dan zal er ook tijd geïnvesteerd moeten worden om alle perspectieven zorgvuldig te leren kennen en te verwerken. Ook terugkoppeling van de wel of niet verwerkte input kost tijd, maar zorgt ervoor dat iedereen zich echt onderdeel van het team voelt en er geen sprake is van zogenaamde schijnbetrokkenheid. Ten tweede is het niet altijd gemakkelijk om de juiste waardering voor ervaringsdeskundigen te realiseren. Niet alle subsidiegevers vergoeden de geïnvesteerde tijd van ervaringsdeskundigen op een gelijkwaardige manier. Voor de start van een project moet hier goed over nagedacht worden. Hoe zorgen we ervoor dat we deze inzet toch zo waarderen dat de samenwerking gelijkwaardig is? Het in gesprek blijven met zowel subsidiegevers als ervaringsdeskundigen blijft belangrijk. Tot slot; een voorwaarde voor samenwerken in een team is dat je elkaar voldoende kent, weet waar iemands belangen liggen en wat je uit de samenwerking wilt halen. Door dit in het begin onvoldoende te bespreken kan de samenwerking vastlopen. Ervaringsdeskundigen kunnen het gevoel hebben dat er een groot verschil is tussen de expertise die zij inbrengen en die onderzoekers of andere professionals inbrengen. Ongewild kan dit de samenwerking in de weg staan. In het begin van het project de tijd nemen om elkaar echt te leren kennen en een team te worden kan dit voorkomen.

‘In het begin van het project de tijd nemen om elkaar echt te leren kennen en een team te worden’

Maar door het aangaan van deze uitdagingen hebben we onze ervaring al deels om kunnen zetten in praktische handvaten die voor elk project bruikbaar zijn. In onze projecten hebben we ervaren dat activiteiten en rollen gedurende een project kunnen variëren en dat het nuttig is daar in de samenwerking goed bij stil te staan, het gesprek daarover te voeren en afspraken over te maken. Dit heeft geresulteerd in de ontwikkeling van de →



Figuur 1. De participatiematrix www.participatiematrix.nl.

Participatiematrix (figuur 1), bedoeld om samenwerking met de doelgroep (patiënten, mensen met een beperking, jongeren, ouders en naasten) in (onderzoeks)projecten te bevorderen.⁹ De matrix maakt zowel onderscheid tussen de verschillende rollen als de verschillende fasen van onderzoek. Ervaring leert dat een ervaringsdeskundige gedurende een project op verschillende onderdelen een andere betrokkenheid kan hebben. Door de matrix in verschillende fasen van een project te gebruiken in afstemming over activiteiten en (gewenste) rollen kunnen ervaringsdeskundigen binnen een project zeggenschap hebben, op een manier die bij hen past. Omdat onderzoekers en ervaringsdeskundigen samen in gesprek gaan en uitspreken wat hun verwachtingen zijn en welke inbreng zij kunnen en willen hebben, weten ze wat ze van elkaar kunnen verwachten, kunnen ze prettiger samenwerken en is de meerwaarde van samenwerking groter. De participatiematrix wordt inmiddels door ZonMw aanbevolen voor het schrijven van elke aanvraag, is vertaald in het Engels, Spaans, Frans en Portugees, en heeft de website met de matrix, uitleg, en voorbeelden sinds de lancering in 2018 meer dan 2.000 bezoekers per jaar.

Naast het met elkaar bespreken wie in welke rol betrokken wil zijn is het belangrijk om meer te begrijpen over het onderzoeksproces, inhoudelijk afspraken te maken over hoe je samenwerkt (geïnvesteerde tijd, verantwoordelijkheid en beloning) en om niet in elk project het wiel weer opnieuw uit te vinden. Het is goed om af te stemmen hoe je samen evalueert en reflecteert en de geleerde lessen meeneemt naar een volgend project. Kortom; het borgen van kwaliteit en continuïteit.

Het organiseren en realiseren van de juiste randvoorwaarden om gelijkwaardig samen te werken en kwaliteit en continuïteit te

waarborgen is in elk project weer maatwerk. Om ervoor te zorgen dat we op een goede manier samenwerken, eerder opgedane kennis niet verloren gaat (zowel bij onderzoekers als ervaringsdeskundigen) en samenwerking te ondersteunen in alle fasen van onderzoek en innovatie zijn we, met financiële ondersteuning van ZonMw en Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht, het project PRO gestart.¹⁰ PRO staat voor Partnerschap in Revalidatie Onderzoek en Innovatie en daarin werken we aan een duurzame infrastructuur waarbinnen samenwerking gefaciliteerd wordt. De onderzoeks- en innovatiecyclus is daarbij het uitgangspunt (figuur 2).



Figuur 2. De onderzoeks- en innovatiecyclus, ©PenCRU, gebruikt en aangepast met toestemming.

In het project worden tools ontwikkeld die in elke fase van de cyclus gebruikt kunnen worden om de samenwerking tussen onderzoekers en ervaringsdeskundigen te faciliteren. Denk hierbij aan uitleg aan ervaringsdeskundigen over hoe wetenschappelijk onderzoek precies werkt of een training voor onderzoekers en ervaringsdeskundigen, gericht op echt leren samen-

werken en hoe om te gaan met uiteenlopende perspectieven. Ervaringsdeskundigen moeten zich ook vrij voelen om onderzoekers mee te nemen in hun wereld (zoals welke hindernissen ondervinden zij in het dagelijks leven, of wat is een mooi voorbeeld van iets dat heel goed gaat). Ook vinden we het belangrijk om bij te dragen aan een plek, een community, waar ervaringsdeskundigen en onderzoekers elkaar kunnen vinden. Het ontwikkelen van een infrastructuur met daarin tools en werkwijzen die samenwerking en ervaringsdeskundigen faciliteert kan alleen samen met degene die de tools gaan gebruiken. In een kernteam, bestaande uit onderzoekers en ervaringsdeskundigen worden de tools ontwikkeld. De wensen en behoeften van de leden van het kernteam zijn daarbij leidend. Zij doen voorstellen voor producten en geven feedback op concepten. Door daarnaast patiëntenverenigingen en belangenbehartigers te betrekken wordt ook in een breder perspectief meegedacht. Zo ontstaat er een constante innovatie cyclus waarin we ontwikkelen voor en door de eindgebruikers. In het voorjaar van 2023 zijn de eerste tools hiervoor te vinden op de website van het Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht.

HOE VERDER?

Met het opzetten van een infrastructuur om samenwerking met ervaringsdeskundigen in onderzoek en innovatie te faciliteren wordt een stabiele basis gelegd voor de toekomst. Om de ervaringen van samenwerking met ervaringsdeskundigen mee te kunnen nemen in volgende projecten is het nodig om dit op een systematische en gestructureerde manier te evalueren én om kennis die dit oplevert breed met elkaar te delen.

Systematische en gestructureerde evaluatie kan op verschillende manieren. In een evaluatie is idealiter aandacht voor verschillende aspecten: de verschillende fasen van een onderzoeksproces, alle

betrokkenen in het project (onderzoekers, ervaringsdeskundigen en de organisatie) en aandacht voor zowel het proces als de impact op de ervaringsdeskundigen zelf, onderzoekers en de organisatie. Een vragenlijst die zich op deze onderdelen richt is de PPEET (*Public and Patient Engagement Evaluation Tool*), recent ook vertaald in het Nederlands.^{11,12} Het vastleggen van vaste evaluatiemomenten en een plan voor het gebruik van de uitkomsten van de vragenlijst maakt het gemakkelijker om te zien of en hoe de samenwerking verbeterd kan worden.

Naast het leren binnen je eigen samenwerking is het delen van geleerde lessen met anderen, bijvoorbeeld andere onderzoeksgroepen en financiers, van belang. Wat werkte goed? Wat werkte minder goed? Hoe kunnen we revalidatiebreed de samenwerking met ervaringsdeskundigen kwaliteit en continuïteit meegeven? Door deze kennis met elkaar te delen ontstaat er overzicht in de manieren waarop samengewerkt kan worden, de successen en moeilijkheden hierbij. Het rapporteren van de uitkomsten van de evaluatie van samenwerking met ervaringsdeskundigen zou een mooie aanvulling zijn op het rapporteren van de wetenschappelijke uitkomsten. Impact is immers meer dan alleen het succes in wetenschappelijke zin.

TAKE HOME MESSAGE

Samenwerking met ervaringsdeskundigen, op alle niveaus en in alle fases, is het sleutelwoord in onderzoek. Mét en van elkaar leren, en daardoor het geheel naar een hoger plan tillen. Met als uiteindelijk doel dat het onderzoeks- of innovatieproject als geheel meer impact krijgt door de praktische bruikbaarheid in het dagelijks leven van patiënten en hun naasten. Wij delen onze ervaringen graag en komen graag met anderen in contact om deze vorm van samenwerking te stimuleren en gemeengoed te laten worden. ←

Referenties

1. <https://www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/participatie/>.
2. <https://www.nihr.ac.uk/health-and-care-professionals/engagement-and-participation-in-research/>.
3. <https://www.pcori.org/>.
4. Ketelaar M, Smits DW, van Meeteren K, Klem M, Alsem MW. Involvement of young people and families in all stages of research: What, why and how? In: Imms C and Green D (Eds), *Participation: Optimising Outcomes in Childhood-Onset Neurodisability*. London: MacKeith Press 2020:105-117.
5. <https://www.kcrutrecht.nl/project/pip/>.
6. <https://www.kcrutrecht.nl/project/www-wijzer/>.
7. <https://www.kcrutrecht.nl/project/voeding-slaap-en-beweging/>.
8. <https://www.kcrutrecht.nl/project/perrin-next-step/>.
9. Smits DW, van Meeteren K, Klem M, Alsem MW, Ketelaar M. Designing a Tool to Support Patient and Public Involvement in Research Projects: The Involvement Matrix. *Research Involvement and Engagement* 2020;6:30.
10. <https://www.kcrutrecht.nl/project/pro/>.
11. Abelson J, Li K, Wilson G, Shields K, Schneider C, Boesveld S. Supporting quality public and patient engagement in health system organizations: development and usability testing of the Public and Patient Engagement Evaluation Tool. *Health Expect* 2016;19(4):817-27.
12. Bavelaar L, van Tol LS, Caljouw MAA, van der Steen JT. Nederlandse vertaling en eerste stappen in validatie van de PPEET om burger- en patiëntenparticipatie te evalueren TSG - Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen 2021;99:146-53.

OVER SAMENWERKING TUSSEN DE REVALIDATIESECTOR EN DE SECTOR
VERPLEGING EN VERZORGING IN NOORD-LIMBURG

An ever closer union

De Zorggroep Noord- en Midden-Limburg (VVT) realiseert samen met Adelante een gezamenlijke afdeling revalidatie. Hier wordt niet of ten minste zo min mogelijk gewerkt met een onderscheid tussen medisch specialistische revalidatie (MSR) en geriatrische revalidatiezorg (GRZ). Het leidende principe is namelijk: naadloze revalidatie. In dit artikel schetsen we hoe het gesprek over dit thema zich de afgelopen jaren heeft ontwikkeld en waar we nu staan. We besteden aandacht aan de hobbels die we genomen hebben en aan de uitdagingen waar we voor staan.



DR. M. (MARC) VAN OOIJEN MBA-H

Voorzitter Raad van Bestuur De Zorggroep, Venlo

MR. J.H.W.M. (JOS) MERX MBA

Lid Raad van Bestuur De Zorggroep, Venlo



CORRESPONDENTIE

raadvanbestuur@dezorggroep.nl

Sinds jaar en dag biedt De Zorggroep in de regio Noord- en Midden-Limburg geriatrische revalidatiezorg (GRZ). Adelante verzorgt de poliklinische medisch specialistische revalidatie (MSR) in het ziekenhuis VieCuri (Venlo). In deze regio werd echter geen klinische MSR geboden. Revalidanten die voor MSR in aanmerking komen, waren tot op heden aangewezen op locaties in Hoensbroek (Adelante), Eindhoven (Blixembosch/Libra) en Nijmegen (Sint Maartenskliniek).

Adelante en De Zorggroep hebben in 2019 de koppen bij elkaar gestoken om na te denken over de toekomst van de (klinische) revalidatiezorg, waar nu nog de termen GRZ en MSR aan gekoppeld zijn. We hebben destijds een marktonderzoek inclusief omgevingsanalyse uitgevoerd. Dat bleek een lastige opdracht, omdat er geen eenduidig beeld kon worden gedestilleerd. We kregen onvoldoende scherp of er echt behoefte was aan klinische

revalidatiezorg in deze regio én we konden op basis van de data ook niet concluderen dat er sprake is van een stijgende vraag naar vormen van revalidatiezorg voor ouderen. Aan de andere kant is het lastig voorstelbaar dat deze vraag niet zal toenemen gezien de demografische ontwikkeling. De praktijk van de afgelopen jaren heeft dit overigens ook duidelijk laten zien. Vooral daarom zijn we met elkaar het proces ingegaan om te komen tot een gezamenlijk revalidatie-aanbod, waarin onder andere ook gekeken wordt naar het realiseren van een gezamenlijke afdeling met een omvang van rond de 30 bedden.

'Ambitie om 'naadloze revalidatiezorg' aan volwassenen te kunnen aanbieden ongeacht de financieringstitel (MSR of GRZ)'

De bestuurders van De Zorggroep en Adelante hebben vervolgens een gezamenlijke doelstelling geformuleerd ten aanzien van de inhoud en de organisatie van de revalidatiezorg in Noord-Limburg. De inhoudelijke ambitie is om 'naadloze revalidatiezorg' aan te kunnen bieden ongeacht de leeftijd van de revalidant (maar wel vanaf 18 jaar) of de financieringstitel (MSR of GRZ). Afgeleid van deze doelstelling hebben we afgesproken om gezamenlijk in overleg te gaan met de zorgverzekeraar(s) om hiertoe een passende financieringstitel te verkrijgen ('klinische revalidatie'). Ten slotte hebben we de ambitie uitgesproken om het gehele continuüm van revalidatiezorg te zijner tijd te huisvesten op het terrein van VieCuri Medisch Centrum in Venlo. Omdat nieuwbouw veel tijd



kost en we hier niet op wilden wachten, zijn we in september 2022 gestart in een bestaande revalidatielocatie van De Zorggroep in Tegelen (die op nauwelijks 2 kilometer van VieCuri Medisch Centrum ligt).

GEZAMENLIJKE VISIE ADELANTE EN DE ZORGGROEP

We realiseren ons dat samenwerking tussen de revalidatiezorg en de ouderenzorg niet nieuw is en op verschillende plekken in het land speelt. Desalniettemin zijn er op dit punt nog geen landelijk erkende koploperinitiatieven. Bovendien is de samenwerking in de regio nog maar beperkt. Daarom hebben we naar elkaar uitgesproken dat we 'een moedige afdeling' willen realiseren die een substantiële bijdrage levert aan de bestaande en eventueel nieuw te ontwikkelen zorgpaden revalidatie in de regio Noord-Limburg. In ons gezamenlijke plan hebben we dit als volgt geformuleerd: *'Als samenwerkende organisaties zijn we ambitieus, maar we doen het niet alleen. We pakken issues op, samen met onze revalidanten én samen met onze ketenpartners. We stimuleren de ketensamenwerking in de regio. Stap voor stap creëren we met impact vooruitgang op zelfredzaamheid en haken daarvoor aan bij het concept van Positieve Gezondheid. We hebben aandacht voor sociale vermogens en behoeften. De maatschappelijke impact toont zich in het investeren in innovatieve keuzes, zodat de revalidanten weer zo zelfstandig mogelijk thuis kunnen functioneren. We helpen onze revalidanten te groeien in het*

nemen van eigen regie en in het omgaan met de consequenties van de doorgemaakte situatie, zodat ze activiteiten en rollen weer op kunnen pakken en betekenisvol kunnen deelnemen aan het maatschappelijk leven. Op de klinische afdeling zal de aandacht veelal gericht zijn op het lichamelijk en cognitief herstel, gevolgd door participatie in de maatschappij en/of herstel van zelfredzaamheid. Daarbij zijn aandacht voor belasting en belastbaarheid, in beweging blijven, en opbouw maken in het uitvoeren van dagelijkse activiteiten in een actief stimulerende omgeving van belang. Maar revalidant en naastbetrokkenen zullen ook voorbereid worden op de sociale- en emotionele aspecten van de revalidatie en het daarmee leren omgaan. Hoe deskundiger dit ondersteuningsproces ingebed is, hoe beter de revalidant in staat zal zijn de eigen kracht en autonomie te versterken, de veerkracht te vergroten en het terugval risico te beperken.'

'Op de nieuwe gezamenlijke afdeling is intensievere therapie mogelijk en kan de revalidant na 1 of 2 weken toch voor MSR in aanmerking komen'



Zo op het oog is dit geen revolutionaire aanpak of ambitie. Toch heeft het wel even tijd gekost om als medewerkers van twee verschillende organisaties, geworteld in verschillende sectoren van de gezondheidszorg tot deze gemeenschappelijke taal te komen. Wij denken daarom dat het ook voor andere samenwerkingsinitiatieven belangrijk is om dit soort visies niet te kopiëren van anderen, maar in gezamenlijkheid tot stand te brengen. Dat leidt inhoudelijk wellicht niet tot veel nieuwe inzichten, maar wel tot het gevoel van gezamenlijkheid en tot gedeelde taal. En dat brengt de samenwerking in de praktijk uiteindelijk verder.

Hoewel we zeer tevreden zijn met onze gezamenlijke visie, zit daar natuurlijk nog een hele wereld achter. Zo moet er voldoende oog zijn voor het onderscheid in hulpvraag en draagkracht van de revalidant binnen de naadloze revalidatie. Hier is sprake van een behoorlijk grote bandbreedte. Daarbij is een passende omgeving van groot belang voor het revalidatietraject. Een ziekenhuiscontext, waar deze revalidanten vaak lang verblijven, is een te weinig actief stimulerende omgeving. Dus, ondanks dat we een gezamenlijke klinische afdeling gaan opzetten, waarbij we ervan uitgaan dat de revalidant eerder en beter 'op het juiste bed' komt, blijft de focus op het zo snel mogelijk naar huis gaan. Aan de andere kant zien we nu ook dat een revalidant soms kiest voor een klinisch GRZ-traject omdat dit dichterbij huis is, terwijl hij waarschijnlijk/mogelijk een MSR-traject aankan, dat hem/haar misschien sneller echt thuis brengt. In dit kader verwachten we voordelen van een gezamenlijke afdeling. Soms is de revalidant de eerste dagen namelijk nog onvoldoende belastbaar voor een MSR-traject, maar blijkt dat na één tot twee weken de belastbaarheid zodanig toegenomen is dat MSR wél mogelijk is. Een overstap van GRZ naar MSR levert momenteel een vertraging op in het revalidatietraject. Op de nieuwe afdeling is intensievere therapie mogelijk en kan de revalidant toch voor MSR in aanmerking komen. Het triagemoment kan worden verlegd naar de setting buiten het ziekenhuis als er te veel druk op de bedden in het ziekenhuis ontstaat.

ONTWIKKELING QUADRUPLE AIM

Het zorgaanbod dat we samen ontwikkelen gaat uit van een *Quadruple Aim*: verbeteren van de kwaliteit van zorg, welzijn van de medewerker, verbeteren van de gezondheid van de revalidant en reductie van kosten.

- We richten ons op procesoptimalisatie om zo tot kwaliteitsontwikkeling en innovatie te komen. We initiëren hierbij

onderzoek, zowel op het gebied van MSR als GRZ en met name op de verbinding tussen beiden (overeenkomsten, verschillen en aanvullingen). Hierbij gaan we gebruik maken van een evaluatie door de academische werkplaatsen waar De Zorggroep en Adelante bij betrokken zijn. Dat zijn het Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen (UKON), de Academische Werkplaats Ouderenzorg Limburg (AWO-L) en de Academische werkplaats Revalidatie (AWR).

- Onze overtuiging is dat we door samenwerking en de expliciete verbinding van MSR en GRZ, gekoppeld aan het zo intensief mogelijk betrekken van de revalidant en naastbetrokkenen, de zorg beter passend krijgen en de tevredenheid van de revalidant, de medewerker en het netwerk toeneemt.
- We geloven dat het welzijn van de medewerker belangrijk is. Dit uit zich door te investeren in werkplezier en goede faciliteiten zoals training, tools, opleidingen, coaching, steun en erkenning, ontwikkel- en doorgroeimogelijkheden
- Her-triage en op consultbasis bij elkaars revalidanten meekijken kan door de samenwerking laagdrempelig(er) plaatsvinden. Zorg op maat kan waar nodig worden opgeschaald en afgeschaald. Daarnaast maakt de gezamenlijke revalidatieafdeling een tussentijdse overstap van GRZ naar MSR en vice versa eenvoudiger.
- Doordat het aanbod meer op maat gesneden kan worden, verwachten we dat de duur van de behandelingen kan en zal afnemen. Daarnaast denken we dat een mix aan revalidanten (MSR en GRZ) een positief/motiverend effect kan hebben op het individuele revalidatieproces.

'De visie op een naadloze inhoudelijke overgang tussen MSR en GRZ werkt inspirerend, evenals het ontwikkelen van een klimaat van samen leren'

FINANCIËN

De financiering van zowel de MSR als de GRZ staat onder druk. Verzekeraars proberen elk jaar meer efficiëntie 'af te dwingen' in de onderhandelingen over volumes en tarieven. Dat verhoudt zich slecht tot de ambitie om zo passend mogelijke zorg te realiseren over de sectoren ziekenhuiszorg/revalidatiezorg en ouderenzorg heen. Dat vraagt namelijk investeren en leren. Er is bovendien sprake van verschillende potjes, waarbij het blijkbaar

niet 'voldoende' is dat in beide gevallen de financiering plaatsvindt vanuit de zorgverzekeringswet en de zorgverzekeraar dus de contracterende partij is.

De herkomst en de doelstelling van onze samenwerking is niet gericht op een betere gezamenlijke financiering. Gaandeweg het traject is deze doelstelling er wel bijgekomen, zij het ondergeschikt aan de inhoudelijke en organisatorische doelen. Helaas moeten we hierbij opmerken dat de gesprekken met de zorgverzekeraars niet voortvarend verlopen. Dan gaat het nog niet eens over de hoogte van het tarief. Tot heden praten we vooral over onze ambities om te komen tot één tarief of ten minste één financiering. Dit geeft te denken ten aanzien van andere ambities om over schotten heen de zorg te organiseren. Vasthouden aan het belang van revalidanten en de kwaliteit van zorg in de keten blijft hier dus het devies, waarbij we hopen dat dit uiteindelijk wordt gezien door de verzekeraar en vervolgens wordt vertaald in een eenduidige financieringsvorm en een passend tarief.

SAMENWERKING STEEDS MEER VANZELFSPREKEND

Hoewel de bestuurders van Adelante en De Zorggroep het initiatief hebben genomen voor deze samenwerking, hebben ze die niet eerst in de bestuurskamer beklonken. Op basis van het eerder genoemde onderzoek zijn binnen beide organisaties gesprekken gestart met de diverse professionals. Bovendien kennen vele professionals in het vakgebied elkaar, al is het maar vanwege overdracht in de keten. Het project is evenwel pas echt gaan lopen, nadat de professionals het geloof kregen dat het voor de revalidant en hun vak/werk echt iets zou kunnen opleveren. Dat is ook een belangrijke reden om 'geld' vooral niet voorop te stellen, zeker niet in de gesprekken met de zorgprofessionals. Met name de visie op een naadloze inhoudelijke overgang tussen MSR en GRZ werkt inspirerend, evenals het ontwikkelen van een klimaat van samen leren. Mocht het lukken om binnen afzienbare tijd naar een nieuwe gezamenlijke locatie te gaan, gekoppeld aan het VieCuri, zal dit zeker een verdere boost geven. Vanuit het bestuurlijke oogpunt hopen we hierbij tegen die tijd ook een kostendekkende betaaltitel bij de zorgverzekeraars geregeld te hebben.

SUCCEFACTOREN EN UITDAGINGEN

In bovenstaande zijn diverse succesfactoren en uitdagingen geformuleerd, al dan niet expliciet. Op deze plek zetten we de belangrijkste puntsgewijs onder elkaar.

Succesfactoren

- Gemeenschappelijke bestuurlijke visie én bestuurlijke klik.
- Zorgprofessionals van beide organisaties moeten het op inhoud zien zitten.
- De belangrijkste dynamiek voor voortgang zit bij de professionals die elkaar vinden; dat moet dus gevoed, gestimuleerd en beloond worden.
- Uitzicht op een gezamenlijke locatie is een enorme stimulans; naarmate dit langer duurt kan het echter ook het enthousiasme tegenwerken.
- Naarmate geld leidend is of moet worden, wordt de kans op succes kleiner; zorgverzekeraars zijn geen innovatoren.

Uitdagingen

- Professionele ruimte blijven creëren voor inhoudelijke samenwerking en doorontwikkeling.
- De poot stijf houden om MSR en GRZ samen te brengen, ook als er geen gezamenlijke betaaltitel is of komt.
- Het realiseren van huisvesting gekoppeld aan het ziekenhuis.

'We moeten samen een stip op de horizon vaststellen die veel verder reikt dan het onder handen zijnde samenwerkingsproject'

AN EVER CLOSER UNION

De titel van ons artikel verwijst naar een uitdrukking die in diverse verdragen van wat nu de Europese Unie is, gebruikt werd. De achtergrond hiervan is dat we gezamenlijk een stip op de horizon moeten vaststellen die veel verder reikt dan het samenwerkingsproject. Dat geldt ons inziens hier ook. We willen leren hoe we diensten uit verschillende ketens beter aan elkaar kunnen verbinden en liefst nog: integreren. Zodoende kan deze samenwerking de inspiratie vormen voor veel meer verschillende vormen van ketenzorg en voor de verbinding tussen de organisaties die in belangrijke mate ervoor moeten zorgen dat deze ketens tot stand komen en worden ontwikkeld. ←

INTERVIEW MET JOEP DE GROOT, VOORZITTER RAAD VAN BESTUUR
ZORGVERZEKERAAR CZ

De MSR en passende zorg

De gezondheidszorg staat voor grote uitdagingen. The Lancet publiceerde in 2020 een studie van de *World Health Organization* (WHO) waarin berekend is dat een op de drie mensen wereldwijd op enig moment in het leven te maken krijgt met een chronische aandoening en zou kunnen profiteren van revalidatie. Echter, de zorgkosten stijgen en er is een tekort aan personeel. Hoe houden we de zorg kwalitatief goed, toegankelijk en betaalbaar? Wat betekent dat voor de medisch specialistische revalidatiegeneeskunde (MSR)?



DR. A. (ANKE) MEESTER

(Kinder)revalidatiearts n.p.

Waar moet de medisch specialistische revalidatie (MSR) zich op richten om de zorg kwalitatief goed, toegankelijk en betaalbaar te houden? Iemand met een duidelijke visie hierover is Joep de Groot, sinds 2019 voorzitter van de Raad van Bestuur van CZ en daarnaast getrouwd met een revalidatiearts (Danielle Driessen), wat natuurlijk ook meehelpt om goed geïnformeerd te zijn over het vak revalidatiegeneeskunde. CZ is met 3,7 miljoen verzekerden de op twee na grootste zorgverzekeraar van Nederland. Hoe kijkt hij aan tegen de plaats en functie van de MSR binnen de gezondheidszorg? Anke Meester sprak met hem.

Wat vindt u van de conclusie van de WHO dat een op de drie mensen een chronische aandoening krijgt en in aanmerking zou kunnen komen voor revalidatie?

‘Daar ben ik het niet helemaal mee eens. De boodschap van de WHO is dat er heel veel mensen zijn met een chronische ziekte (de studie is gebaseerd op 25 diagnoses) en dat daar begeleiding voor nodig is. Dat staat buiten kijf, maar de conclusie dat dat revalidatie moet zijn vind ik wel wat kort door de bocht. Er is een complex van maatregelen nodig, maatschappelijk, (para-) medisch, sociaal, financieel. Revalidatie kan daar een onderdeel van zijn.’

Hoe ziet u de rol van de revalidatie en de MSR in het bijzonder?

‘Ik vind dat de MSR een voortrekkersrol zou kunnen nemen. Revalidatieartsen zijn absoluut hun collega’s ver vooruit in het denken vanuit het patiëntenperspectief, positieve gezondheid, *shared decision making*, eigen regie voor de patiënt, het betrekken van de omgeving bij de behandeling en het stellen van relevante doelen voor de patiënt. Ik vind dat revalidatieartsen heel goed zijn in ‘dienend leiderschap’ en dat bedoel ik positief. Ik heb daar groot respect voor. Ik zou zeggen dat revalidatieartsen hun gedachtengoed nog veel meer mogen uitdragen. Dat zou een grote winst kunnen opleveren voor de gezondheidszorg als geheel. Waar ze overigens minder sterk in zijn is het proces van digitalisering, datamanagement en daarmee samenhangende transparantie. Dat is wat mij betreft nog wel een aandachtspunt.’

‘Revalidatieartsen zouden hun gedachtengoed nog veel meer mogen uitdragen; dat zou een grote winst kunnen opleveren voor de gezondheidszorg als geheel.’

Denkt u dat de werkwijze van de MSR ook de kosten van de gezondheidszorg zou kunnen verlagen?

‘Dat zou zomaar kunnen maar is misschien niet mijn grootste zorg. Natuurlijk zijn de stijgende zorgkosten een aandachtspunt, maar waar ik vooral bezorgd over ben is de toegankelijkheid van de zorg. Op het moment werkt 1:6 werknemers in de zorg, als we niets doen wordt dat binnenkort 1:4. Zoveel mensen zijn er



‘Ik pleit voor meer samenwerking tussen de behandelaars en de zorgverzekeraars’

gewoonweg niet. Het bieden van passende zorg, toegankelijk en betaalbaar, is onze gezamenlijke verantwoordelijkheid. Iedereen die in de zorg werkt moet zich daar voortdurend van bewust zijn. Kritisch kijken naar de indicatiestelling van de interventies en de tijdsduur van de behandelingen en nacontroles. Denk aan al die mensen die niet terecht kunnen terwijl anderen lang zorg krijgen waarvan we ons moeten afvragen of dit een optimalisatie is van gezondheidswinst. Ik weet dat er hard gewerkt wordt in de zorg en ik realiseer me wel dat het niet altijd eenvoudig is om de beperkingen van de zorg aan patiënten uit te leggen in de spreekkamersituatie, maar toch moeten we daar meer aandacht voor hebben. Een eerlijke verdeling van de schaarse middelen.’

Bent u een aanhanger van het utilisme of het egalitarisme?

‘Ik ben zeker voor het utilisme-beginsel: maatregelen waar zoveel mogelijk mensen van kunnen profiteren. Het egalitarisme: de patiënt krijgt alle mogelijke behandelingen, om die patiënt dezelfde kansen te geven als anderen, ongeacht de kosten, is gewoon niet op te brengen voor de gezondheidszorg en is niet realistisch.’

Vindt u dat de zorgverzekeraar daar een rol in moet spelen?

‘Ons uitgangspunt is echt dat de zorg goed, toegankelijk en betaalbaar moet blijven voor iedereen die dat nodig heeft. Dat is de verantwoordelijkheid van zowel zorgprofessionals als verzekeraars. Ik zou ook willen pleiten voor meer samenwerking tussen de behandelaars en de zorgverzekeraars. Daar zijn we overigens ook al mee bezig. We stimuleren het opzetten van duurzame coalities. Daarin werkt CZ op een vernieuwende manier samen met zorginstellingen aan één gezamenlijk doel: het toekomstbestendig houden van de zorg.’

Wat ik daarnaast vraag van alle artsen is reflectie. Kijk kritisch naar je handelen. Dat is de verantwoordelijkheid van de beroepsgroep zelf. Ik weet dat er perverse financiële prikkels zijn in de gezondheidszorg, bijvoorbeeld het financieringsmodel waarbij het geven van veel behandelingen financieel aantrekkelijk is. In de nieuwe samenwerkingsvormen staat het leveren van passende zorg en daarbij horende passende financiering dan ook centraal.’



Wie betaalt bepaalt? Is dat in het belang van de kwaliteit van de zorg?

'Dat is ook een kwestie van vertrouwen. Ik zie dat als een proces waar we in gezamenlijkheid aan moeten werken. Ik ken in het land diverse voorbeelden van dit soort samenwerkingsverbanden waar dat goed werkt. Ik denk dat de zorg zich goed moet realiseren dat de zorgverzekeraars geen winstoogmerk hebben. Wij zijn een onderlinge waarborgmaatschappij, zeg maar vereniging. Als er geld overblijft dan vloeit dat altijd terug naar de verzekerden in de vorm van een lagere premie (dan wel het niet verhogen van de premie) of wordt het geïnvesteerd in de zorg.'

Als er al sprake is van het opzetten van samenwerkingsverbanden, is het Integraal Zorgakkoord (IZA) dan nog wel nodig?

'Ja, zeker. Samenwerking in de zorg is een absolute voorwaarde om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden voor iedereen. In het IZA wordt die samenwerking verder uitgewerkt. De rol van de samenwerkingspartners wordt gedefinieerd en wat vooral belangrijk is: de sociaal-maatschappelijke factoren worden meegenomen en herkend als oorzaak van medische klachten. Ook de samenwerking tussen de eerste lijn en medisch specialisten wordt gefaciliteerd. Waar mogelijk moet de zorg overgedragen worden naar de eerste lijn. Voorwaarde is natuurlijk wel dat de eerste lijn, huisartsen dus, daarvoor dan ook de nodige ondersteuning krijgen. Al die zaken moeten nader uitgewerkt worden. Maar het is een stap in de goede richting. Waarom geen hybride behandeling, de specialist werkt samen met de huisarts, heeft een consultfunctie in de huisartsenpraktijk: er zijn allerlei scenario's denkbaar.'

Gaat dat helpen tegen het 'hokjesdenken'? Ik denk dan natuurlijk vooral vanuit de MSR en aan de eerstelijns paramedische therapieën en de geriatrische revalidatiezorg (GRZ) en het vervolgtraject van de patiënt na de MSR

'Dat ligt eraan wat je verstaat onder het 'hokjesdenken'. Hokjesdenken heeft een functie als het gaat om het definiëren wat je wel en niet doet, waarvoor je wel en niet verwezen kunt worden naar een bepaalde instelling, specialist of dienst. Maar als het leidt tot rigide afschermen van het domein dat jij als het jouwe beschouwt, dan leidt het niet tot de passende zorg die we willen kunnen leveren aan de patiënt. In dat licht zou het IZA kunnen helpen, omdat het rigide denken ontmoedigd wordt en samenwerken gefaciliteerd. Revalidatieartsen zijn van oudsher specialisten in samenwerken en zijn in staat om over hun eigen grenzen heen te kijken. Ze zijn in staat om samen met de patiënt

de juiste afwegingen te maken, niet alleen op medisch vlak, maar ook op het persoonlijke en maatschappelijke vlak en zo passende zorg te leveren. Dus ik denk dat revalidatieartsen - juist ook geholpen door het IZA - nog beter in staat worden gesteld om hun gedachtengoed uit te dragen. Waar de revalidatiearts aanloopt tegen belemmeringen bij het organiseren van de passende zorg voor de patiënt, kan het IZA ook helpen om die barrières te identificeren en daar oplossingen voor te vinden. Het kan een hulpmiddel zijn om zorginnovaties te realiseren.'





‘Neem het voortouw bij het ontwikkelen van samenwerkingsverbanden binnen de eigen regio en gebruik de specifieke expertise op het gebied van netwerkgeneskunde’

Zijn er andere landen met een goed georganiseerd gezondheidszorgsysteem die voor Nederland een voorbeeld zouden kunnen zijn?

‘Er zijn natuurlijk andere landen met een goede gezondheidszorg. Ik denk aan Denemarken en Israël. Maar de gezondheidszorg die een land heeft past ook bij de landsaard van de inwoners en de geschiedenis van het land. Zoiets ontwikkelt zich langzaam en volgt de behoeften van de inwoners. Dus wat goed werkt in het ene land is niet zomaar geschikt voor het andere land. Het systeem dat wij hier in de loop van vele jaren met zijn allen ontwikkeld hebben, past bij hoe wij zijn, maar het vereist wel doorontwikkeling.’

Als de patiënt door Samen Beslissen meer de regie krijgt over zijn behandeling, zou dat meewerken aan de verdeling van de schaarse middelen en het betaalbaar en toegankelijk houden van de zorg?

‘Onderzoek heeft aangetoond dat patiënten vrij conservatief zijn in hun keuzes bij Samen Beslissen. Ik ben er niet zo bang voor dat het consumentisme in de hand werkt. Niemand gaat voor zijn plezier naar het ziekenhuis of behandelaar. Ik denk dat het kritisch kijken naar nut en noodzaak meer gezocht moet worden binnen de beroepsgroepen zelf, waarmee ik dus - zoals eerder

ook al gezegd - een dringend beroep doe op het reflecterend vermogen van de zorgprofessionals. Voor patiënten is het toch de kwaliteit van hun leven waar het uiteindelijk om gaat. Leven toevoegen aan dagen en niet dagen toevoegen aan leven.’

Als het gaat om de toekomst van de MSR, welke aanbevelingen heeft u dan voor revalidatieartsen en bestuurders van revalidatie-instellingen?

‘In het IZA heeft regionaal samenwerken om passende zorg te leveren een belangrijke plaats ingenomen. Voor de indeling in regio's zijn de huidige regio's van de zorgkantoren aangewezen. Dus neem het voortouw bij het ontwikkelen van samenwerkingsverbanden binnen je eigen regio op jullie vakgebied en gebruik jullie specifieke expertise op het gebied van netwerkgeneskunde. En gebruik deze kans om je vakgebied beter op de kaart te zetten.’

Hoe vindt u het om geïnterviewd te worden voor het NTR?

‘Ik ken het NTR goed. Het ligt ook bij ons thuis en ik lees het altijd met veel belangstelling. Ik vind het een goed blad met een breed aanbod en een mooie mix van medisch inhoudelijke, wetenschappelijke en sociaal maatschappelijke artikelen. Ik werk dus graag mee aan dit interview.’ ←

Samenwerken en samen innoveren voor student, medewerker en cliënt

Bij Adelante en Zuyd Hogeschool worden we dagelijks uitgedaagd door onze medewerkers, stagiaires, studenten en patiënten om te blijven innoveren. Door vanuit complementariteit samen deze uitdaging aan te gaan hopen we een efficiënter, beter en meer duurzaam onderwijs- en zorgaanbod te realiseren waar uiteindelijk patiënten de vruchten van plukken. In dit artikel beschrijven we hoe vanuit onze focus op interprofessioneel opleiden en samenwerken keuzes zijn gemaakt voor projecten, geven we een inkijk in twee succesvolle voorbeelden, en bespreken we onze toekomstwensen.



M.H.F.J. (MANON) DE BRUIN MA

Opleidingsmanager Academie voor Ergotherapie; programmamanager EIZT, Zuyd Hogeschool

DR. R. (RAMON) DANIËLS

Lector Ondersteunende Technologie in de Zorg; programmaleider EIZT, Academie voor Ergotherapie, Zuyd Hogeschool

DRS. H.L.H.M. (HEDWIG) DARLEY MHSA

Oud-directeur Gezondheidszorg & Welzijn; oud-directeur EIZT, Zuyd Hogeschool

DR. R.J.F. (RENÉE) VAN DEN HEUVEL

Docent-onderzoeker Lectoraat Ondersteunende Technologie in de Zorg, Academie voor Ergotherapie, Zuyd Hogeschool

DR I.P.J. (IVAN) HUIJNEN

Senior onderzoeker vakgroep revalidatiegeneeskunde, Universiteit Maastricht, onderzoeksschool CAPHRI en manager kenniscentrum Adelante

H. J. (HILDE) DE JONG MA

Manager Adelante Academie

PROF. DR. A.M.C.F. (JEANINE) VERBUNT

Hoogleraar revalidatiegeneeskunde Universiteit Maastricht, Adelante Zorggroep



JONATHAN VOS PHOTOGRAPHY



CORRESPONDENTIE

zorgenwelzijn@zuyd.nl

SAMENWERKEN AAN ANDERE WERK- EN LEERVORMEN

Vanuit een integrale zorgvisie investeren Zuyd Hogeschool en Adelante in innovatie en multidisciplinair/interprofessioneel opleiden en samenwerken (IPOS). Het model van de interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie (iMSR) betekent ook dat we het opleiden van professionals in de praktijk multidisciplinair vormgeven. Dit sluit aan op de ervaring van medici, paramedici en verpleegkundigen dat interprofessionele samenwerking bijdraagt aan verbetering van de kwaliteit van zorg.¹ Interprofessioneel opleiden en samenwerking krijgt in de zorgcurricula van Zuyd al geruime tijd aandacht. Studenten krijgen kansen geboden om interprofessioneel stages te lopen. Daartoe is in 2016 als pilot een Multidisciplinair Zorg en Innovatie Centrum (MZIC) binnen Adelante opgericht waar studenten van Zuyd uit verschillende disciplines stages konden lopen en gezamenlijk projecten uitvoeren. In dezelfde periode heeft Adelante met de Universiteit Maastricht de Academische Werkplaats Revalidatie (AWR) opgericht om van daaruit systematisch aan innovatie en interprofessionele samenwerking te werken naar het voorbeeld van onder andere de richtlijnen bij acute perioperatief pijnbehandeling.² De AWR richt zich op het onderbouwen, verbeteren en implementeren van revalidatiezorg binnen de iMSR en in de transmurale zorgketen.

De ambitie die Zuyd en Adelante formuleerden voor de samenwerking
Wij investeren gezamenlijk in de (kennis) ontwikkeling van interprofessionele leer- en werkvormen om:

1. de revalidatiezorg en uitkomsten voor cliënten te verbeteren, zonder de efficiency uit het oog te verliezen;
2. méér werk- en leerplezier voor medewerkers en studenten te realiseren;

3. de toepassing van innovaties te versnellen en de zichtbaarheid van resultaten te vergroten.

AANPAK EN FOCUS VAN SAMENWERKING

Vanuit deze ambitie en voortbouwend op een jarenlange samenwerking en succesvolle pilots, zijn we in 2021 verder gegaan met de volgende stap. Midden in coronatijd zijn met de behandelaren, verpleegkundigen, onderzoekers, docenten en managers in digitale bijeenkomsten de kansen en behoeften voor doorontwikkeling van interprofessioneel opleiden en samenwerken in kaart gebracht. Deze vruchtbare ontmoetingen leidden tot een vervolg-workshop met circa 40 deelnemers. Tijdens deze workshop werden vanuit Adelante en Zuyd inspirerende presentaties gegeven met kansen voor innovatie en samenwerkingsprojecten. Passend bij de strategische speerpunten van Adelante en Zuyd zijn in een follow-up sessie de meest kansrijke en dringende samenwerkingsprojecten en innovatievoorstellen gekozen. Voor Adelante was het belangrijk vooral in te zetten op projecten in de vier inhoudelijke speerpunten 1) Revalidatie & Chronische Pijn, 2) Arm-Hand revalidatie, 3) Hersenletselrevalidatie en 4) Tinnitusrevalidatie. Vanuit Zuyd betrof het de wens om kennis en expertise op het vlak van Interprofessioneel opleiden, e-health (en *Blended Learning*) en *Living Labs* uit te bouwen en toe te passen in de praktijk. Tijdens de ontmoetingen werd voor allen ook duidelijk dat er behoeftes en kansen waren voor gezamenlijk onderzoek naar transmurale zorg en de realisatie van passende zorg voor de patiënt op een efficiënte wijze.

Het in kaart brengen van kansrijke projecten met de strategische speerpunten en wensen heeft geleid tot de keuze voor drie samenwerkingsprojecten en drie innovatiethema's.

Samenwerkingsprojecten:

- Multidisciplinair Zorg en Innovatie Centrum (MZIC)
- Adelante Living Lab for Revalidation Technology (ALL4RT)
- Leerafdeling

Innovatiethema's:

- E-health in de zorgpraktijk
- Revalidatietechnologie
- Interprofessioneel/Participatiegericht werken in de transmurale keten rondom de patiënt

Ter bekrachtiging van de gezamenlijke ambitie en de realisatie daarvan is een samenwerkingscontract ondertekend waarin we naast onze ambities en investering in onderwijs, onderzoek en praktijkinnovatie ook onder andere beschreven hebben hoe we de ontwikkeling en voortgang op de gekozen projecten en

innovatiethema's samen willen vormgeven en monitoren. Daartoe is een projectmatige manier van werken en overleggen met elkaar gekozen. Wij merken in de praktijk dat deze aanpak en onze complementariteit in kennis en ervaring, leidt tot succes. Het principe van vertrouwen en de insteek om vanuit gesloten beurzen samen te werken aan innovatie garandeert vooruitgang. Daarbij is het voor allen plezierig dat vanuit de moederorganisaties ruimte geboden wordt voor het experimenteren, het samen innoveren en onderzoeken.

'Vanuit de moederorganisaties wordt ruimte geboden voor het experimenteren, het samen innoveren en onderzoeken'

VOORBEELDEN

De ervaringen in twee van de drie samenwerkingsprojecten, te weten MZIC en ALL4RT, worden hieronder nader belicht.

HET SAMENWERKINGSPROJECT MZIC

Het Multidisciplinair Zorg en Innovatie Centrum (MZIC) is een interprofessionele leer-, werk-, en zorgomgeving, waarin professionals en stagiaires van verschillende opleidingen en disciplines gezamenlijk werken aan relevante vraagstukken uit de dagelijkse zorgpraktijk, onderzoek en innovatie. Het is een permanent ontwikkelplatform vol samenwerkingskansen.

In het MZIC fungeren professionals uit verschillende disciplines als *reflective practitioners* die vanuit innovatie- en verbeteroogpunt continu reflecteren op werkkuitvoering en -inhoud. Ze worden uitgedaagd om kritisch te blijven kijken naar de behandeling en mogelijke verbeteringen. De samenwerking tussen medewerker, aios en stagiaire is hiermee geëvolueerd van meester/gezel naar *critical companion* op basis van gelijkwaardigheid en wederkerigheid. Wij zien dat de zorgomgeving mede door MZIC verandert naar een open en lerende cultuur en structuur waar het bieden van de beste zorg de ambitie is, op basis van *evidence based* werken met ruimte voor vragen en feedback. Stagiaires en medewerkers van verschillende disciplines in de betrokken organisaties kunnen participeren in verbeter- en onderzoeksprojecten waarna ze hun bevindingen en innovatievoorstellen aan elkaar presenteren. Er is tevens afstemming met de AWR waardoor er aandacht is voor innovatie, (wetenschappelijk



en toegepast) onderzoek, kennisontwikkeling, -deling en -spreiding.

Een van de MZIC interventies is een casuïstiekbespreking begeleid door een aios revalidatiegeneeskunde. Aios Eva-Maria Lefferts en Kaily van Deursen delen hun ervaring.

Wat levert de casuïstiek bespreking in het MZIC op voor de patiënt?

'Het is niet vanzelfsprekend om van je eiland af te stappen, zeker niet voor stagiaires, maar het levert zo veel op voor de patiënt!' zegt *Lefferts*. *Van Deursen* vult aan: 'Interdisciplinair werken is voor stagiaires nieuw en nog niet vanzelfsprekend. Met de casuïstiekbespreking kan je veel dieper ingaan op achtergrond van een patiënt, waarom en hoe doen we wat we doen. Tijdens de laatste casuïstiekbespreking merkte je dat de studenten zelf al met plannen en oplossingen komen. Dat is super om te zien! De patiënt heeft daarna echt een team om zich heen staan in plaats van iemand die alleen vanuit zijn eigen discipline denkt.'

Wat levert het begeleiden van de casuïstiek op voor jou als aios?

Lefferts: 'Tijdens de MZIC casuïstiekbespreking staat de patiënt en niet je eigen discipline centraal. Je mag 'out of the box' denken, we leren van elkaar en het is een plek om vragen te stellen aan collega's van andere disciplines.' *Van Deursen*: 'Het geeft nóg meer inzicht in taken van verschillende disciplines en in teambesprekingen heb ik meer oog voor het perspectief van startende professionals. Daarnaast is het een kans om jezelf verder te bekwamen in je eigen onderwijsvaardigheden. Ik heb bijvoorbeeld geleerd om het leerproces van stagiaires te versnellen door expliciet kritische vragen te stellen over de achtergrond van een patiënt.'

Wat maakt een MZIC stage uniek en waarom is dat voor jou als arts belangrijk?

Eensgezind zeggen ze: 'In plaats van alleen op je eigen discipline te richten, leren studenten echt multidisciplinair denken. Daardoor is er meer verdieping in ziektebeelden en de achtergrond daarvan. Zo leren ze sneller en kunnen ze de patiënt uiteindelijk beter helpen. Een mooie voorbereiding op het werken in de revalidatie!'

HET SAMENWERKINGSPROJECT ALL4RT

Adelante, Zuyd en de AWR zijn kartrekkers van ALL4RT (*Adelante Living Lab for Rehabilitation Technology*). Dit *living lab* bouwt voort op het Europese Interreg project I2-Cort (zie <https://www.interregemr.eu/projecten/i2-cort>) waar kennisinstituten, zorginstellingen, het bedrijfsleven en patiënten uit de Euregio zich verbonden om de ontwikkeling en implementatie van revalidatietechnologie te versnellen. ALL4RT streeft dezelfde doelstelling na en werkt ook nauw met MBO-instellingen en bedrijven samen. Medewerkers, studenten, onderzoekers, cliënten en ondernemers zijn allen bezig zijn met innoveren, ontwikkelen, verbeteren, evalueren en implementeren van revalidatietechnologie. Daardoor ontstaat een dynamische innovatie-leeromgeving met opdrachten van ondernemers (of andere geïnteresseerde partijen), de aanwezigheid van eindgebruikers (therapeuten/revalidanten), docenten, onderzoekers en steeds nieuwe groepen studenten.

Living labs bieden mooie kansen voor intensieve samenwerking tussen onderzoek, onderwijs en praktijk met de nadruk op verbetering van de zorg voor de cliënt. Toepassing van vernieuwing krijgt in *living labs* sneller gestalte omdat de patiënt erin participeert. In het *living lab* staat interprofessioneel samenwerken aan oplossingen voor levensechte vraagstukken ook centraal, waarbij met gebruikers in co-creatie samengewerkt wordt.³

Door samenwerking in de context van het primaire proces en vanuit de interdisciplinaire insteek kan het bedrijfsleven producten ontwikkelen die goed aansluiten bij vragen van de werkvloer en van patiënten. Alle stakeholders in een *living lab* ondervinden voordeel waarbij gelijkwaardigheid in deze innovatie-ontwikkelgerichte leeromgeving van groot belang is.

Bij Adelante is ervoor gekozen één ruimte in te richten waar de betrokkenen uit verschillende disciplines elkaar treffen en werken aan diverse projecten. Een ruimte waar studenten les krijgen van Zuyd-docenten die naar Adelante komen, of van professionals of onderzoekers van Adelante, of zelf 'lesgeven' aan zorgprofessionals door hun ervaringen en inzichten open te delen. Een mooi voorbeeld is de keuze om de Minor Zorgtechnologie van Zuyd op locatie van Adelante te organiseren. Studenten en docenten met een zorgachtergrond (als ergotherapie, verpleegkunde, biometrie), of een

achtergrond in *Engineering en Communication & Multimedia-design* werken aan opdrachten verbonden aan ALL4RT. Zo zijn zij bezig met ontwerpen van 3-D geprinte hulpmiddelen in samenwerking met ergotherapeuten van Adelante en een 3-D printbedrijf uit de regio. De directe ontwikkeling en toepassing in de praktijk maakt snel duidelijk of het proces van ontwerpen en maken van 3-D geprinte hulpmiddelen passend is bij professionals en meerwaarde oplevert voor cliënten.

TOEKOMSTVERWACHTINGEN

Hoe ziet de samenwerking er over vijf jaar uit? Waar we willen staan over vijf jaar?

De interdisciplinaire werkwijze, die aanvankelijk vijf jaar geleden als pilot startte, is nu niet meer weg te denken. Het aantal participerende studenten in de drie samenwerkingsprojecten is verdubbeld en vanuit beide organisaties neemt het enthousiasme toe om verder uit te bouwen. Dat geldt ook voor het doorontwikkelen op de innovatiethema's en het gezamenlijk oppakken van onderzoeksprojecten. Communicatie over resultaten en successen binnen beide organisaties leidt tot verdere vergroting van draagvlak voor investering in gezamenlijke vervolginnovaties. We beseffen dat het belangrijk is veel aandacht hieraan te blijven geven. Voor meer zichtbaarheid en interactieve ontmoeting is een stappenplan opgesteld met als doel het voor iedereen makkelijker te maken om aan te haken, mee te denken en kansen te identificeren en realiseren. Vanuit de verstevigde samenwerkingsverbanden kunnen we ook meer van betekenis zijn als netwerk in grotere praktijkgerichte (regionale en nationale) onderzoeksprojecten. Er zijn ook meer mogelijkheden in beeld gekomen voor gezamenlijk praktijkgericht onderzoek in de strategische thema's van beide organisaties en de AWR, waar Zuyd Hogeschool intensiever bij wil aansluiten.

Vanuit de huidige samenwerking, de opgedane ervaring en de gezamenlijke integrale visie op zorg, ontstaan kansen voor (praktijkgerichte) onderzoeksprojecten in transmurale revalidatienetwerken waarbij het doel is passende zorg te organiseren.



Yves Krauth (links) met de twee studentes Fenna Nijdam, Jet Martens.

'De ambitie is de netwerk-samenwerking op termijn te verbreden naar andere regiopartners'

De ambitie is daartoe de netwerksamenwerking op termijn ook te verbreden naar andere regiopartners. Zo kan vanuit complementariteit in focus, kennis en ervaring, nog meer waarde voor cliënten, medewerkers, stagiaires en studenten worden gecreëerd. Zeker in de huidige krappe arbeidsmarkt hopen we zo onze aantrekkingskracht te vergroten en onderscheidend te zijn als aantrekkelijke zorg- en onderwijsorganisaties en als innovatieve toonaangevende werkgevers in de regio. Op die wijze kunnen wij zorgen dat in de toekomst voldoende goed opgeleide mensen met interprofessionele samenwerkingsvaardigheden worden afgeleverd aan de maatschappij. ←

Referenties

1. Tsakitzidis, G., Philips, H. (2013), *Interdisciplinair overleg*, *Huisarts Nu*, 42(6)
2. *A multisociety organizational consensus process to define guiding principles for acute perioperative pain management*, © American Society of Regional Anesthesia & Pain Medicine 2022. No commercial re-use. See rights and permissions. Published by BMJ.
3. Garcia Robles, A., Hirvikoski, T., Schuurman, D., & Stokes, L. (2015). *Introducing enoll and its living lab community*. European Commission, Brussels, Belgium.

REGIONALE SAMENWERKING VEREIST DAGELIJKSE INVESTERING

Zorg voor het Noorden

Sinds ruim vier jaar werken de drie ambulancediensten en negen ziekenhuizen in de drie noordelijke provincies samen binnen Zorg voor het Noorden. Een voorbeeld van netwerksamenwerking met successen en uitdagingen. In dit artikel nemen we u graag mee in onze ervaringen en lessen.



DRS. M.T.G. (MICHIEL) KAHMANN

Directeur Personeel & Organisatie UMC Groningen,
voorzitter Zorg voor het Noorden



CORRESPONDENTIE

m.t.g.kahmann@umcg.nl

In 2016 bleek dat in meerdere noordelijke organisaties het aantal opleidingsplekken voor gespecialiseerde verpleegkundigen en klinisch ondersteunende functies (de 'FZO-functies') achter was gebleven, waardoor het tekort aan deze schaarse functies opliep. Om het tij te keren werd een netwerk opgericht door de HR-verantwoordelijken van de 12 zorgorganisaties in het Noorden. Iedere regio in Nederland heeft een eigen 'Regio Plus'-organisatie waar de opleidingen en instroom in gemonitord worden, maar hier zijn vele organisaties bij aangesloten. Om slagvaardig te kunnen zijn, werd gekozen voor een samenwerking met juist enkel de ziekenhuizen en de Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's). Zo passen we om één tafel en je kunt elkaar kennen en aanspreken.

Ondanks tegenslagen, zoals de COVID-19 pandemie, laat de noordelijke regio inmiddels de hoogste percentages FZO-opgeleide collega's zien van alle regio's, blijft de uitval uit opleidingen binnen de perken en worden tal van gezamenlijke initiatieven ondernomen.

DE BASIS VAN HET NETWERK

De ruggengraat van de samenwerking vormde (en vormt nog steeds) een gezamenlijke vaststelling van de problematiek en een gezamenlijke strategische personeelsplanning (SPP). Wat is de verwachting per organisatie van het aantal benodigde professionals en hoeveel kan iedereen opleiden? Naast de technische exercitie

om deze informatie *eenduidig* boven water te krijgen, betekende dit ook de noodzaak om een kijkje in elkaars keuken te krijgen en hier transparant over te zijn. De gezamenlijke afspraak over de instroom per opleiding per ziekenhuis en RAV wordt jaarlijks vastgelegd in een **convenant** en bestuurlijk bekrachtigd.

We ontwikkelden een eenvoudig model voor het dragen van de gezamenlijke kosten van het netwerk, zoals voor een regionale programmamanager. Het aantal specialistische professionals per organisatie bepaalt het percentage dat de deelnemer bijdraagt aan de gezamenlijke begroting. Het Noorden kent ziekenhuizen van 1.000 fte en van 10.000 fte en zo wordt naar rato ingelegd. Dit eenvoudige financiële model werkt nog steeds, hoewel de begroting inmiddels behoorlijk is uitgebreid. Inmiddels wordt naast het programmamanagement ook projectmatige inzet, website en sociale media begroot, maar ook de gezamenlijke investering om opleidingen te innoveren (CZO Flex Level).

GRONDOORZAKEN AANPAKKEN

Met als ruggengraat het jaarlijkse convenant was de basis gevormd om de oorzaken aan te pakken waarom de organisaties te weinig specialistische professionals kunnen opleiden. Die oorzaken zitten in de uitval uit opleidingen, de klassieke vorm van de huidige opleidingen en de krapper wordende arbeidsmarkt. Hoe trachten we deze oorzaken aan te pakken?

- Inmiddels kennen we een verregaande samenwerking in het selecteren van kandidaten voor de specialistische opleidingen. Een aantal Zorg voor het Noorden-leden werkt met een eenduidige selectieprocedure inclusief assessment, wat het uitwisselen van kandidaten tussen de organisaties eenvoudiger maakt. Deze aanpak heeft de uitval uit opleidingen teruggedrongen.
- Gezamenlijk met het opleidingsinstituut van het UMC Groningen werken we aan het vernieuwen van de opleidingen, zoals die van operatie-assistent of anesthesiemedewerker. Door de vernieuwing helemaal rond de student vorm te geven, is de opleiding op maat in te korten en is de belasting voor de begeleiding op de OK meer gelijk getrokken en per leerling



kleiner geworden. Hiermee zijn we als regio meer en meer klaar voor het zogenaamde Flex Level opleiden, waarin opleidingen steeds meer modulair worden vormgegeven.

- Om de krapte op de arbeidsmarkt het hoofd te bieden, hebben we een gezamenlijke vacaturesite, staan we als Zorg voor het Noorden op beurzen en werken de communicatie- en HR-professionals van de deelnemers met elkaar samen.

GEZAMENLIJKE PRINCIPES

De kracht van de samenwerking zit in een aantal principes, die we met elkaar toepassen. Het vergt persoonlijke en dagelijkse aandacht om niet terug te vallen in 'oud denken' en deze principes te blijven uitdragen, vooral naar de eigen organisatie.

Een heel belangrijk principe is dat we de concurrentie loslaten en gaan voor regionale samenwerking. Dit principe is geworteld in het besef dat we deze uitdagingen nooit alleen kunnen oppakken en dat focus op de korte termijn onvoldoende is. We zijn ervan overtuigd dat de zorg in de regio er niet bij gebaat is als één van de leden van Zorg voor het Noorden uit de pas loopt. Als alle top-talenten naar één van de organisaties gaan, zal die organisatie haar patiënten niet kunnen uitplaatsen naar de andere huizen, en daarmee creëert deze organisatie uiteindelijk haar eigen probleem. Heel concreet betekent dit dat we elkaar bellen als we een gerucht of daadwerkelijk een voorval hebben gehoord waarin bijvoorbeeld een medewerker wordt 'weggekocht' bij een organisatie. Door de lijnen heel kort te houden en elkaar te bellen, ontstaat begrip voor ieders situatie.

Een ander principe is dat we opleiden voor de regio. In het jaarlijkse convenant kijkt iedere organisatie dus niet alleen wat zij nodig heeft, maar wat ze maximaal kan doen aan opleiding. Dit gebeurt vanuit de overtuiging dat daarmee de druk op het

schaarse personeel in de regio op de langere termijn afneemt.

Een ander voorbeeld is de extra inspanning van de RAV's om zelf ambulanceverpleegkundigen op te leiden, in plaats van het overnemen van ervaren IC-verpleegkundigen uit de organisaties. Dat laatste is voor de RAV zowel financieel als inhoudelijk veel interessanter, maar het gevolg op langere termijn is dat de ambulance haar patiënten niet meer kwijt kan omdat er te weinig collega's bij de ziekenhuizen zijn.

Bovenstaande principes zijn eenvoudig uitgesproken, maar leveren spanning op als het financieel tegenzit, of tijdens de COVID-19-pandemie, of wanneer er wantrouwen is of iedereen wel voldoende bijdraagt. Zelfs wanneer er draagvlak is van alle bestuurders, is de macht van de 'begroting' op een afdeling nog wel eens aanleiding om toch te kiezen voor de eigen afdeling of het korte termijn gewin.

De kracht zit in het persoonlijk kennen van de leden van het netwerk, regelmatig elkaar in de ogen kunnen kijken en het bestuurlijk verankeren van de (convenant-)afspraken.

WAT ZIJN DE SUCCESFACTOREN VOOR EEN DERGELIJK NETWERK?

Terugkijkend op de samenwerking van de afgelopen jaren is een aantal succesfactoren te benoemen voor een regionaal netwerk zoals Zorg voor het Noorden.

- *Telkens bekrachtigen van de gezamenlijke ambitie.*
In ieder gesprek en in ieder plan stellen we opnieuw vast wat ons gezamenlijke doel voor de regio is.
- *Blijvend investeren in de relatie.*
Naast de formele regionale vergaderingen organiseren we vier keer per jaar een informele bijeenkomst waarin verdieping maar ook intervisie op de agenda staat. Door elkaar te kennen, →

‘De kracht zit in het persoonlijk kennen van de leden van het netwerk, elkaar regelmatig ontmoeten en het bestuurlijk verankeren van de (convenant-)afspraken’

creëren we een gunfactor, en dat is de basis voor een effectieve samenwerking over organisaties heen.

- *Vastklikken van de doelen en randvoorwaarden in eenvoudige afspraken.*

We hebben veel baat gehad bij de verrekeningssystematiek voor de gezamenlijke uitgaven en van het convenant met de duidelijke targets.

Daarnaast lijkt het Noorden qua demografie voordelen te hebben ten opzichte van andere regio's. De regio is goed af te bakenen waardoor gezamenlijke afspraken met een overzichtelijk aantal partijen eenvoudiger te maken zijn.

WAAROM ZIJN DE PROBLEMEN NOG NIET OPGELOST?

De schaarste op de arbeidsmarkt zal de komende jaren blijven toenemen. De druk op de specialistische afdelingen is de afgelopen jaren al enorm toegenomen. We hebben te maken met complexere zorgvragen, toegenomen verzuim en uitval, een scheve leeftijdsopbouw met relatief veel leerlingen en jonge collega's en een relatief groot aandeel senioren. Hoewel er meer mensen nodig zijn in 'de zorg' zien we een afname van de populariteit van zorgberoepen, dan wel van een deel van het werk (zoals de nachtdiensten).

Deze druk zal de komende tijd verder gaan toenemen. Het is de vraag of het zorgsysteem - en dus ook wij als Zorg voor het Noorden - wendbaar genoeg is om dit tijdig op te vangen. Dat geldt voor de benodigde opleidingsvernieuwing. Denk aan CZO Flex Level en technologische toepassingen om opleidingen verder in te korten of de druk op de werkbegeleiding te verlagen. Het gaat niet zozeer over méér opleiden, maar wel om meer modulair opleiden en daardoor sneller inzetbaar zijn op deelgebieden. Maar zelfs als de opleidingen verbeterd worden is de vraag of de werkpraktijk zich snel genoeg kan aanpassen. Er zullen steeds meer collega's ingezet (moeten) worden die nog niet 100% bevoegd of bekwaam zijn en toch op onderdelen zelfstandig moeten werken. In hoeverre kunnen onze kwaliteitssystemen, beroepsverenigingen en functiegebouwen hier snel op inspelen. Dit zijn allemaal krachten van de huidige praktijk die de innovatie in de weg staan. Niet alle professionals zijn blij met een nieuwe groep professionals die minder specialistisch zijn opgeleid of op een andere manier in het werk staan. Dat is

begrijpelijk vanuit onze wil om de hoogst mogelijke kwaliteit van zorg te leveren, maar dit zal niet houdbaar blijven. En dan is er ook nog de knellende financiering, die het ingewikkeld maakt om middelen vrij te spelen voor innovatie of voor bijvoorbeeld meer (begeleidings-)capaciteit of een kleine *span of support* voor leidinggevend.

Anders organiseren is niet voor niets één van de speerpunten in de huidige plannen.

Een 'deltaplan' is nodig in onze organisaties - en bij opleiders - om veel creatiever te worden en veel wendbaarder. Dit vraagt om het gelijktijdig investeren in andere vormen van werving, inwerken, opleiden en het behouden van collega's. Bij dat behouden is vernieuwend leiderschap nodig, maar ook zeggenschap voor zorgprofessionals, maatwerk in roostering, oog voor individuele wensen en regelruimte voor professionals, functiedifferentiatie, ruimte voor ontwikkeling en ga zo maar door. Een hele opgave voor alle betrokkenen of het nu gaat om de zorgprofessionals zelf, de leidinggevend, HR- en communicatieadviseurs en bestuurders.

DOORONTWIKKELING ZORG VOOR HET NOORDEN

Niet voor niets ontwikkelt Zorg voor het Noorden zich verder door, van opleidingsaanjager tot regionale motor voor behoud en ontwikkeling. We vinden steeds beter de weg naar de zorgprofessional, waar we dit samen mee moeten en willen doen. Onze ambities reiken ver.

We werken aan een regionale constructie voor medewerkers die graag uitdaging zoeken en willen blijven leren door het werken voor meerdere organisaties. Recent zijn we gestart met een regionaal zeggenschapsplatform voor verpleegkundigen. Daarnaast werken we aan het regulier maken van combinatieaanstellingen tussen bijvoorbeeld de Ambulancedienst en de Intensive Care. In onze dromen hebben we een regionaal portfolio voor alle zorgprofessionals waarin zij een leven lang leren. In onze vergezichten hebben we grote delen van de opleiding modulair gemaakt en voorzien van *virtual reality*, zodat de belasting van begeleiding kleiner wordt en studenten eerder op onderdelen zelfstandig kunnen werken. Daarnaast werken we nog intensiever samen met de onderwijsinstellingen om de leerroutes nog nauwer aan te laten sluiten bij wat in de praktijk nodig is.

Of het huidige systeem van onze organisaties, de landelijke beroepsverenigingen, onderwijsinstellingen en de professionals zelf wendbaar genoeg zijn om te innoveren in het tempo dat de schaarste ons opdraagt is de grote vraag. Creativiteit + actie ontstaat pas écht bij crisis. Of ook bij de bevlogen wil van een groep? Doe jij mee? ←

Wie niet kan delen kan niet vermenigvuldigen

Revalidatiegeneeskunde lijkt een vakgebied te zijn waar samenwerken vanzelfsprekend is. Wij verbazen ons echter regelmatig over de manier waarop zaken zijn georganiseerd: conservatief, ondoelmatig en met grote onverklaarbare verschillen. En dat in een tijdperk waarin zowel medewerkers als geld schaars zijn.

Wat kunnen we leren van anderen als het gaat om samenwerken om doelen te behalen?



H.W.M. (HENRI) PLAGGE

Arts M&G, voorzitter Raad van Bestuur Adelante Zorggroep

T. (THEO) VAN BRUSSEL

Ondememer, verkenner en oprichter Zorgnetwerk



CORRESPONDENTIE

h.plagge@adelante-zorggroep.nl

Revalidatiegeneeskunde lijkt een vakgebied te zijn waar samenwerken vanzelfsprekend is. De revalidatiezorg wordt geboden door samenwerkende professionals en hun organisaties. Door de jaren heen worden daar allerhande begrippen aan verbonden zoals ketens, netwerken en regisseurs. Kijkend naar de medisch specialistische revalidatie (MSR) verbazen wij ons regelmatig over de manier waarop zaken zijn georganiseerd. De autonomie van aanbieders en professionals leidt vaak tot conservatief handelen en ondoelmatigheid. Tegelijk zijn de verschillen tussen instellingen soms groot en wordt er pas sinds enkele jaren systematisch gewerkt aan het delen van kennis en het uitwisselen van data en informatie. Die verbazing wordt nog groter als we bedenken hoeveel geld we daardoor onnodig uitgeven; terwijl in de dagelijkse praktijk geld en - in toenemende mate- medewerkers schaars zijn. Kan dat niet anders en wat kunnen we leren uit andere sectoren?

VOORBEELDEN

Zonder uitputtend te zijn noemen we enkele voorbeelden van zaken die ons verbazen:

- *Te weinig procesmatig organiseren* → Heel vaak is niet duidelijk hoe de organisatie van de voordeur en achterdeur van de revalidatiezorg is. De individuele patiënt, die eenmaal bij ons is gekomen wordt behandeld door bevlogen professionals maar veel patiënten lijken de revalidatiezorg ook niet te kunnen bereiken. Er wordt te weinig gedacht in processen of patiëntreizen en deze worden dan ook niet georganiseerd. Elke patiënt wordt als uniek geval behandeld. Vergeten wordt dat door standaardisatie van werkprocessen en goed samenwerken, tijd en geld wordt vrijgespeeld om echt maatwerk te leveren wanneer dat nodig is en ook die patiënten te helpen die nu moeten wachten.
- *Iedereen zijn eigen zorgpaden* → De wetenschappelijke vereniging van revalidatieartsen (VRA) heeft richtlijnen en standaarden ontwikkeld maar de operationele vertaling daarvan in zorgpaden en processen wordt bij elke revalidatieaanbieder opnieuw ter hand genomen en georganiseerd. De stapel zorgpaden in de MSR is groot; terwijl de revalidatie van gelijksoortige patiënten in Groningen niet anders hoeft te zijn dan in Maastricht. De kwaliteit en doelmatigheid van de zorg zou sterk verbeteren als we overal met dezelfde zorgpaden werken.
- *Concurrentie* → Collega's die vormen van revalidatie aanbieden, binnen en buiten de sector, zien elkaar al snel als bedreigend of als concurrent. Dit geldt binnen de MSR tussen de artsen die in de grote centra werken, de ziekenhuisrevalidatieartsen en de artsen die in zelfstandige behandelcentra werken. Maar ook zien we dit ten aanzien van de geriatrische revalidatiezorg en de (multidisciplinaire) eerstelijns revalidatie. Er wordt verwonderlijk weinig echt gedeeld en samen vorm gegeven, terwijl revalidatie eigenlijk een continuüm is van zelfzorg tot complexe klinische medisch specialistische zorg. →



‘In de commerciële wereld wordt al langer intensief samengewerkt om doelen te bereiken, ook door de grootste concurrenten’

- *Het wiel telkens opnieuw uitvinden* → Als kleine sector (opgeteld in heel Nederland kleiner dan een groot ziekenhuis) doen we ook in de ondersteunende processen bijna alles zelf. Denk hierbij automatisering, diverse specialistische staf- en beleidsfuncties, salarisadministraties en inkoop. Verschillende EPD's, diverse administratieve systemen en een nogal versplinterd landschap van innovaties, e-health en onderzoek zijn hier voorbeelden van. Softwareleveranciers, allerlei adviseurs en andere verkopers spinnen hier garen bij.

Er valt wel een groeiend besef te constateren dat het anders moet en kan. De groeiende vraag naar revalidatie in combinatie met oplopende tekorten aan medewerkers en een grote druk op de financiën maken die noodzaak duidelijk. In Revalidatie Nederland (RN) en Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) verband trekken gelijkgestemden steeds vaker op zoals bij het realiseren van een revalidatieregister en gezamenlijk wetenschappelijk onderzoek. Ook zien we soms een gezamenlijke aanpak van grote projecten zoals een gemeenschappelijke aanbesteding voor software (bijvoorbeeld voor een nieuw leermanagement systeem). Verder bundelen zich revalidatieaanbieders voor de langere termijn, zoals het Netwerk Pijnrevalidatie Nederland (NPN) en Revion. Maar... het gaat allemaal wel langzaam; er wordt veel tijd en geld besteed aan de vorm van de samenwerking en de opbrengsten zijn niet altijd duidelijk.

WAT KUNNEN WE LEREN VAN DE MARKT?

In de zorg en zeker ook in de revalidatie wordt nogal eens de stelling gehanteerd dat we heel anders zijn dan commerciële dienstverleners en bedrijven. Toch zijn die verschillen minder

groot dan wordt gedacht. Immers, bij zowel de zakelijke wereld als bij de zorg gaat het om het zo goed mogelijk helpen van de klanten en zorgen dat de salarissen van medewerkers op tijd betaald kunnen worden. Klanten in de commerciële wereld konden altijd al besluiten om naar een andere aanbieder toe te gaan als ze ontevreden zijn. In de zorg is die keuzevrijheid de laatste jaren toegenomen, zeker in de revalidatie. De revalidatie is in enkele jaren tijd veranderd van een aanbodmarkt naar een vraagmarkt waar klanten (patiënten, zorgverzekeraars en verwijzers) iets te kiezen hebben, dat steeds actiever doen en ook steeds meer eisen stellen. Tegelijk neemt de schaarste aan medewerkers en geld toe. De noodzaak om echt klantgericht te werken en slim te organiseren is nu groter dan ooit. Daarom is het goed om te kijken wat we van die andere wereld kunnen leren.

In de commerciële wereld wordt al langer intensief samengewerkt om doelen te bereiken, ook door de grootste concurrenten. Zo regelen de concurrerende biermerken Heineken en Grolsch samen de logistiek en de opslag en werkt een groot deel van de elkaar beconcurrerende horecaondernemingen in Nederland samen bij de opleiding van hun personeel en het delen van kennis (stichting vakbekwaamheid horeca). De voedingsmiddelenfabrikant Unilever werkt samen met een groot e-learningbedrijf en creëert samen met hen een kennisplatform. In de industrie is het nieuwe werken steeds meer netwerken. Concreet gaat het dan om samenwerken met gespecialiseerde bedrijven die zaken vaak beter doen dan je dat zelf zou kunnen. Ook bij kleine ondernemers zie je mooie voorbeelden van samenwerking: zelfstandigen zonder personeel (ZZP-ers) die samen een opdracht uitvoeren en ZZP-ers die samen een kantoorgebouw bevolken dat is ingericht om

netwerken mogelijk te maken. Bekend is ook de autoboulevard waar de dealers die elkaars concurrent zijn samenwerken om de klanten te trekken. Internationaal zie je ook in de Europese gezondheidszorg ontwikkelingen waar, door een gerichte samenwerkings-, overname- en groeistrategie geheel andere organisaties ontstaan waar zorg, wonen en behandeling op commerciële basis vorm krijgen. Een vorm is de Franse multinational ORPEA die ook in Nederland al actief is (<https://www.orpea-group.com/>). Zij exploiteren in onder meer Frankrijk naast woonzorgvormen, geestelijke gezondheidszorg ook behandelcentra en revalidatiecentra.

In de MSR wordt vol passie en bevologenheid gewerkt met individuele patiënten met als doel hen te helpen weer zo goed mogelijk te kunnen participeren. Doelgericht en planmatig zijn kernelementen van het behandelplan. De wijze waarop we organiseren is echter vaak nog gebaseerd op gewoontes en al dan niet professionele tradities. Onvoldoende de tijd nemen om te bezien hoe zaken anders kunnen lijkt daar debet aan. Ook te weinig samen denken en delen zien we regelmatig terugkomen. De waan van de dag en het onvoldoende stilstaan bij verbeteren en innoveren betekenen ook dat de mogelijkheden van samenwerken onvoldoende worden verkend en uitgetoetst.

SAMENWERKEN IN DE ZORG

Samen werken is in beginsel *het met meerdere partijen een klus klaren en daar afspraken over maken*. Tegenwoordig lijkt dat alleen nog maar te kunnen als er een heel circus wordt opgetuigd. Zo werd in de eerste coronagolf in 2020 in de meeste regio's soepel en snel samengewerkt om de zorg zo goed mogelijk te blijven organiseren. Later gingen overheid, Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en verzekeraars zich er steeds meer mee bemoeien. Eerst alleen over de verdeling van covid-patiënten. Maar al heel snel over van alles en nog wat, zoals de acute zorg, de inhaalzorg en de regionale zorgcoördinatie. De bestuurlijke drukte nam toe en de te behalen doelen werden steeds meer die van Den Haag en Utrecht, en niet langer die van de regio en de zorgprofessionals.

Op 16 september 2022 werd het door de minister van VWS beoogde Integraal Zorgakkoord (IZA) ondertekend door veel brancheorganisaties. Dit akkoord heeft als ondertitel 'Samenwerken aan gezonde zorg'.¹ Terecht wordt samenwerken als belangrijk voorwaarde gezien om de uitdagingen die op ons afkomen aan te kunnen. Er is weinig in concrete plannen of

acties uitgewerkt en er lijkt sprake van veel oude wijn in nieuwe en oude zakken. Dit betekent opnieuw het risico van veel bestuurlijke drukte. De overheid, zorgverzekeraars en zorgkantoren gaan daarbij doorgaans uit van één uniforme aanpak voor heel Nederland. Een voorbeeld is de verplichting om nu regiobeelden en regioplannen te maken op het niveau van zorgkantorregio's. Het grote gevaar is dat middel en doel worden verward. Het verbeteren van de organisatie van de zorg en kwaliteit en doelmatigheid daarvan zal door het IZA niet worden gerealiseerd. Het is aan professionals en bestuurders om dit wel te doen.

Tips voor een goed samenwerkingsproces²

1. Formuleer het doel van de samenwerking en deel dit met de partners.
2. Beantwoord de vijf vragen:
 - Wat kunnen we door deze samenwerking beter doen; welke kansen zien we of welke problemen pakken we hiermee aan?
 - Is samenwerking de beste manier?
 - Kan mijn organisatie een dergelijke samenwerking aan?
 - Heb ik voldoende vertrouwen in mijn samenwerkingspartner(s)?
 - Ben ik bereid om over mijn eigen schaduw heen te stappen?
3. Zoek de gemeenschappelijkheid en niet de verschillen.
4. Stel tijdig een stuurgroep in en besteed tijd en aandacht aan een ordentelijk vergaderproces (voorzitter, agenda, verslaglegging, vergaderlocatie, inbreng partijen).
5. Wees alert op het gegeven dat verschillende culturen bij samenwerkende partners bestaan en dat sommige begrippen in verschillende sectoren een andere betekenis hebben.
6. Zorg voor een goede projectleider en voldoende toegang voor hem/haar tot sleutelfunctionarissen van de samenwerkingspartners.
7. Stel als stuurgroep werkgroepen in met voldoende mogelijkheid voor overleg over opdrachten; houdt tussentijds contact met de werkgroepen en de voortgang.
8. Blijf luisteren naar nieuwe ideeën van medewerkers.
9. Denk goed na over de (juridische) vorm van de samenwerking en laat je hierbij zo nodig bij adviseren door fiscaal juristen, notaris en NMA/mededingingsdeskundigen.
10. Wees bereid bij de samenwerking een deel van je eigen autonomie in te leveren.
11. Trek conclusies op basis van de bereikte resultaten in relatie tot de beoogde doelen; ook als dit betekent dat de samenwerking kan worden beëindigd omdat de doelen niet worden behaald.



SAMEN WERKEN

Samenwerken is een middel om een bepaald doel of resultaat te behalen. Samenwerken heeft als bedoeling doelgerichte activiteiten samen uit te voeren die leiden tot vooraf besproken resultaten die ook door klanten worden herkend. Velen gaan ervan uit dat, na het sluiten van een convenant of het maken van een regioplan, het samenwerken allemaal vanzelf gaat. Een geoliede samenwerking verdient echter iedere dag onderhoud en begint met een goede definitie van het doel waarvoor de samenwerking wenselijk is. Alleen als samenwerken kan leiden tot een beter resultaat voor de samenwerkende partners is het de moeite waard om een deel van de eigen autonomie in te leveren. Het goed nadenken over het doel, de vorm en de meerwaarde van de samenwerking kost veel tijd en die tijd wordt steeds minder genomen (kader). Dit laatste zullen we in de komende jaren nog vaak gaan zien vanwege de steeds vaker afgedwongen samenwerking tussen partijen.

‘Alleen als samenwerken kan leiden tot een beter resultaat voor de samenwerkende partners is het de moeite waard om een deel van de eigen autonomie in te leveren’

SAMENWERKINGSPROCES

Iedere vorm van samenwerking begint met het basale uitgangspunt van het creëren van meerwaarde door samen dingen te doen. Iedere partner moet daarvan overtuigd zijn anders heeft het starten van het proces geen zin. Vandaar dat de voorfase van zoveel belang is. Vijf vragen zijn daarbij van belang:

- Wat is het probleem dat we willen oplossen door samen te werken?
- Is samenwerking de beste aanpak om dat probleem aan te pakken?
- Zo ja, kan mijn organisatie een dergelijke samenwerking aan (kennis, tijd, organisatiegraad)?
- Heb ik voldoende vertrouwen in de samenwerkingspartners en weet ik voldoende wat zij eruit willen halen?
- Ben ik bereid om over mijn eigen schaduw heen te stappen en eigen meningen, waarheden en gewoonten op te geven of aan te passen?

Neem de tijd om deze vragen te beantwoorden en wees je bewust waar jezelf invloed op kan uitoefenen en wie je allemaal nodig hebt om de samenwerking te laten slagen. In een plan van aanpak moet concreet gemaakt worden wat de plannen zijn, wie wat doet en welke randvoorwaarden ingevuld moeten worden. Als er gewerkt wordt met een stuurgroep en werkgroepen dan is het belangrijk dat bij de start een goed gesprek plaatsvindt over de opdrachten aan de werkgroepen.

THEMA'S VOOR SAMENWERKING IN DE REVALIDATIE

De moderne revalidatiegeneeskunde is een specialisme waar samenwerken in het primair proces vanzelfsprekend lijkt. Bij nader inzoomen, valt dit echter nogal eens tegen. Buiten de samenwerking verwijzer en revalidatiearts met zijn behandelteam is er nog veel dat gebeurt zonder (professionele) samenwerking. Met de uitdagingen waar we voor staan zullen we een inhaalslag moeten maken.¹ Zonder uitpuittend te zijn noemen we een aantal onderwerpen, die aangepakt moeten worden:

- *Toegankelijk maken en houden van de juiste vorm van revalidatie.* Het kan dan gaan om zelfzorg, eerste of anderhalvelijns revalidatie of complexere revalidatie. Oude denkbeelden moeten aangepast worden en er moet op gestandaardiseerde wijze gewerkt worden vanaf verwijzing tot en met de nazorg. Het gekoesterde verschil tussen eerstelijns, geriatrische en MSR moet veranderen in een functionele benadering van ‘revalidatie op maat en op de juiste plaats voor alle leeftijden’. Dit kan alleen worden gerealiseerd door samenwerkende revalidatieaanbieders die hier met hun professionals doelgericht aan werken. Het inzetten van de schaarse tijd en delen van de resultaten is daarbij voorwaardelijk.
- *Vergroten van de doelmatigheid van de revalidatie.* Middelen zoals geld en professionals zijn immers schaars. Landelijke gestandaardiseerde zorgpaden/programma's kunnen snel ingevoerd worden; er ligt immers al veel en het is een kwestie van keuzes maken. Voor de uitvoering van de zorgprogramma's kunnen landelijke richtlijnen over taakdifferentiatie worden opgesteld. En gezien de transformatieopgave die onder meer in het IZA wordt gesteld zou een sectorbrede aanpak van de revalidatiezorg een voorbeeld kunnen vormen voor de gehele zorg. De kleine revalidatiesector kan door kennis, ervaringen, menskracht en middelen te bundelen snel resultaten behalen.
- *Bundelen van diverse ondersteunende functies en contracten.* Als relatief kleine organisaties moeten we veel regelen en zijn daarbij kwetsbaar; denk aan administratieve functies, gespecialiseerde staf-/beleidsfuncties en contracten met onder



Jacob Lund/Shutterstock.com

meer software partijen. Zo ligt het op korte termijn hebben van één e-health-aanpak voor de gehele revalidatie in Nederland voor de hand. Investerings die nodig zijn om grootschalig digitaal te innoveren zijn veel te groot voor elke aanbieder afzonderlijk.

- *Leren en/of samenwerken met hotel- en reisorganisaties* als het gaat om communicatie, logistieke processen (denk aan planning) en innovaties. Juist in de hotel- en reiswereld is men gewend om complexe plannings op maat te maken passend bij de behoefte van de klant. En welke patiënt zou niet de regie willen hebben over zijn eigen behandeling op de wijze waarop hij een vakantie boekt en regelt.

Landelijk zien we al veel goede initiatieven om samen meer te betekenen dan ieder voor zich. Een voorbeeld is het initiatief om te komen tot uniforme uitkomstmaten (Stichting Revalidatie Impact). Helaas komt de aanlevering van de data erg langzaam op gang komt. Ook de e-health-groep in RN-verband is een prima initiatief, evenals een meer gezamenlijke aanpak van de onderzoeks- en wetenschapsagenda door VRA en RN. Maar veelal gaat het alleen nog maar om delen van informatie en kennis met een hoge mate van vrijblijvendheid Om echte doorbraken te behalen zal niet-vrijblijvend, doelgericht en concreet een vervolg gegeven moeten worden aan al deze eerste stappen.

Referenties

1. Ministerie van VWS. *Integraal Zorgakkoord; samenwerken aan gezonde zorg*. 16 september 2022.
2. Dutrée MA, Plagge HWM. *Samenwerking als modeverschijnsel; hoe leer je samenwerken? Zorgmarkt 1/2 januari-februari 2011;27-40.*

‘De zorg zal, net zoals het commerciële bedrijfsleven, moeten zoeken naar samenwerkingen die passen bij de te behalen doelstellingen en deze zo concreet mogelijk moeten maken’

TOT SLOT

Samenwerking is op dit moment in, maar *samen werken* gebeurt nog te weinig. Samen werken is moeilijk en gaat vaker mis dan dat het lukt. Er moet rekening worden gehouden met de emotionele naast de rationele laag die bij alle partijen een rol speelt. Samen werken kost tijd en moet professioneel worden opgepakt. In het kader staan daarvoor enkele handvatten. De zorg zal, net zoals het commerciële bedrijfsleven, moeten zoeken naar samenwerkingen die passen bij de te behalen doelstellingen en deze zo concreet mogelijk moeten maken. Soms kan je iets samen doen en soms kan je het beter overlaten aan een meer deskundige partner. Het kan gaan om gewone praktische werk- en regelaafspraken, niet vrijblijvende standaardisatie en bij grotere belangen tot het oprichten van de juiste rechtspersoon. Belangrijk is dat je - ongeacht of je professional bent of bestuurder - moet kunnen delen om te kunnen vermenigvuldigen. ←

Prikbord: Samenwerken is willen leren

Voor dit themanummer over samenwerking vroegen wij naar inspirerende ervaringen, en initiatieven. We ontvingen heel veel reacties die u hieronder kunt lezen.

Wát voor arts?

*An Bennema, aios revalidatiegeneeskunde
Noordoost Nederland*

Afgelopen zomer volgde ik de verbredingsstage 'Bewegen, Sport en Supervisie' binnen mijn opleiding. Ter verdere verbreding krijgen we binnen deze stage onder andere de mogelijkheid mee te lopen met een sportarts. Leuk en leerzaam, en het bracht

gesprekken over wat de sportgeneeskunde en revalidatiegeneeskunde van elkaar kunnen leren en waarin ze elkaar kunnen aanvullen. Helemaal een frisse blik kregen we toen een patiënte de sportarts even verkeerd verstond: 'Wat voor arts liep er nu met je mee zei je? Een reputatiearts?'... We schoten alle drie in de lach, wie van ons zou die arts nodig hebben?

Het nieuwe raamplan geneeskunde (2021): een belangrijke plaats voor de vaardigheid samenwerken

Prof. dr. Clemens Rommers, revalidatiearts MUMC+

Voorbeeld van samenwerking in masterfase geneeskunde FHML Maastricht. Wijkteam-gesprek met studenten geneeskunde, fysiotherapie, logopedie, ergotherapie, verpleegkunde. Doel: samen een casus van een oudere thuiswonende cliënt in kaart brengen. De geneeskundestudent heeft de oudere thuis bezocht en in kaart gebracht. Groeps-gesprek: welke onderdelen zijn van belang voor zelfstandig blijven? Vaak wordt eerst naar mono-disciplinaire oplossingen gezocht. Na ca 20 min wordt duidelijk dat samenwerken beter en sneller werkt en het minder uitmaakt wie welke bijdrage levert aan de gezamenlijke oplossing.

De handen ineen geslagen voor het handenteam

*Dr. Charlotte van Laake-Geelen,
revalidatiearts Dwarslaesie /
Spina Bifida*



Een wens van veel dwarslaesiepatiënten en een uitdaging voor de hulpverlener: een functioneel inzetbare arm-handfunctie of meer comfort van de arm en hand. Als handenteam Adelante/Zuyderland werken revalidatiearts, plastisch chirurg, fysio- en ergotherapeut en natuurlijk patiënt en familie intensief samen om dit doel, waar mogelijk en reëel, te bereiken. Hiervoor hebben we hele korte overleglijnen over diagnostiek en behandeling, doen we gezamenlijke spreekuur(avonden) en zijn Adelante-therapeuten indien nodig op de Zuyderland OK aanwezig. Verder bundelen we onze krachten met de dwarslaesiecollega's van vier andere centra in Nederland en hebben samen een overkoepelend screeningsprotocol voor de dwarslaesiehand ontwikkeld.

CP spreekuur

Sandra Titulaer, kinderrevalidatiearts Erasmus-Sophia

In 2017 zijn we in het Erasmus MC Sophia begonnen met een maandelijks CP-spreekuur, waarbij door de kinderorthopedie en de kinderrevalidatiegeneeskunde van Rijndam samen het orthopedisch beleid wordt afgestemd. Inmiddels is er 2x per week een CP-spreekuur. Dankzij deze samenwerking vinden we elkaar beter. Voor de heupchirurgie betekent dit dat er eerder wordt ingegrepen waardoor ook het migratiepercentage ten tijde van de laatste follow-up duidelijk verbeterd is. We hebben in de afgelopen jaren geleerd dat een operatie slechts een schakel is in een lange keten van zorg en dat we als team optimale zorg kunnen bieden voor de gehele levensloop.



Specialist ouderengeneeskunde voor dwarslaesiepatiënten

Linda van Gelder, revalidatiearts, en Desire Helms, specialist ouderengeneeskunde

In februari 2021 startte binnen de muren van De Hoogstraat Revalidatie in Utrecht een 15 bedden tellende afdeling van verpleeghuis Zorgspectrum. De doelgroepen voor deze afdeling zijn nu met name dwarslaesiepatiënten die nog niet naar huis kunnen na klinische MSR en patiënten na een decubitusoperatie die geïmmobiliseerd zijn voor een aantal weken. Daarnaast is het doel om een start te gaan maken met revalidatie voor de primaire (geriatische) patiënt met een dwarslaesie die fysiek nog te slecht belastbaar is voor MSR. Dit alles onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde, in dienst van Zorgspectrum. Er is wekelijks contact met een dwarslaesierevalidatiearts, dit om de zorg zo optimaal mogelijk te kunnen vormgeven voor deze specialistische groep.

Commissie Transmuraal Incidenten en Calamiteiten Melden (TICM)

(met vertegenwoordigers vanuit de Zuid-Limburgse Ziekenhuizen, huisartsenposten, spoedposten, GGD/Ambulance dienst, MSR, GRZ en GGZ, ondersteund door het NAZL)

Nathalie Kers, VIM Coördinator Adelante

De commissie TICM in het zuiden van Limburg heeft een werkwijze met de deelnemende organisaties afgesproken met betrekking tot het melden en het doen van onderzoek naar incidenten en calamiteiten in een zorgketen. Door deze werkwijze wordt bij een onderzoek onder andere de complete tijdlijn en basis-

oorzaken in de betrokken zorginstellingen en daarmee in de keten inzichtelijk. Door de onderzoeken en de verbetermaatregelen in de commissie te bespreken, leren de organisaties van elkaar en wordt het mogelijk om met elkaar ketenafspraken ter verbetering te maken.

In de EPA chronische zorg revalidatiegeneeskunde

Prof. dr. Clemens Rommers, revalidatiearts MUMC+

Voorbeeld van samenwerking: gezamenlijk spreekuur van aios orthopedie en aios revalidatiegeneeskunde op de polikliniek.

Doelgroep: patiënten met diabetische voetproblematiek. Gezamenlijke analyse van het medisch probleem van de patiënt; daarna evaluatie van de behandelmogelijkheden. De aios orthopedie leert van de functionele mogelijkheden van therapie en orthesiologie (schoenaanpassingen); de aios revalidatiegeneeskunde leert van de chirurgische problemen, wondbehandeling en indicaties voor amputaties aan de voeten. Het leermoment geeft inzicht in de (on)mogelijkheden van beide specialismen en geeft vorm aan de (toekomstige) samenwerking op de polikliniek.



Samen werken tijdens en na IC-opname

Germijn Heijnen, physician assistant revalidatie, UMCU

Voor ex IC-patiënten heeft UMC Utrecht een IC-nazorgpoli opgezet. Deze opzet bood echter weinig continuïteit en kennis op gebied van prognose, herstel, fysieke en cognitieve revalidatie. Voor een kwaliteitsverbetering werd een samenwerking met de revalidatiegeneeskunde gestart. De twee afdelingen delen nu gezamenlijk kennis over IC-problematiek aan patiënten en afdelingen binnen het UMC Utrecht. Ze voerden een aantal innovaties uit onder andere in de triage voor de polikliniek, implementatie van nieuwe richtlijn *Nazorg en revalidatie van intensive care patiënten* en er kwam een samenwerking op onderzoeksgebied en onderwijs van de grond. Dit heeft al twee concept-artikelen opgeleverd. Door intensievere samenwerking leerden wij, van de revalidatie, meer over de diagnostiek en prognose tijdens een IC-opname. De IC zorgverleners leerden meer over herstel en wat het voor de patiënt op participatieniveau betekent.

Drie weken geleden hadden we een leuke avond bij het IC-café in Utrecht, waar patiënten en zorgverleners elkaar konden ontmoeten.

Wat heeft Microsoft toe te voegen aan de revalidatiezorg?

Wim Ijspeert, kinderrevalidatiearts, Adelante, locatie Venlo

Onlangs introduceerde Microsoft de Adaptieve Accessoires voor mensen met een beperking. Kindcentrum Ulingshof heeft afgelopen twee jaar (in het geheim) bijgedragen aan de ontwikkeling hiervan. Ulingshof is een regionaal kindcentrum in Venlo, waar onderwijs, revalidatie en zorg worden aangeboden aan kinderen en jongeren tussen 2 en 20 jaar. Hier werken Onderwijsgroep Buitengewoon, Adelante en PSW (pedagogisch sociaal werk) samen. John Helmes, productdesigner bij Microsoft en ouder van Jara (leerling van Ulingshof), ontwikkelde een nieuw model muis voor zijn dochter. Hij pitchte het prototype bij Microsoft in 2020. Het idee werd positief ontvangen en Microsoft gaf toestemming om het product door te ontwikkelen.

Kennisnetwerk CVA Nederland

Luikje van der Dussen, revalidatiearts en voorzitter RvB Revant

Als het goed is, participeert ieder revalidatiecentrum in een CVA/NAH-netwerk. Deze netwerken worden ondersteund en gefaciliteerd door het landelijke Kennisnetwerk CVA NL (KNCN). Het KNCN doet dit door kennis te delen via de website en fysieke en digitale meetings met experts te organiseren, zoals het jaarlijkse congres. Ook organiseert het KNCN projecten, veelal in samenwerking met andere partijen zoals de VRA. Zo wordt nu in een consortium een multidisciplinaire Handreiking Eerstelijns Herstelzorg Hersenletsel geschreven. Een ander onderdeel van het KNCN is het Knowledge Broker Network, waarin zorginnoverende zorgverleners samenkomen, om met en van elkaar te leren over innovatieprojecten. Zie www.kennisnetwerkcv.nl.



VIN en EENnacom

Kim Santegoets, revalidatiearts Libra

Vroege intensieve Neurorevalidatie (VIN) is een specifiek behandelprogramma voor patiënten met langdurige bewustzijnsproblematiek (LBS) bij ernstig hersenletsel. Het belangrijkste doel is het verbeteren van het bewustzijn middels een gestructureerd revalidatieprogramma. Sinds 2016 zijn we onderdeel van een landelijk Expertisenetwerk Ernstig NAH na coma (EENnacom). Dit is een geïntegreerde LBS-zorgketen en richt zich op de subacute en chronische zorg voor LBS-patiënten. Patiënten worden in het ziekenhuis beoordeeld door een arts of er sprake is van LBS. Daarna worden ze opgenomen in op de VIN-afdeling bij Libra R&A te Tilburg. Deze nieuwe zorgketen van intensieve revalidatie in zowel revalidatiecentrum als verpleeghuizen is wereldwijd een uniek concept.

Samenwerken binnen en buiten de VRA

Anandi van Loon, revalidatiearts, Hand & Pols Centrum Amsterdam, Hand en Pols Centrum Den Haag

Samenwerken geeft mij energie, want werken zonder samenwerken, is voor mij geen werken! Ik werk in een ZBC voor hand/pols revalidatie en mag ook voorzitter zijn van de Werkgroep Hand en Pols Revalidatie (WHPR) van de VRA. Laatst was ik als enige revalidatiearts aanwezig bij een netwerkvond van de Werkgroep Hand en Pols van de NOV. Dat was geweldig inspirerend en een voorbeeld voor hoe het zou moeten: interdisciplinaire samenwerking tussen medisch specialisten rondom een voor hen belangrijk thema. Dat maakt dat ik onze WHPR de vraag zal stellen: wat willen wij als werkgroep bereiken? Hoe kunnen we dat zo goed mogelijk doen binnen VRA-verband, maar zeker ook buiten de VRA, richting andere (medisch) specialisten.

Vroege toelaatbare gewichtsbelasting in traumapatiënten met peri- en/of intra-articulaire fracturen van de onderste extremiteiten

In revalidatiecentrum Adelante zagen de behandelaars dat patiënten die geopereerd waren aan een intra-articulaire fractuur van de onderste extremiteiten veel gewichtsbelasting aankonden; de patiënten mochten zonder restricties gaan belasten. Dit in tegenstelling tot het advies van de chirurg, namelijk: niet belasten gedurende ten minste 6-12 weken. Door een samenwerking van de traumachirurgen van het MUMC+ en de revalidatieartsen van Adelante is het permissive weight bearing protocol ontworpen en wetenschappelijk onderbouwd.

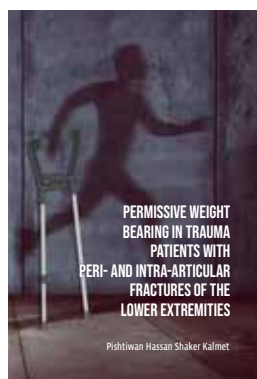
Het *permissive weight bearing* (toelaatbare gewichtsbelasting) protocol is ontworpen om als nieuw nabehandlingsprotocol te dienen, teneinde de nabehandeling te optimaliseren en versnellen van geopereerde traumapatiënten met fracturen rond of in het gewrichtsoppervlak (peri- en/of intra-articulaire fracturen) van de onderste extremiteiten. De huidige richtlijnen voor geopereerde traumapatiënten met peri- en/of intra-articulaire fracturen van de onderste extremiteiten zijn sinds 60 jaar ongewijzigd, namelijk *non- or restricted weight bearing* (onbelast mobiliseren) gedurende 6-12 weken. Bij aanvang van dit promotieonderzoek waren er weinig tot

geen studies die de huidige non-weight bearing protocollen onderbouwden. Daarnaast waren er weinig tot geen wetenschappelijke studies die *permissive weight bearing met non- or restricted weight bearing vergeleken*. Derhalve was er meer wetenschappelijk onderzoek nodig om het *permissive weight bearing* protocol te onderbouwen.

De doelstelling van dit proefschrift was om de dagelijkse activiteiten (ADL), kwaliteit van leven, pijn, postoperatieve complicaties en de kosten te vergelijken in een nieuw aangepast toelaatbare gewichtsbelasting protocol (*permissive weight bearing (PWB)*) versus de niet-belasten protocol (*restricted weight bearing (RWB)*) bij geopereerde traumapatiënten met breuken van de

onderste extremiteiten. PWB is effectief en kosteneffectief, het kan gebruikt worden als een nieuwe benadering in de nabehandeling van geopereerde traumapatiënten met breuken van de onderste extremiteiten. Met het PWB-protocol konden de patiënten veel sneller volledig de aangedane zijde belasten, met een betere ADL en kwaliteit van leven, dan de patiënten die het huidige RWB-protocol hebben gevolgd. Tussen de PWB- en RWB-protocollen waren geen significante verschillen gevonden in postoperatieve complicaties en pijn. Bovendien waren de totale kosten lager in de PWB-groep dan in de RWB-groep. De PWB-groep liet hogere effecten in ADL zien met lagere kosten ten opzichte van de RWB-groep. Daarom kan het PWB-protocol gezien worden als een veelbelovend nabehandlingsprotocol. Het PWB-protocol betwist het paradigma van het huidige RWB-protocol, dat al 60 jaar ongewijzigd is en als gouden standaard wordt gezien.

Het PWB-protocol is de nabehandeling van de toekomst voor geopereerde traumapatiënten met peri- en/of intra-articulaire fracturen van de onderste extremiteiten. Het is noodzakelijk dat er een wijziging in mindset optreedt van alle chirurgen en revalidatieartsen in Nederland en om vervolgens het PWB-protocol toe te passen. ←



Promovenda: P.H.S. (Pishitwan) Hassan Shaker Kalmet, aios orthopedie, Maxima Medisch centrum, Veldhoven

Datum promotie: 6 oktober 2022

Promotoren: prof. dr. P.R.G. (Peter) Brink, prof. dr. M. (Martijn) Poeze

Copromotor: dr. H.A.M. (Henk) Seelen



DR. P.H.S. (PISHTIWAN) HASSAN SHAKER KALMET



CORRESPONDENTIE

pishitwan.kalmet@nazl.nl

Het proefschrift is te downloaden via: <https://bit.ly/3Bizw4D>

Samenwerking en impliciet vertrouwen

VERTROUWEN KOMT TE VOET...

49 jaar geleden begon ik mijn medische loopbaan als huisarts in een middelgrote gemeente. Ik had een praktijk van 2.500 patiënten, in die tijd vrij klein; de meesten waren ziekenfonds verzekerd. Af en toe maakte je een afspraak met de medisch adviseur van het ziekenfonds, of hij met jou. We bespraken soms probleemgevallen, soms anekdotes, altijd met de neuzen dezelfde kant op. En dikwijls kwam aan het eind van het gesprek de borrel, meestal jonge klare, op tafel. Het gesprek verliep op basis van vol vertrouwen. En dit vertrouwen was impliciet!

Hoe anders was de sfeer een tiental jaren later. Ik begon toen te werken in een klein revalidatiecentrum dat naderhand is opgegaan in een groter geheel. Er bleek een onaangename relatie te bestaan met de lokale zorgverzekeraar. Maar gelukkig kon geleidelijk het vertrouwen hersteld worden na intensief maandelijks overleg - en soms vaker - van onze staf met de medisch adviseur. En jarenlang is dit vertrouwen niet geschaad.

Het zorglandschap veranderde; de grote zorgverzekeraars maakten steeds meer de dienst uit. Maar nog steeds kon op basis van vertrouwen lokaal worden samengewerkt, over contracten onderhandeld en contracten afgesloten.

Ondertussen verandert de cultuur. Een cultuur van wantrouwen. Van verzekerde zorg kan alleen maar sprake zijn als je je aan de regels houdt; regels op basis van wetenschappelijk onderbouwde behandelkaders, richtlijnen, protocollen en vooral, eenzijdig opgelegde verplichtingen. Weliswaar deels terecht maar deze cultuurverandering betekent wel het einde van het impliciete vertrouwen; vertrouwen dat je moet verdienen om aan te tonen dat medisch specialistische revalidatie op het juiste moment de meest passende zorg is. En er is sectorbreed een grimmige sfeer ontstaan, waar vooral de zelfstandige behandelcentra ernstige last van ondervinden. Van een aantal diagnosegroepen wordt door sommige grote verzekeraars het wetenschappelijk bewijs in twijfel getrokken of wordt een stepped care keurslijf opgedrongen. Alsof de verzekeraar bepaalt hoe ziek de patiënt is! Gelukkig is er weer wat lucht gekomen nu het Zorginstituut Nederland de chronische pijnrevalidatie onder voorwaarden als medisch specialistische revalidatie heeft bestempeld. Dit geldt nog niet voor bijvoorbeeld medische specialistische oncologische revalidatie. Hier zullen we nog krachtig aan moeten trekken!

Zal het ooit nog lukken het impliciet vertrouwen te herwinnen?

Nog geen tien jaar geleden overlegde ik met de medisch adviseur van zorgverzekeraar DSW, wijlen collega Dirk Pons, over het opzetten van een programma oncologische revalidatie - toen nog in de kinderschoenen - in ons ziekenhuis. Dat overleg vond in een prettige sfeer plaats op basis van impliciet onderling vertrouwen. DSW was bereid het project in opzet te financieren. Het kan dus wel: op basis van vertrouwen samenwerken met de zorgverzekeraar. Zorg er echter voor dat ze je kennen, investeer daarin! Maak bijvoorbeeld als jonge klare een kennismakingsafpraak met de medisch adviseur van de representerende zorgverzekeraar, liefst fysiek of anders telefonisch. De regels zullen er niet door veranderen, maar aan vertrouwen heb jij gewonnen!

*Ben Drentje,
revalidatiearts n.p.*

Rubriek 'In Perspectief'

In deze rubriek worden senior-revalidatieartsen uitgenodigd om een column te schrijven voor NTR. Hierin zetten zij onderwerpen vanuit een historische achtergrond in een actuele context. Deze keer een bijdrage van Ben Drentje, de initiator van deze rubriek.

Arbeidsrevalidatie na niet-aangeboren hersenletsel: overeenkomsten en verschillen tussen Nederland en Vlaanderen

Er is geen gouden standaard voor arbeidsrevalidatie (AR). Via een digitale vragenlijst inventariseren de auteurs de praktijkvariatie van AR in Nederland en Vlaanderen. In beide regio's krijgt arbeid een plek in revalidatie, waarbij de arbeidsvraag een belangrijk opstartcriterium is. Om de afstand tot werk te bepalen kijken zorgprofessionals naar (arbeids)vaardigheden en arbeidseisen. Via werktraining verkleinen ze de afstand tot werk. Opvallende verschillen situeren zich bij (externe) samenwerking, AR-protocol en re-integratiecoördinator. Dit artikel gaat in op de overeenkomsten en verschillen tussen Nederland en Vlaanderen.



K. (KATRIEN) VERMEULEN

Arbeidspsycholoog Revalidatiecentrum UZ Gent, Gent, België; gedeeld 1e auteur

T. (TESSA) DELIEN

Onderzoeker, Thomas More Hogeschool, Mobilab & Care, Geel, België; gedeeld 1e auteur

DR. J. (JUDITH) VAN VELZEN

Senior onderzoeker, Heliomare Research & Development, Wijk aan Zee, senior gastonderzoeker, Amsterdam UMC, Universiteit van Amsterdam, afdeling Public and Occupational Health, Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, Amsterdam Public Health Research Institute, Amsterdam, Nederland

DR. D. (DORIEN) VANDENBORRE

Lector-onderzoeker, Thomas More Hogeschool, Health & Care Challenges, Antwerpen, België



CORRESPONDENTIE

dorien.vandenborre@thomasmore.be

Arbeid is een belangrijk onderdeel van participatie.¹ Een niet-aangeboren hersenletsel (NAH) verkleint vaak de kans op arbeidsparticipatie.^{2,3} Arbeidsrevalidatie (AR) kan een positief effect hebben op de kans om (duurzaam) terug te keren naar werk. AR is een proces dat personen in staat stelt om drempels te overwinnen bij intrede, behoud of terugkeer naar eigen, aangepast of ander werk.³ Er is tot nu geen evidentie voor een gouden standaard voor AR na NAH.⁴

In 2017 is in het Nederlands Tijdschrift voor Revalidatiegeneeskunde- (NTR) een artikel gepubliceerd over praktijkvariatie in inhoud en organisatie van AR binnen de Nederlandse medisch specialistische revalidatie (MSR).⁵ Behalve dat het totale aantal instellingen als gevolg van fusies inmiddels mogelijk veranderd is, zijn er geen aanwijzingen dat de werkwijzen van de instellingen op het gebied van AR grote veranderingen doormaakten. Recent vond in Vlaanderen een onderzoek plaats gebaseerd op het Nederlandse onderzoek. Het doel van dit artikel is om de bevindingen van beide studies op het gebied van AR na NAH in Nederland en Vlaanderen te vergelijken.

METHODE

In 2015 zijn alle 120 Nederlandse zorginstellingen waar op dat moment MSR werd aangeboden, bevestigd. Iedere zorginstelling ontving één e-mail met link naar de digitale vragenlijst. Indien de vragenlijst na twee weken niet was ingevuld, werd een herinneringsmail gestuurd. In 2021 werden 257 zorgprofessionals (zoals revalidatieartsen, neurologen, ergotherapeuten, maatschappelijk werkers, (neuro)psychologen, fysiotherapeuten en logopedisten) van 94 Nederlandstalige zorginstellingen in Vlaanderen en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (BHG) bevestigd met een soortgelijke vragenlijst. Zes weken na het versturen van de vragenlijst werd de vragenlijst nogmaals verstuurd ter herinnering. Slechts één zorgprofessional uit BHG nam deel, daarom spreken we in wat volgt over 'Vlaanderen'.

In Nederland en Vlaanderen werden de zorgprofessionals gericht uitgenodigd om te participeren aan de studie via een e-mail met een link naar de digitale vragenlijst. De vragenlijst is ontworpen op basis van de kennis over AR van de auteurs, contacten met collega's van andere zorginstellingen en wetenschappelijke literatuur.

Vier domeinen werden bevraagd: 1) algemene informatie over zorginstelling/zorgprofessional; 2) aandacht besteden aan arbeid; 3) inhoud en 4) organisatie van AR.

De verzamelde data werden anoniem verwerkt en descriptief geanalyseerd. Per vraag is aangegeven hoeveel zorgprofessionals welke antwoorden gaven. In de Nederlandse bevraging komt het aantal zorgprofessionals overeen met het aantal zorginstellingen. Bij de Vlaamse bevraging werden meerdere zorgprofessionals per instelling benaderd. Hoewel het verzoek was om één vragenlijst per zorginstelling in te vullen, sluiten de auteurs niet uit dat meerdere zorgprofessionals uit eenzelfde zorginstelling deelnamen.

RESULTATEN

Respondenten

In Nederland vulden 55 zorgprofessionals de vragenlijst in (NL). In Vlaanderen reageerden 66 zorgprofessionals (VL), maar niet iedereen vulde de vragenlijst volledig in waardoor het aantal respondenten per vraag wisselt.

Aandacht besteden aan arbeid

In beide regio's wordt er aandacht besteed aan arbeid in het revalidatieproces voor personen met NAH. Meest aangegeven redenen om geen AR aan te bieden (NL) of geen aandacht aan arbeid te besteden (VL) zijn: onvoldoende capaciteit, onvoldoende financiën of uitgevoerd door derden. In Nederland bieden 34 van 55 zorgprofessionals AR na NAH aan, in Vlaanderen gaat het om 27 van 54. In beide regio's wordt AR hoofdzakelijk aangeboden tijdens poliklinische revalidatie. In beide regio's is de arbeidsvraag van de persoon met NAH het belangrijkste opstartcriterium. Het starten van begeleiding door jobcoach/werkprofessionals en het feit dat er geen begeleiding vanuit de revalidatie-instelling meer nodig is (NL) of de arbeidsgerichte behandeldoelen behaald zijn (VL), zijn belangrijke afrondcriteria. Een opvallend verschil tussen

Nederland en Vlaanderen ligt in het werken volgens een AR-protocol: 20 van 34 Nederlandse zorgprofessionals werken volgens een protocol, terwijl slechts 20 van 51 Vlaamse zorgprofessionals aangeven met een algemeen en/of NAH-specifiek protocol te werken. De meeste Vlaamse zorgprofessionals zijn bereid een NAH-specifiek AR-protocol te gebruiken indien dat beschikbaar is (33 van 43 geeft een score $\geq 6/10$).

Inhoud AR: assessment

Bij de start van AR zijn in beide regio's het bepalen van (arbeids)vaardigheden (28 van 34 NL; 33 van 36 VL) en het navragen van arbeidseisen (33 van 34 NL; 34 van 36 VL) belangrijke aspecten. Het vergelijken van de (arbeids-)vaardigheden en -eisen maakt het mogelijk de afstand tot werk te bepalen.

Inhoud AR: behandeling

Om de afstand tot werk te verkleinen, worden in beide regio's meestal arbeidsgerichte behandeldoelen geformuleerd en wordt werktraining (= oefenen van werkgerelateerde taken) binnen en/of buiten de zorginstelling ingezet (tabel 1). Voor de werktraining gebruiken de meeste respondenten generieke en/of (werk)specifieke *worksamples*.

Organisatie AR: intramurale samenwerking en coördinatie

AR wordt vaak multidisciplinair aangepakt. In beide regio's zijn ergotherapeut, (neuro-)psycholoog, revalidatiearts, maatschappelijk werker, fysiotherapeut, logopedist, verpleegkundige en/of re-integratiecoördinator betrokken. In Nederland wordt daarnaast ook arbeidsadvies, jobcoaching, cognitieve training, bewegingsagogie, klinisch-arbeidsdeskundigheid en arbeidsonderzoek genoemd. In Nederland geven 10 (van 34) respondenten aan dat er een re-integratiecoördinator is, in Vlaanderen 12 (van 49). De re-integratiecoördinator neemt regelmatig zelf deel aan patiëntenbesprekingen en/of teamvergaderingen (24 van 34 NL; 4 van 11 VL). In beide regio's zien we dat zowel één re-integratiecoördinator voor alle personen (met NAH) (6 van 34 NL; 6 van 11 VL) als een unieke re-integratiecoördinator per persoon met NAH actief is (17 van 34 NL; 5 van 11 VL). De coördinator besteedt een variabel aantal uren aan een AR-traject, variërend van < 8 tot > 16 uur, waarbij in Vlaanderen het gemiddeld aantal uren hoger lijkt te liggen dan in Nederland.

Organisatie AR: extramurale samenwerking

In beide regio's betrekken zorgprofessionals meestal externen (op verschillende momenten) bij het AR-traject. In Nederland

Tabel 1. Afstand tot werk verkleinen.

		Nederland (n=34)	Vlaanderen (n=49)
Behandelstellingen gericht op werk?	Ja	30	43
	Nee	4	6
Training gericht op werk?	Ja	28	36
	Nee	6	13
Indien geantwoord werktraining gegeven:		Nederland (n=28)	Vlaanderen (n=36)
Locatie werktraining*	In de zorginstelling	27	30 in AR-lokaal#
	Buiten de zorginstelling	16	17 op andere afdeling#
	Anders	1	15 op vroegere werkplek 10 op nieuwe werkplek
Worksamples gebruiken?	Ja	24	27
	Nee	4	9

#: AR-lokaal = therapielokaal voor arbeidsrevalidatie; andere afdeling = andere afdeling van de zorginstelling; *: meerdere antwoorden mogelijk per respondent.



Tabel 2. Extramurale samenwerking (meerdere antwoorden mogelijk per respondent).

	Nederland (n=34)	Vlaanderen (n=46)
Werkgever (of leidinggevende)	26	22
Bedrijfsarts	30	15
Collega(s) van de persoon met NAH	13	8
Partner of naaste	NVT*	30
Werkprofessional	NVT*	27
Adviserend arts ziekenfonds/ verzekeringsinstelling	NVT	22
Expert VDAB, dienst arbeidsbeperking	NVT	14
Vakbond	NVT	5
Anders	10	1
Geen	5	12

Legenda: NVT = niet van toepassing of geen antwoordmogelijkheid; NVT* = niet apart uitgevraagd maar als opmerking werd door een aantal deelnemers wel aangegeven dat deze persoon/instantie betrokken wordt; VDAB = Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Opleiding.

gaat het dan vooral om de werkgever en de bedrijfsarts, in Vlaanderen om de naaste(n) en de werkprofessional(s) (tabel 2).

In beide regio's wordt met relevante externen voornamelijk algemene en/of specifieke informatie gedeeld over de gevolgen van NAH voor werk, het verloop van de AR en de inhoud van de werktraining.

DISCUSSIE

Uit de resultaten blijkt dat arbeid in beide regio's vaak een plek in het revalidatietraject na NAH heeft en dat er meerdere **gelijkenissen** zijn. De meeste respondenten geven aan AR op te starten, veelal in de poliklinische fase, met de arbeidsvraag van de persoon met NAH als belangrijkste opstartcriterium. Bij het bepalen van de afstand tot werk worden de (arbeids)vaardigheden van de persoon met NAH en de arbeidseisen geïnventariseerd en vergeleken. Dit sluit aan bij bevindingen uit een recent systematisch literatuuroverzicht van AR na NAH waarin een assessment dat focust op de persoon, omgeving en taakhoud wordt benoemd als één van de essentiële processtappen.⁴ Om de afstand tot werk te verkleinen, zetten zorg-

professionals werktraining in. Ze betrekken meerdere interne zorgprofessionals en externe actoren bij AR. Verschillende studies bevestigen het belang hiervan.⁴ De Nederlandse richtlijn 'NAH en arbeidsparticipatie' en/of een overzichtsstudie naar effectieve terugkeer-naar-werk-interventies duiden veel van de door de vragenlijst bevroegde AR-stappen ook aan als belangrijke factoren.^{6,7}

Er zijn ook opvallende **verschillen** tussen beide regio's. Ten eerste wordt er in Nederland vaker gebruik gemaakt van een AR-protocol dan in Vlaanderen. Een protocol specificeert de fasen van het AR-traject waardoor er duidelijkheid ontstaat over de te volgen stappen en de werkwijze uniform verloopt. Dit komt niet alleen de begeleiding van personen met NAH ten goede, maar kan ook het vergelijken van (de resultaten van) AR tussen zorginstellingen en/of landen vergemakkelijken. Een tweede verschilpunt is de externe samenwerking. Hier bieden de verschillen in wetgevende kaders^{8,9,10,11} een mogelijke verklaring: de kaders bepalen mede welke externen betrokken moeten worden. Ten derde, in Nederland wordt iets vaker een re-integratiecoördinator ingezet. Vonck et al. tonen ook in Vlaanderen de meerwaarde aan van een re-integratiecoördinator voor zowel personen met handicap/chronische ziekte, interne zorgprofessionals als externe actoren.¹²

Een meerwaarde van dit onderzoek is dat het voor twee regio's in kaart brengt of er aandacht is voor arbeid in het revalidatietraject na NAH en op welke manier dit wordt vormgegeven. Het uitwisselen van kennis en ervaring tussen beide regio's is een waardevolle stap die ertoe kan leiden dat AR na NAH in Nederland en Vlaanderen kan verbeteren.

Een beperking is dat de auteurs voor de Vlaamse resultaten niet duidelijk kunnen berekenen hoeveel van de 94 zorginstellingen hebben deelgenomen. Daarnaast hebben niet alle Vlaamse zorgprofessionals de

vragenlijst (volledig) ingevuld. Verschillende Nederlandse zorginstellingen vulden ook geen vragenlijst in. Toekomstig onderzoek dient dan ook uit te wijzen of de gevonden resultaten representatief zijn voor alle Nederlandse en Vlaamse zorginstellingen. In de huidige studie werd bovendien niet meegenomen op welke manier in beide regio's begeleiding wordt geboden nadat de persoon met NAH het werk (gedeeltelijk) heeft hervat. Aan het werk blijven na arbeids(re-)integratie is algemeen een grote uitdaging voor personen met NAH, wat blijkt uit de hoge kans op vroegtijdige uitval.¹³ Duurzame terugkeer naar werk wordt opgevat als een continu en dynamisch proces dat opvolging en aanpassingen vraagt op verschillende levensdomeinen gedurende de werkloopbaan.¹³ Dit aspect van AR na NAH kan in vervolgonderzoek worden meegenomen, net als het bepalen van verantwoordelijkheden voor de zorg- en werksector in verschillende revalidatie-/re-integratiefasen. Tot slot is vervolgonderzoek aangewezen omwille van de herziene Nederlandse richtlijn 'NAH en arbeidsparticipatie' en de recente veranderingen in het Vlaamse/Belgische wetgevend kader voor arbeids(re-)integratie.^{6,10}

CONCLUSIE

Er zijn tussen Nederland en Vlaanderen gelijkenissen in de inhoud en organisatie van de AR na NAH, vooral wat betreft het bepalen en verkleinen van de afstand tot werk. De belangrijkste verschillen tussen beide regio's betreffen het gebruik van een AR-protocol, de samenwerking met externe actoren en het inzetten van een re-integratiecoördinator. Niettegenstaande deze verschillen is het hoopgevend dat revalidatiezorg na NAH in beide regio's aandacht heeft voor werk als onderdeel van het revalidatieproces.

DANKBETUIGING

Wij danken alle respondenten voor het invullen van de vragenlijst. ←

Abstract

Rationale: Work after an acquired brain injury (ABI) is an important participatory marker.

Aim: Vocational rehabilitation for people with ABI in the Netherlands and Flanders is compared in terms of content and organisation.

Method: A written questionnaire was offered to healthcare professionals of 120 Dutch and 94 Flemish healthcare institutions. The topics of the questionnaire were: 1) general information regarding healthcare institutions/professionals, 2) paying attention to work, 3,4) content and organisation of vocational rehabilitation. The data were analysed descriptively.

Results: 55 Dutch and 66 Flemish healthcare professionals participated in the study. Many healthcare institutions pay attention to work. Vocational rehabilitation mostly takes place during outpatient rehabilitation. In the Netherlands the use of a protocol is well spread whereas in Flanders this is less common. In both regions work competences and work requirements are identified and compared at start. During rehabilitation, work-oriented goals and work samples are used to augment the chance to return to work. Most healthcare institutions work in multidisciplinary teams. In the Netherlands healthcare professionals predominantly cooperate with the occupational physician and the employer, whereas in Flanders proxies and work professional(s) are more reported.

Conclusion: Both regions compile and align work competences and work requirements, disentangle work-oriented goals and offer work training in a mostly multidisciplinary context. While the use of a protocol is regular in the Netherlands, it is less spread in Flanders. Both regions cooperate with external stakeholders at several moments during the vocational rehabilitation process.

Keywords: vocational rehabilitation, acquired brain injury, work participation, return to work

Referenties

1. van Heughten C, Sillekens N, Metsemakers J, van den Akker M. Erken, herken en verwijfs de onzichtbare gevolgen van hersenletsel. *Huisarts en wetenschap* 2020;2:49-53.
2. van Velzen JM, van Bennekom CA, Edelaar MJ, Sluiter JK, Frings-Dresen MH. How many people return to work after acquired brain injury?: a systematic review. *Brain Inj* 2009;23:473-88. doi: 10.1080/02699050902970737.
3. Radford K, Sutton C, Sach T, et al. Early, specialist vocational rehabilitation to facilitate returns to work after traumatic brain injury: the FRESH feasibility RCT. *Health Technol Assess* 2018;22(33). doi: 10.3310/hta22330.
4. Murray A, Watter K, McLennan V, et al. Identifying models, processes and components of vocational rehabilitation following acquired brain injury: a systematic scoping review. *Disabil Rehabil* 2021;4:1-14. doi: 10.1080/09638288.2021.19806.
5. van Velzen JM, van Bennekom CAM, Frings-Dresen MHW. Arbeidsgerichte revalidatie na niet-aangeboren hersenletsel: aanbod en praktijkvariatie binnen de medisch specialistische revalidatiepraktijk. *Ned Tijdschr Revalidatiegeneeskde* 2017;39:149-155.
6. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA). Richtlijn NAH en arbeidsparticipatie. Utrecht, 2021. Beschikbaar via: www.richtlijndatabase.nl.
7. Donker-Cools BH, Daams JG, Wind H, Frings-Dresen MH. Effective return-to-work interventions after acquired brain injury: A systematic review. *Brain Inj* 2016;30:113-31. doi: 10.3109/02699052.2015.1090014.
8. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Wet verbetering poortwachter [Internet]. 's-Gravenhage: [Geciteerd op 10 november 2022]. Beschikbaar via: <https://www.arboportaal.nl/onderwerpen/wet-verbetering-poortwachter>.
9. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen [Internet]. 's-Gravenhage: [Geciteerd op 10 november 2022]. Beschikbaar via: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0019057/2018-11-23>.
10. Federale overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg. Re-integratie van arbeidsongeschikte werknemers [Internet]. [Geciteerd op 17 oktober 2022]. Beschikbaar via: <https://werk.belgie.be/nl/themas/welzijn-op-het-werk/het-gezondheidstoezicht-op-de-werknemers/re-integratie-van>.
11. Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV). Arbeidsongeschiktheid [Internet]. [Geciteerd op 9 mei 2022]. Beschikbaar via: <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/arbeidsongeschiktheid/Paginas/default.aspx>.
12. Vonck S, Spooren A, Michiels M, et al. Disability case manager: volwaardig lid van het revalidatieteam. Eindrapport onderzoeksteam Hogeschool PXL, VZW Jessa ziekenhuis, Noorderhart-Revalidatie, MS Centrum Overpelt in samenwerking met RIZIV; 2020.
13. Karcz K, Trezzini B, Escorpizo R, Schwegler U, Finger M. Factors associated with sustaining work after an acquired brain injury: a scoping review. *Disabil Rehabil* 2021; 30:1-21. doi: 10.1080/09638288.2021.1960439.

LANGDURIGE BEWUSTZIJNSSTOORNISSEN: ONDERZOEKSPROTOCOL VAN DE KORTE- EN LANGETERMIJNUITKOMSTEN VAN BEHANDELING EN ORGANISATIE VAN ZORG

Intensieve neurorevalidatie bij patiënten met een langdurige bewustzijnsstoornis

Intensieve neurorevalidatie voor langdurige bewustzijnsstoornissen (LBS) is pas sinds 2019 in Nederland beschikbaar voor patiënten ouder dan 25 jaar. In dit artikel beschrijven we het protocol van een cohortstudie naar de korte- en langetermijnuitskomsten van patiënten met LBS die intensieve neurorevalidatie hebben gevolgd.



DRS. D.M.F. (DANIËLLE) DRIESSEN

Revalidatiearts, Libra Revalidatie & Audiologie, Tilburg; promovendus, Erasmus MC, Rotterdam; gedeeld 1e auteur

DRS. M. (MANJU) SHARMA-VIRK

Specialist ouderengeneeskunde, PZC Dordrecht, Dordrecht; promovendus, Radboudumc, Nijmegen; gedeeld 1e auteur

DR. W.S. (WILLEMIJN) VAN ERP

Post-doctoraal onderzoeker en specialist ouderengeneeskunde, afdeling eerstelijngeneeskunde Radboudumc, Nijmegen, Accolade Zorg, Bosch en Duin en Libra, Revalidatie & Audiologie, Tilburg

DR. M.H. (MAJANKA) HEIJENBROK-KAL

Universitair docent en klinisch epidemioloog, afdeling Revalidatiegeneeskunde, Erasmus MC, Rotterdam

PROF. DR. R.T.C.M. (RAYMOND) KOOPMANS

Radboudumc en stichting De Waalboog, Nijmegen

DR. J.C.M. (JAN) LAVRIJSEN

Senior onderzoeker, Radboudumc en EENnacoma, Nijmegen

PROF. DR. G.M. (GERARD) RIBBERS

Revalidatiearts, Erasmus MC, Rotterdam

DR. C. (CECILE) UTENS

Wetenschappelijk medewerker, Libra Revalidatie & Audiologie, Tilburg



CORRESPONDENTIE

DOCTOR-studie
d.driessen@libranet.nl

TOPDOC-studie
manju.virk@radboudumc.nl

De overlevingskans na een verworven hersenletsel is door de verbeterde acute zorg in de afgelopen decennia aanzienlijk vergroot, met als gevolg een toegenomen aantal patiënten met een langdurige bewustzijnsstoornis (LBS). LBS wordt onderverdeeld in niet-responsief waaksyndroom (NWS) en minimaal bewuste toestand (MCS, staat voor *minimally conscious state*), waarbij patiënten respectievelijk geen of minimale en inconsistente tekenen van bewustzijn van zichzelf of hun omgeving laten zien. Deze condities kunnen tijdelijk zijn, waarbij patiënten verbeteren van NWS naar MCS en eventueel naar volledig bewustzijn. Ook kunnen patiënten in een chronische LBS blijven voor de rest van hun leven. Voor de beste neurologische en functionele uitkomsten bij LBS-patiënten wordt intensieve neurorevalidatie aanbevolen met drie hoofddoelen: 1) Systematisch onder-

zoeken en monitoren van het niveau van bewustzijn en behandeling gericht op herstel van bewustzijn en bevorderen van het functioneel niveau. 2) Het leveren van basis medische zorg inclusief opsporen en behandelen van secundaire medische complicaties zoals hydrocephalus, epilepsie etc. 3) Psycho-educatie en ondersteuning van naasten.¹

De zorg voor LBS-patiënten en hun naasten wordt gecompliceerd door uitdagingen op diagnostisch, prognostisch, therapeutisch en ethisch gebied die onlosmakelijk met de aandoening verbonden zijn. Dikwijls wordt LBS geassocieerd met een 'slechte uitkomst' en worden families geconfronteerd met gevoelens van verdriet, hoop en verlies. De lage prevalentie van LBS in de totale populatie, maakt het lastig voor klinici om diagnostische en therapeutische expertise te verkrijgen. Zo is er een misdiagnosepercentage van het bewustzijnsniveau (NWS versus MCS) van ruim 40%.² Betrouwbare voorspellers van uitkomsten op de lange termijn ontbreken, waardoor triage om in een vroeg stadium patiënten te identificeren die van intensieve neurorevalidatie kunnen profiteren, moeilijk is. Onderzoek laat zien dat in 70% van de gevallen een besluit tot staken van levensverlengende behandeling binnen 72 uur na het hersenletsel wordt genomen. Echter, significant neurologisch en functioneel herstel kan tot twee

Kader. *Verschillende niveaus van bewustzijn.*

Coma	NWS Niet-responsief waaksyndroom	MCS Minimaal bewuste toestand	Volledig Bewust
Ogen gesloten	Intact slaap/waakritme Zelfstandige basale functies	Ogen open en intact slaap/ waakritme	Functioneel communicatie en accuraat Ja/Nee antwoorden op 6 van de 6 verschillende vragen tijdens 2 opeenvolgende evaluaties
Verstoorde basale functies met noodzaak tot onder- steuning (beademing)	Alleen reflexmatig respons op externe prikkels	Minimaal 1 van volgende tekenen van bewustzijn: Volgen/fixeren met ogen, emotionele reacties (lachen/ huiten), wisselend uitvoeren van eenvoudig opdrachten en reiken naar voorwerpen, Ja/Nee antwoorden (ongeacht accuratesse), begrijpelijk verbalisatie	OF Functioneel gebruik van minimaal 2 verschillende voorwerpen (bijv: kam, beker) op 2 opeenvolgende evaluaties
Soms reacties pijnprikkels (abnormaal strek- en buigrespons)	Incontinent voor urine en ontlasting		

Tabel 1. *In- en exclusiecriteria van DOCTOR studie.*

Inclusie criteria
Leeftijd \geq 16 jaar
LBS (NWS of MCS) duur $>$ 4 weken en $<$ 6 maanden bij opname VIN
Nieuw verkregen, niet-progressief hersenletsel
Medisch stabiel
Exclusie criteria
Progressief of niet-progressief hersenletsel in de voorgeschiedenis
Niet-instelbare epilepsie

jaar post-letsel optreden.^{3,4} Levensinde-
beslissingen blijven echter een onver-
mijdbaar onderdeel van passende zorg
bij LBS. Naast het ontbreken van betrou-
bare prognostische modellen is de
afwezigheid van een wilsverklaring,
waardoor het vaak onbekend is wat een
'betekenisvol herstel' voor de patiënt in
kwestie inhoudt, complicerend in de
besluitvorming.

Al deze uitdagingen kunnen leiden tot
suboptimale zorg voor LBS-patiënten en
hun families.⁵ In Nederland werd Vroege
Intensieve Neurorevalidatie (VIN) tot 2019
alleen vergoed voor LBS-patiënten tot 25
jaar. Tegen het advies in van het Zorg-
instituut Nederland hebben enkele grote
zorgverzekeraars in 2019 besloten deze
behandeling voor volwassenen ouder dan
25 te vergoeden onder de voorwaarde van
een effectrapportage via een cohortstudie.
Ongeveer tegelijk met het beschikbaar
stellen van de VIN voor volwassenen werd
vanuit het 'Expertisenetwerk Ernstig
Niet-aangeboren hersenletsel na coma'
(EENnacom: <https://www.eennacom.net/>)
de ketenzorg voor LBS-patiënten ontwikkeld,
waarbij niet alleen in de subacute fase
maar ook in de chronische fase gespeciali-
seerde multidisciplinaire zorg geboden
wordt, de zogenaamde Langdurige
Intensieve Neurorevalidatie (LIN).

VIN is gecentraliseerd in één revalidatie-
centrum vanwege de lage prevalentie van
LBS en de aanwezige expertise in Libra,

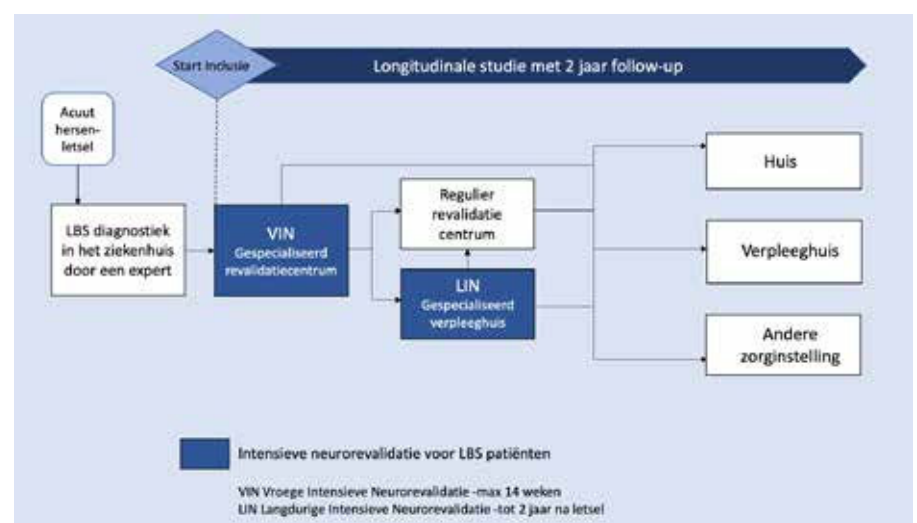
Revalidatie & Audiologie te Tilburg. Deze
centralisatie in combinatie met de nieuwe
LBS-zorgketen biedt een unieke gelegen-
heid om de uitkomsten van alle LBS-
patiënten in Nederland te onderzoeken.
In dit artikel wordt de DOCTOR-studie⁶
(*Disorders Of Consciousness, Treatment and
Outcomes Registry*) besproken. In deze
studie worden de korte- en langetermijn-
uitkomsten van patiënten met LBS
systematisch onderzocht.

METHODE

De DOCTOR-studie is een prospectieve
cohortstudie met twee jaar follow-up. Alle
LBS-patiënten die worden opgenomen op
de VIN-afdeling bij Libra, Revalidatie &
Audiologie te Tilburg, zijn mogelijke
kandidaten. Wanneer een patiënt voldoet
aan de in- en exclusiecriteria (tabel 1),

wordt via de wettelijke vertegenwoordiger
toestemming gevraagd voor deelname aan
het onderzoek. Inclusie vindt plaats in de
periode van 1-4-2019 tot 1-4-2023. In deze
periode verwachten we ten minste 72
patiënten te kunnen includeren, gebaseerd
op het voorspelde aantal opnames per jaar
en rekening houdend met non-participatie.
De instroom van patiënten gaat boven
verwachting, per 1-12-2022 zijn 120 patiën-
ten geïncludeerd.

Er zijn in het onderzoek acht meet-
momenten, namelijk bij opname, in week
5, 10 en bij ontslag van de VIN-behandeling
(opnameduur is maximaal 14 weken),
verder in week 28, 40, 52 en 104 na
opname bij de VIN waarbij patiënten
gevolgd worden in de zorgketen (figuur 1).
De belangrijkste uitkomstmaten zijn:
herstel van het bewustzijn; mortaliteit;

**Figuur 1.** *LBS zorgketen.*

incidentie en type van complicaties; pijn; uitkomstmaten op motorisch, cognitief, gedragsmatig en emotioneel gebied; participatie en kwaliteit van leven. Tevens worden de belastbaarheid en zelf-effectiviteit van de naaste en kosteneffectiviteit van de behandeling onderzocht. De verschillende metingen die worden verricht, staan in tabel 2. Tabel 3 laat zien wanneer welke data worden verzameld.

Het onderzoek is als niet-WMO-plichtig beoordeeld door de Medisch Ethische Toetsingscommissie van Erasmus MC (DOCTOR: MEC-2019-0127).

Vroege Intensieve Neurorevalidatie (VIN) en de LBS-zorgketen

De VIN is een medisch specialistisch revalidatieprogramma en duurt maximaal 14 weken (korter wanneer herstel van bewustzijn eerder optreedt). Alle patiënten in LBS komen in aanmerking, ongeacht leeftijd, waarbij de patiënt in staat moet zijn het zeer intensieve programma te volgen (premorbid ADL zelfstandig en een actieve daginvulling). In dit programma wordt intensieve verpleegkundige en medische zorg geleverd om de somatische toestand te optimaliseren en om secundaire complicaties te voorkomen. Daarnaast vindt interdisciplinaire revalidatie plaats gericht op herstel van bewustzijn, functionele communicatie en houdings- en motorische mogelijkheden. Gedurende de behandeling wordt continu het niveau van bewustzijn gemonitord middels gestandaardiseerde meetinstrumenten (*Coma Recovery Scale revised (CRS-R⁷)* en *Post Acute Level Of Consciousness-scale revised (PALOC-sr⁸)*). Verder vindt intensieve begeleiding van familie plaats ten aanzien van verwerking, psycho-educatie en indien nodig praktijktraining ten aanzien van ADL-handelingen bij patiënt.

VIN is een onderdeel van de geïntegreerde LBS-zorgketen (figuur 1). De LBS-zorgketen is ontwikkeld vanuit het academisch expertise netwerk EENnacoma, en richt

Tabel 2. *Metingen DOCTOR studie.*

Patiënt karakteristieken	
Demografische factoren	leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, leefsituatie en werk status voor en na het hersenletsel, burgerlijke staat
Klinische karakteristieken	oorzaak hersenletsel, ernst van het hersenletsel, dagen post-letsel bij opname VIN, verwijnsinstelling, opname duur IC en verpleeghuis voor opname VIN, medische voorgeschiedenis, complicaties, medicijngebruik, aanwezigheid tracheacanule
Details van zorgketen	opname duur VIN instelling en vervolginstelling, uiteindelijke ontslagbestemming
Niveau van bewustzijn	
Coma Recovery Scale-Revised CRS-R	observatie schaal met 6 hiërarchische subschalen (visueel, auditief, motorische, oromotorisch/verbaal, communicatie en arousal) om het niveau van bewustzijn te bepalen
Pijn/discomfort	
Noiception Coma Scale NCS	observatie schaal met 4 subschalen die motorische, verbale, visuele en gezichts reacties op pijn registreert
Niveau van functioneren	
Disability Rating Scale DRS	8-items (op 3-5 punt schaal) die lichaamsfuncties, activiteit en participatie meet. Totaal score geeft range aan van NWS tot volledige participatie
Funcional Independence Measure FIM	18 items op motorisch en cognitief gebied. Meet de mate van zelfstandigheid in zelfzorg, transfers, mobiliteit, communicatie en cognitie.
Participatie	
Community Integation Questionnaire CIQ	15-item vragenlijst, meet participatie in 3 domeinen: huishouden, sociale interacties en maatschappelijk functioneren (werk,hobby's etc)
Kwaliteit van leven	
EQ-5D-5L	kwaliteit van leven gemeten op 5 gezondheidsniveau's: mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn/ongemak en angst/depressie
Quality of Life in Brain Injury QOLIBRI	vragenlijst met 37 items over 6 dimensies van ziekte specifieke gezondheids gerelateerd kwaliteit van leven
Cognitief, gedragsmatig en emotioneel functioneren	
Hospital anxiety and depression scale HADS	vragenlijst met 7 items over angst en depressie
The Montreal Cognitive Assesment MoCA	beknopt screeningsinstrument voor meten van cognitieve achteruitgang op 8 domeinen: executief, visuospatieel, aandacht, concentratie, werktempo, taal, geheugen en oriëntatie
Neuropsychiatric Inventory NPI	Interview betreft 12 domeinen van neuropsychiatrische symptomen, meet frequentie, ernst en belasting van elk symptoom
Naaste/familie	
Caregiver Strain Index CSI	vragenlijst met 13 items, meet de impact van de zorgverlening op de naaste
General Self-efficacy Scale GSES	vragenlijst met 10 items op 4-punts schaal, meet hoe naaste omgaat met stressoren/moeilijke situaties in het leven
Kosten-effectiviteit	
Treatment Inventory Cost in Psychiatric patients TIC-P	vragenlijst welke data verzamelt over gezondheidszorg gebruik vanuit zowel medisch als sociaal perspectief gedurende follow-up

zich op de subacute en chronische zorg voor LBS-patiënten. In het ziekenhuis wordt de patiënt beoordeeld op de LBS door een arts waarna opname volgt op de VIN afdeling bij Libra, Revalidatie & Audiologie te Tilburg. Patiënten worden na de gespecialiseerde revalidatie, afhankelijk van hun neurologische en functionele uitkomsten, ontslagen naar de reguliere revalidatie, verblijfszorg of palliatieve zorg.

Patiënten die niet herstellen tot volledig bewustzijn tijdens de VIN, komen in aanmerking voor de Langdurige Intensieve Neurorevalidatie (LIN) in een van de vier gespecialiseerde verpleeghuizen die net als Libra Revalidatie & Audiologie deel uitmaken van EENnacoma. Hier wordt de behandeling voortgezet in een lagere behandel frequentie tot maximaal twee jaar post-letsel. In sommige gevallen

Tabel 3. Schema metingen DOCTOR studie.

	CRS-R	NCS	Compl	DRS	FIM	EQ-5D	QoL-bri	HADS	MoCA	CIQ	TIC-P	NPI	CSI	GSES
T0 start VIN	+	+	+	+	+	+							+	+
T1 week 5	+	+	+	+	+	+								
T2 week 10	+	+	+	+	+	+								
T3 Ontslag VIN	+	+	+	+	+	+							+	+
Follow up: wanneer patiënt in LBS is														
T4 week 28	+	+	+	+	+	+					+	+	+	+
T5 week 40	+	+	+	+	+	+					+	+	+	+
T6 week 52	+	+	+	+	+	+					+	+	+	+
T7 week 104	+	+	+	+	+	+					+	+	+	+
Follow up: wanneer patiënt bij bewustzijn is														
T4 week 28			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
T5 week 40			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
T6 week 52			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
T7 week 104			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

wordt, op grond van uitblijven van betekenisvol herstel of vanwege opeenvolgende somatische complicaties, besloten de levensverlengende behandeling te staken. Zowel de VIN als de LIN voldoen aan de internationale behandelrichtlijnen voor patiënten met LBS.¹⁹

Statistische analyses

De proporties van patiënten die herstellen van NWS naar MCS en naar volledig bewustzijn, gebaseerd op de CRS-R, worden berekend gedurende de VIN en tijdens follow-up. Het wel/niet bereiken van bewustzijn en het niveau van functioneren over de lange termijn (uitkomsten als participatie, kwaliteit van leven, en cognitief-, gedragsmatig en emotioneel functioneren) worden geanalyseerd middels multivariabele logistische en lineaire regressieanalyses met herhaalde metingen, rekening houdend met correlaties binnen proefpersonen. Het effect van het meetmoment en van patiënt- en klinische karakteristieken (zoals etiologie, leeftijd, geslacht, bewustzijnsniveau bij opname VIN en complicaties) op het bereiken van bewustzijn en niveau van functioneren, worden onderzocht door deze als voorspellers op te nemen in de multivariabele regressiemodellen.

Project: Meten in de Keten

De DOCTOR-studie is onderdeel van onderzoeksproject Meten in de Keten, gesubsidieerd door de Hersenstichting. Dit project is een samenwerkingsverband van ErasmusMC, Radboudumc en EENnacoma en behelst twee promotie-onderzoeken: de DOCTOR-studie⁶ en de TOPDOC-studie¹⁰ (*True Outcomes of Prolonged Disorder Of Consciousness*). De TOPDOC-studie gebruikt met name kwalitatieve onderzoeksmethoden en heeft tot doel inzicht te verkrijgen in het proces van behandelbeslissingen, ethische dilemma's, de kwaliteit van uitkomsten vanuit perspectief van patiënt en hun naasten en kwaliteit van sterven in LBS. Ook worden in TOPDOC zorgverleners uit de gespecialiseerde centra geïnterviewd over hun ervaringen met het bieden van zorg aan LBS-patiënten.

DISCUSSIE/CONCLUSIE

Na decennia van suboptimale behandeling en gefragmenteerde expertise van LBS in Nederland, biedt de nieuwe landelijke, academisch ingebedde keten voor LBS-zorg een uitgelezen kans om de kennislacunes te onderzoeken. Gecentraliseerde intensieve neurorevalidatie met als doel herstel van bewustzijn, is nu beschikbaar voor alle LBS-patiënten in Nederland,

ongeacht hun leeftijd.

De DOCTOR-studie, samen met de TOPDOC-studie, zal verschillende aspecten van LBS-zorg in deze context onderzoeken. Epidemiologische gegevens en kwantitatieve uitkomsten van LBS revalidatie, zoals (functionele) uitkomsten op korte- en lange termijn en prognostische factoren van herstel worden verkregen bij het DOCTOR-onderzoek. Het TOPDOC-onderzoek aan de andere kant, gaat middels kwalitatieve methoden in op wat de LBS en behandeling ervan betekent voor een patiënt en diens familie en vergroot de kennis over het proces van levenseindebeslissingen en kwaliteit van sterven in LBS. Verder is de nieuwe zorgketen van intensieve neurorevalidatie voor LBS-patiënten in zowel een revalidatiecentrum als verpleeghuizen tot twee jaar post-letsel, wereldwijd een uniek concept.

Met de uitkomsten van deze twee verweven onderzoeken, kan de bestaande intensieve neurorevalidatie en de LBS-zorgketen verder geoptimaliseerd worden, zowel voor patiënten, hun families als de zorgprofessionals.

FINANCIERING

Het project 'Meten in de keten' (de DOCTOR en TOPDOC-studie samen) wordt gefinancierd door de Hersenstichting (DR-2019-00334). ←

Laatste update DOCTOR onderzoek:

- > 90% van de patiënten die in aanmerking komen voor het onderzoek, doen mee
- Inmiddels > 100 patiënten geïncludeerd
- Gemiddelde leeftijd van patiënten is 39 jaar, 75% is jonger dan 50 jaar.
- Oorzaak hersenletsel is bij 60% traumatisch, 40% niet-traumatisch (waarvan de helft hypoxische encephalopathie na reanimatie)
- Eind 2024 verwachten we de resultaten te kunnen tonen

Summary

Prolonged disorders of consciousness (PDOC) are a group of rare and complex conditions that may occur after acquired brain injury. The care for patients with PDOC is challenging. For the best outcome, intensive neurorehabilitation is recommended. Since 2019 intensive neurorehabilitation is available for patients with PDOC of all ages in the Netherlands in an integrated chain of care of medical rehabilitation and skilled nursing care.

In this article, we present the research protocol of the DOCTOR study, which aims to provide insight into the recovery patterns and prognostic factors of multiple outcomes of patients with PDOC receiving intensive neurorehabilitation. The TOPDOC-study is an add-on study on ethical issues such as quality of life, quality of dying, and end-of-life decisions in the same population of patients with PDOC. Together, these outcomes can further optimize the existing intensive neurorehabilitation and PDOC care chain for patients, their families and healthcare professionals.

Keywords: Disorders of consciousness, Brain injury, Outcomes, Neurorehabilitation, End-of-life decisions.

Referenties

1. Giacino JT, Katz DI, Schiff ND, et al. Practice Guideline Update Recommendations Summary: Disorders of Consciousness: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology; the American Congress of Rehabilitation Medicine; and the National Institute on Disability, Independent Living, and Rehabilitation Research. *Arch Phys Med Rehabil* 2018;99(9):1699-709. doi: 10.1016/j.apmr.2018.07.001 [published Online First: 2018/08/14].
2. van Erp WS, Lavrijsen JCM, Vos PE, et al. The Vegetative State: Prevalence, Misdiagnosis, and Treatment Limitations. *Journal of the American Medical Directors Association* 2015;16(1):85.e9-85.e14. doi: 10.1016/j.jamda.2014.10.014.
3. Turgeon AF, Lauzier F, Simard JF, et al. Mortality associated with withdrawal of life-sustaining therapy for patients with severe traumatic brain injury: a Canadian multicentre cohort study. *Cmaj* 2011;183(14):1581-8. doi: 10.1503/cmaj.101786 [published Online First: 2011/08/31].
4. Giacino JT, Katz DI, Schiff ND, et al. Comprehensive Systematic Review Update Summary: Disorders of Consciousness. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2018;99(9):1710-19. doi: 10.1016/j.apmr.2018.07.002.
5. van Erp WS, Lavrijsen JCM, Vos PE, et al. Unresponsive wakefulness syndrome: Outcomes from a vicious circle. *Ann Neurol* 2020;87(1):12-18. doi: 10.1002/ana.25624 [published Online First: 2019/11/02].
6. Driessen DMF, Utens CMA, Ribbers GM, et al. Outcome registry of early intensive neurorehabilitation in patients with disorders of consciousness: study protocol of a prospective cohort study. *BMC Neurol* 2021;21(1):69. doi: 10.1186/s12883-021-02099-7 [published Online First: 2021/02/14].
7. Giacino JT, Kalmar K, Whyte J. The JFK Coma Recovery Scale-Revised: measurement characteristics and diagnostic utility. *Arch Phys Med Rehabil* 2004;85(12):2020-9. doi: 10.1016/j.apmr.2004.02.033 [published Online First: 2004/12/18].
8. Eilander HJ, van Erp W, Driessen DMF, Overbeek BUH, Lavrijsen JCM, Post-Acute Level Of Consciousness scale revised (PALOC-sr): adaptation of a scale for classifying the level of consciousness in patients with a prolonged disorder of consciousness. *Brain Impairment* 2022(7):1-6.
9. Giacino JT, Whyte J, Nakase-Richardson R, et al. Minimum Competency Recommendations for Programs That Provide Rehabilitation Services for Persons With Disorders of Consciousness: A Position Statement of the American Congress of Rehabilitation Medicine and the National Institute on Disability, Independent Living and Rehabilitation Research Traumatic Brain Injury Model Systems. *Arch Phys Med Rehabil* 2020;101(6):1072-89. doi: 10.1016/j.apmr.2020.01.013 [published Online First: 2020/02/23].
10. Sharma-Virk M, van Erp WS, Lavrijsen JCM, et al. Intensive neurorehabilitation for patients with prolonged disorders of consciousness: protocol of a mixed-methods study focusing on outcomes, ethics and impact. *BMC Neurol* 2021;21(1):133. doi: 10.1186/s12883-021-02158-z [published Online First: 2021/03/24].

Revalidatie voor volwassenen



DRS. N. (NIKKI) VAN DER VELDT

Arts in opleiding tot revalidatiearts, OOR VUmc

De afgelopen vier jaar heeft de eerste druk van dit boek het grootste deel van zijn leven doorgebracht op, jawel, mijn nachtkastje. Om tijdens de kennisgeving met een nieuw ziektebeeld of voorafgaand aan een cursus weer eens opengeslagen te worden. Het eerste wat dan ook gelijk opvalt aan deze tweede versie van het boek *Revalidatie voor volwassenen*, is dat het boek groter en zwaarder is. Het past nog net op mijn nachtkastje. De indeling is conform de eerste druk uit 2014, maar dan in een nieuw jasje en de opmaak oogt overzichtelijker.

Deel 1 is een algemene introductie in de revalidatie over het ICF-model en sturing van houding en beweging. Verplichte kost voor de beginnende a(n)iossen revalidatiegeneeskunde.

Deel 2 gaat in op de meest voorkomende diagnosegroepen binnen de revalidatiegeneeskunde, met afsluitend de bijzondere vormen van revalidatie. Onder de bijzondere vormen worden verstaan hartrevalidatie, oncologie, longrevalidatie, diabetesrevalidatie en geriatrische revalidatie. Als je er zo over nadent is het bijzonder dat dit bijzonder wordt genoemd, aangezien in dit boek naar voren komt dat ook binnen deze patiëntgroepen een revalidatietraject van enorme meerwaarde kan zijn, mits goed in kaart gebracht middels het ICF-model. Hierbij staat centraal: dichtbij in de eerste lijn als het kan, gespecialiseerde revalidatiezorg onder leiding van een revalidatiearts als het moet. Individuele afwegingen en de samenwerking met de eerstelijns en tweedelijns behandelaren binnen netwerkzorg zijn hierbij essentieel.

Ten slotte gaat deel 3, de capita selecta, dieper in op onderdelen van de revalidatiegeneeskunde die niet diagnosegebonden zijn. Dit zijn zeer uiteenlopende onderwerpen met onder andere gangbeeldanalyse, neurofysiologisch onderzoek, actieve leefstijl, seksualiteit, spasticiteit, revalidatiehulpmiddelen en nieuwe ontwikkelingen in de revalidatie. Vergeleken met de 1e druk, zijn er enkele hoofdstukken toegevoegd over patiëntbetrokkenheid, PICS (geïllustreerd aan de hand van COVID-19) en arbeidsgerichte revalidatie.

Elk hoofdstuk geeft een mooie, overzichtelijke uiteenzetting per onderwerp. Al bladerend door de hoofdstukken is er veel



Revalidatie voor volwassenen

Redacteurs: J.H.B. Geertzen, J.S. Rietman, G.G. Vanderstraeten, R.J. Berduszek, K. Oostra, B. Fard

Uitgeverij: Koninklijke Van Gorcum

Druk: 2^{de} druk

Release: 11 april 2022

Pagina's: 752

ISBN: 9789023258889

herkenning van theorie vanuit de basiscursussen. Dat maakt dit boek een mooi naslagwerk. Het is de auteurs echt gelukt om alle onderwerpen mee te nemen die je tegenkomt binnen de volwassenenrevalidatie. De keerzijde hiervan is dat de inhoudelijke diepgang soms ontbreekt waardoor vaak nog een ander boek, richtlijnen, Uptodate of Pubmed geraadpleegd dient te worden.

Eén van de leerdoelen tijdens mijn huidige differentiatiestage neuromusculaire ziekten is om meer inzicht te krijgen in de interpretatie van het elektromyografisch onderzoek (EMG), zodoende kijk ik mee met de neuroloog/klinisch neurofysioloog. Met het hoofdstuk over de basisprincipes van het EMG-onderzoek kan ik mijn kennis mooi opfrissen. Al bladerend valt ook mijn oog op het hoofdstuk 'Orthesen', in deze stage voor mij een actueel thema. Knap hoe dit kort en bondig is samengevat; de verschillende typen orthesen worden inzichtelijk beschreven en gekoppeld aan de soorten pases en de hiermee gepaard gaande compensatiestrategieën. Complexe materie in een notendop en toch overzichtelijk. Het valt overigens op dat dit bij elk onderwerp goed is gelukt. In de voorbereiding van de poli voor morgen ga ik op zoek naar informatie over multipele systeem atrofie (MSA) en myositis. Voor deze patiënten kan ik helaas geen ziektespecifieke informatie vinden. Voor verdere diepgang zijn additionele informatiebronnen toch onontbeerlijk.

Kortom, in mijn ogen een mooi, overzichtelijk en compleet boek. De gehele basis van de revalidatiegeneeskunde voor volwassenen is terug te vinden, waardoor het perfect dient als naslagwerk en ter introductie aan beginnende collegae. Wat mij betreft verplichte kost voor elke revalidatiearts in opleiding. ←

De patiënt met het 'verkeerde tentbed'

In de zorg voor patiënten met niet-aangeboren hersenletsel is soms de inzet van vrijheidsbeperkende interventies nodig. Het streven is om alleen indien echt noodzakelijk interventies in te zetten, waarbij de minst ingrijpende maatregel die mogelijk is wordt toegepast. Dergelijke interventies kunnen gevolgen hebben voor het vinden van een passende revalidatieplek voor patiënten.



DRS. L.M.M. (LINDA) BEUN-VAN DER SCHRIEK

Arts in opleiding tot revalidatiearts, OOR Utrecht

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

Revalidatiearts-onderzoeker, UMC Utrecht

DR. E.T. (ESTHER) KRUITWAGEN-VAN REENEN

Revalidatiearts-onderzoeker, UMC Utrecht

W.G. (WILMA) BIJSTERBOSCH MA

Programmamanager Ziekenhuis Verplaatste Zorg; hoofd
Bureau Zorgbemiddeling UMC Utrecht en Medisch
Regie Centrum UMC Utrecht



CORRESPONDENTIE

l.v.d.schriek@dehoogstraat.nl

In het najaar van 2021 werd patiënte H opgenomen in het ziekenhuis, een 52-jarige vrouw met een basilaristoptrombose met multiële infarcten (thalamus beiderzijds, pons links, rechts cerebellair en rechts occipitaal). Zij werkte fulltime als schoonmaakster en was mantelzorger voor haar invalide partner. Op het moment dat patiënte de uitvalsverschijnselen kreeg, was haar partner opgenomen in het ziekenhuis. Hierdoor was er een delay in tijd van presentatie in het ziekenhuis en waren er geen neurologische interventiemogelijkheden meer. De revalidatiegeneeskunde werd geconsulteerd voor het starten van de revalidatie in het ziekenhuis en het organiseren van het natraject. Wat ik toen nog niet wist, was dat dit meerdere maanden ging duren.

EERSTE BEOORDELING

Bij de eerste beoordeling trof ik een motorisch onrustige patiënte aan die in haar rolstoel zat met bokshandschoenen aan en alsnog daarmee probeerde haar neusmaagsonde eruit te trekken. Ze gaf geen verbale reacties en er was een divergente oogstand met een ptosis links. Zij kon enkele eenvoudige opdrachten uitvoeren, maar na enkele minuten nam de alertheid af en voerde patiënte geen opdrachten meer uit. Enkele dagen later was er enige verbetering te zien, maar nog steeds was er een beperkte aandacht, hemiparese rechts, ataxie beiderzijds, dysartrie en dysfagie. Vanwege impulsiviteit met motorische onrust en een hoog valrisico had patiënte nog steeds vrijheidsbeperkende interventies (bokshandschoenen, polsfixatie, buikbandfixatie en een rolstoelblad in de rolstoel).

REVALIDATIE-ADVIES

Ons plan was dat patiënte eerst zou starten met revalideren binnen de geriatrie revalidatiezorg (GRZ). Bij klinische verbetering zou ze dan nog in aanmerking kunnen komen voor intensieve revalidatie binnen de medisch specialistische revalidatie (MSR). Patiënte werd bij de MSR en de GRZ aangemeld met dit plan. We stelden doelen op om onder andere de communicatie met patiënte te verbeteren, transfers te leren maken, rolstoelgebonden te leren verplaatsen en doelen ten aanzien van de diagnostiek van de cognitie, visus en slikfunctie. Bij blijvende ernstige dysartrie zou tevens vanuit de MSR meegedacht kunnen worden in communicatie-ondersteunende hulpmiddelen.

VRIJHEIDSBEPERKENDE INTERVENTIES

Voor overplaatsing naar de GRZ moest de fixatie gestaakt zijn. In overleg met de betrokken zorgverleners en de familie lukte het uiteindelijk om dit af te bouwen middels inzet van een tentbed, waarbij patiënte duidelijk minder onrustig was.

Patiënte wachtte op overplaatsing naar een GRZ-instelling. Dit bleek echter niet mogelijk, wegens beperkte ervaring aldaar met een tentbed. Daarnaast waren er GRZ-locaties die tevens de intensieve zorg voor patiënte niet konden leveren door te weinig personeel. Met het betrokken revalidatiecentrum werd overlegd. Overname met tentbed kon wel, maar patiënte moest voor MSR-behandeling eerst meer belastbaar zijn. Er is geprobeerd de belastbaarheid al in het ziekenhuis te verbeteren door het aanbieden van een vast dagprogramma en proefbehandeling met amantadine, echter dit leidde niet tot langdurige verbetering van de belastbaarheid. Er is getracht het tentbed te staken, echter daardoor nam de motorische onrust juist weer toe en is patiënte gevallen met als gevolg een radiusfractuur links.

PROEF MET TENTBED

Na intensief overleg kwam de specialist ouderengeneeskunde langs om patiënte zelf te beoordelen en de zorg met het tentbed te zien. Gezien de twijfels over de terugkeer naar huis is uiteindelijk tot opname met een ZZP 9B indicatie besloten. Zij kon 3,5 maand na het ontstaan van het hersenletsel over met tentbed, nadat er goede onderlinge afspraken waren gemaakt over de zorg met het tentbed, hiervoor vanuit het ziekenhuis scholing was gegeven en er onderlinge afspraken werden gemaakt over de extra kosten voor de inzet van het tentbed in de GRZ-instelling.

BESCHOUWING

Deze casus laat zien dat het ingewikkeld kan zijn om voor een patiënt met vrijheidsbeperkende interventies een geschikt natraject te organiseren. Het is van belang dat er vertrouwen is dat het beleid, al ingezet door het verwijzend ziekenhuis, passend is voor de betreffende situatie. In deze casus waren er wisselende afspraken over de vrijheidsbeperkende interventies. Het zou effectiever zijn als er gezamenlijke afspraken zouden zijn over welke vrijheidsbeperkende interventies mogelijk moeten zijn, hoe deze gefinancierd worden en welk doel ze dienen. Patiënten met niet aangeboren hersenletsel kunnen erg onrustig zijn en een tentbed kan helpen om veiligheid en rust te creëren. Wachten tot een patiënt zonder deze interventie kan, gaat ten koste van de start van de revalidatie op de juiste locatie. Dus laten we vooral samen met elkaar, verwijzend ziekenhuis, GRZ en MSR, de juiste zorg creëren voor de patiënt en niet andersom. ←

Referenties

1. Verkerk M, redacteur. V&VN Handreiking. Vrijheidsbeperking in het ziekenhuis? Nee, tenzij... Utrecht. 2013-11.
2. van Bennekom CAM, Brands IMH, Ladenberg PQ et al. Veiligheid neuropsychiatrische gevolgen NAH – Richtlijn. Richtlijnen database. Beschikbaar via: https://richtlijnen database.nl/richtlijn/neuropsychiatrische_gevolgen_na_nah_bij_volwassenen/veiligheid_neuropsychiatrische_gevolgen_nah.html. Geraadpleegd 2022 oktober 30.
3. Molleman PW, Zoomer-Hendriks MPD, Wetzels RB. Het tentbed: hoe staan de zaken? Ned Tijdschr Geneesk. 2021;165:D5605.



Tentbed

Het achterliggende principe van het tentbed is dat het een veilige, gecontroleerde omgeving biedt, waarbij de prikkels voor de patiënt tot het minimum worden beperkt.¹ De inzet van een tentbed betreft een maatregel met als gevolg een beperking van de bewegingsvrijheid, waarbij in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) dit is toegestaan mits die beperking nodig is om ernstig nadeel voor de gezondheidstoestand van de patiënt te voorkomen. Bij de inzet van vrijheidsbeperkende interventies zijn meerdere voorwaarden gesteld, waarbij het streven is dit in principe niet te doen, tenzij echt noodzakelijk en rekening wordt gehouden met toepassing van de minst ingrijpende maatregel die mogelijk is.²

In de handreiking voor het inzetten van vrijheidsbeperkende interventies¹ wordt als indicatie voor de inzet van het tentbed het bevorderen van het slaap- en waakritme en verminderen van de onrust genoemd. Contra-indicaties zijn claustrofobie, agressie in het tentbed en infusen. In 2021 werd in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde geconcludeerd dat er nauwelijks wetenschappelijk onderzoek is verricht naar het effect van het tentbed, waarbij de ervaring was dat patiënten met dementie en psychische of psychiatrische problematiek die in een tentbed verzorgd werden, binnen korte tijd zonder psychofarmaca konden. Daarnaast benoemden zij dat mogelijk voor meer doelgroepen het tentbed een geschikte interventie kan zijn. Wel is een kanttekening daarbij dat de ervaring was dat als een patiënt eenmaal in een tentbed stabiel bleef, het afbouwen van het tentbed lastig was. Daarom was de aanbeveling dat er wetenschappelijke onderbouwing komt over het effect van de tentbedden bij probleemgedrag en het gebruik van psychofarmaca, met aandacht voor de kosteneffectiviteit, levensverwachting en de kwaliteit van leven.³

SAMENVATTING RICHTLIJN

Inspanningsgebonden pijnsyndromen van het onderbeen

Op initiatief van de Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG) is een multidisciplinaire werkgroep ingericht die de richtlijn Inspanningsgebonden pijnsyndromen van het onderbeen heeft opgesteld. Vanuit de VRA was revalidatiearts Peter van Leeuwen betrokken in de werkgroep. De richtlijn is inmiddels door de Federatie Medisch Specialisten geautoriseerd op 26-08-2022, waarna gepubliceerd in de richtlijndatabase. Dit artikel is een samenvatting van deze richtlijn, gericht op de werkzaamheden van een revalidatiearts.



DRS. P.J.C.M. (PETER) VAN LEEUWEN

Revalidatiearts en werkgroep lid van deze richtlijn namens de VRA



CORRESPONDENTIE

leeuw1615@upcmail.nl

De richtlijn Inspanningsgebonden pijnsyndromen van het onderbeen is opgesteld door een multidisciplinaire richtlijnwerkgroep met vertegenwoordigers vanuit de sportgeneeskunde, algemene chirurgie, orthopedische chirurgie, neurologie, radiologie, revalidatiegeneeskunde, (sport-)fysiotherapie en (sport-)podotherapie, onder begeleiding van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten (FMS). Er werd aandacht besteed aan het patiëntperspectief door het invullen van een vragenlijst door patiënten, in samenwerking met de Patiëntenfederatie Nederland. Voorzitter van de richtlijnwerkgroep was: prof. dr. Wessel O. Zimmermann, sportarts, bedrijfsarts, hoogleraar militaire geneeskunde, Koninklijke Landmacht, VSG.

AANDOENINGEN

Deze richtlijn beschrijft de huidige inzichten betreffende het optimale diagnostische traject en behandeling bij patiënten

met inspanningsgebonden pijnsyndromen van het onderbeen. De volgende aandoeningen die worden gezien als 'inspanningsgebonden overbelastingsblessures' worden behandeld, te weten:

1. Mediaal tibiaal stressyndroom (MTSS)
2. Chronisch inspanningsgebonden compartimentsyndroom (Engels: CECS, chronic exertional compartment syndrome)
3. Stressfracturen van de tibia en fibula
4. Atraumatische myogene kuitklachten
5. Inklemming van perifere zenuwen
6. Entrapment van de a. poplitea (Engels: PAES, popliteal artery entrapment syndrome)

DOELGROEPEN

Doelgroepen waarvoor de richtlijn bedoeld is zijn deelnemers aan sporten en beroepen waarbij beenbelasting (hardlopen, springen, snel wandelen, lang staan) op de voorgrond staat. Denk aan sporten zoals atletiek, schaatsen, skeeleren, zaalsporten (voetbal, basketbal, volleybal) en dansen. Maar zeker ook beroepen zoals (leerling) docenten lichamelijke opvoeding, (leerling) militairen en beveiligers lopen het risico om inspanningsgebonden onderbeenklachten te krijgen. Zelfs ouderen kunnen onderbeenpijnsyndromen ontwikkelen bij relatief beperkte fysieke belasting, zoals wandelen.

INDELING

De hoofdstukken zijn uniform opgebouwd, waardoor de belangrijkste conclusies makkelijk te vinden zijn. De afzonderlijke hoofdstukken zijn:

- Anamnese
- Lichamelijk onderzoek

- Aanvullend onderzoek
- Drukmeting
- Conservatieve behandeling
- Chirurgische behandeling
 - Fasciotomie bij MTSS
 - Fasciotomie bij CECS
 - Neurolyse
 - Chirurgie bij PAES
- Secundaire preventie

DEFINITIES

Hoewel er veel literatuur is verschenen blijven definities van diagnoses en (aanvullende) onderzoeken maar ook behandelopties zeer divers en nauwelijks vergelijkbaar waardoor de meeste conclusies en aanbevelingen van deze richtlijn gebaseerd zijn op expert opinie. Zie hiervoor bijlage 1 'Kennislacunes richtlijn' van de richtlijn via www.richtlijndatabase.nl of gebruik de QR-code.



BEHANDELING EN LICHAAMELIJK ONDERZOEK

Centraal bij deze syndromen is overbelasting. Het verminderen en doseren van de provocerende fysieke belasting in combinatie met het verbeteren van de belastbaarheid is het primaire advies. Er is kennis en ervaring vereist bij de zorgverlener over de behandeling van de verschillende pijnsyndromen van het onderbeen en over het doseren van beenbelasting in sport en werk. Een behandelprogramma voor onderbeenklachten zal met meerdere factoren rekening moeten houden. Zo kunnen meerdere syndromen tegelijkertijd aanwezig zijn.

Behoudens PAES (die een specifieke behandeling behoeft) is het uitgangspunt van deze richtlijn dat na een adequate anamnese en lichamelijk onderzoek gestart wordt met een conservatieve behandeling in de eerste lijn die twaalf weken wordt voortgezet, met evaluatie van beloop na zes weken. Pas indien dit onvoldoende verbetering geeft komt er een indicatie voor aanvullend onderzoek en/of verwijzing naar tweede lijn, maar dan ook liefst naar centra die ervaring hebben met deze problematiek en multidisciplinair werken. Er zijn geen vaste criteria waaraan deze centra dienen te voldoen, de richtlijnwerkgroep adviseert wel dat die centra multidisciplinair dienen te werken. Ook is er geen landelijk netwerk van zulke centra. Als revalidatiearts dien je zelf, via sportarts of (orthopedisch) chirurg, na te gaan waar in jouw regio een dergelijk, in deze problematiek geïnteresseerd en gespecialiseerd, centrum is.

Bij aanvullend onderzoek is een apart hoofdstuk over drukmeting. Conclusie is dat dit - in tegenstelling tot wat gedacht wordt - GEEN gouden standaard is. Op basis van de literatuur kan er niet geconcludeerd worden dat een invasieve intramusculaire druk-

meting een meerwaarde heeft bij de diagnostiek van CECS, dit komt mede door het ontbreken van uniformiteit in de uitvoering van de drukmeting en de afkapwaarden.

BETROKKENHEID REVALIDATIEARTS

Deze richtlijn is stoornisgericht. Als revalidatiearts zijn we dan ook maar zijdelings betrokken bij deze pijnsyndromen. Toch is het belangrijk om 'contact' te hebben of in beeld te zijn bij een tweedelijns multidisciplinair team. Op pagina 44 is daarom in de richtlijn opgenomen:

'Als ook door dit multidisciplinaire team de patiënt niet geholpen kan worden om van zijn klachten af te komen en participatiedoelen te bereiken (bijvoorbeeld mobiliteit, werk, hobby), of wanneer duidelijk wordt dat er naast de somatische component ook psychische of sociale factoren de klachten beïnvloeden, overweeg dan verwijzing naar multidimensionale behandeling onder supervisie van een revalidatiearts. Dit laatste wellicht niet om de stoornis (pijn, functieverlies) te verminderen maar om activiteitsniveau en participatie te verbeteren. De revalidatiearts zal onder andere orthesen, schoentechnische voorzieningen of multidisciplinaire behandelingen met principes van cognitieve gedragstherapie of exposure overwegen.'

Zeer overzichtelijke samenvatting van anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek is de tabel die als bijlage 4 bij de richtlijn is opgenomen: 'Tabel Anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek'. Zie hiervoor www.richtlijndatabase.nl of gebruik deze QR-code.



Algemeen kan worden gesteld dat de richtlijn overzichtelijk en prettig leesbaar is vormgegeven. Alle adviezen zijn zorgvuldig, en met enige terughoudendheid in stelligheid vastgelegd, om er een breedgedragen richtlijn van te maken. De informatie die je wil vinden is, door de eenduidige hoofdstukstructuur, makkelijk terug te vinden, waarbij je dan niet steeds de hele richtlijn hoeft door te nemen.

CONSEQUENTIES VOOR DE PRAKTIJK

Indien we als revalidatiearts betrokken worden bij de behandeling van mensen in verband met eerder genoemde inspanningsgebonden pijnsyndromen van het onderbeen is deze richtlijn ook voor ons handelen richtinggevend.

Van revalidatieartsen kan en mag dan verwacht worden dat zij degenen zijn die kunnen inschatten of een (verdere) stoornisgerichte behandeling is geïndiceerd of dat daarnaast ook behandeling op het gebied van activiteitsniveau en/of participatie noodzakelijk is.

Kennis nemen van deze richtlijn is van belang omdat deze syndromen ook als comorbiditeit kunnen optreden bij 'reguliere' revalidatiepatiënten. ←

INTERVIEW MET CHARLOTTE VAN LAAKE-GEELEN, REVALIDATIEARTS EN
SENIOR ONDERZOEKER BIJ ADELANTE ZORGGROEP, LOCATIE MUMC+

'Een praktisch probleem vanuit de werkvloer vertalen naar een wetenschappelijke probleemstelling'

Als vertegenwoordiger vanuit de Commissie Wetenschap en Innovatie (WeCo) van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) is Charlotte van Laake-Geelen afgevaardigd in de projectgroep Kennisagenda Revalidatiegeneeskunde. We stellen haar een aantal vragen.



DR. M. (MEL) MAJOR
Research Coördinator

Wat is jouw motivatie om plaats te nemen in de projectgroep Kennisagenda Revalidatiegeneeskunde?

'Binnen de revalidatiegeneeskunde wordt er al veel gedegen wetenschappelijk onderzoek gedaan. Ik denk echter dat we niet altijd goed van elkaar weten welk onderzoek waar wordt uitgevoerd, waardoor mogelijk kansen voor samenwerking worden gemist. Door het opstellen van een kennisagenda geven we als beroepsvereniging meer richting aan toekomstig wetenschappelijk onderzoek. Hierdoor kunnen krachten worden gebundeld op het gebied van design en uitvoering van onderzoek, en ook bij het aanvragen van subsidies. Dit alles zal leiden tot grotere trials, die ons als beroepsgroep gaan helpen om de (kosten-)effectiviteit van onze revalidatiezorg aan te tonen.'

Jij combineert klinisch werken als revalidatiearts met wetenschappelijk onderzoek. Op welke manier is dit perspectief belangrijk voor de kennisagenda?

'Als clinicus sta je met de poten in de klei en zie je in de praktijk wat er nodig is voor jouw patiënt. Een wetenschapper is in staat

om een gedegen onderzoeksvraag en onderzoeksopzet te formuleren. Doordat ik onderzoek en klinisch werk combineer, heb ik geleerd om een praktisch probleem vanuit de werkvloer te vertalen naar een wetenschappelijke probleemstelling. Voor de kennisagenda is dit perspectief van belang omdat het helpt om tot gedragen klinisch relevante onderzoeksvragen te komen.'

'Er zijn zeer interessante kennishiaten overgebleven, die ook gedragen worden door de patiënten'

Recent zijn de kennishiaten geprioriteerd en hebben jullie als projectgroep de top-18 samengesteld. Hoe is dat proces verlopen?

'Ik heb de bijeenkomst als enorm positief ervaren. Met 81 deelnemers was er een grote opkomst en er ontstonden constructieve discussies. Een belangrijk punt dat meerdere keren naar voren kwam was dat meerdere hiaten erg relevant waren, maar niet altijd ideaal geformuleerd om tot een onderzoekbare vraag te komen. De projectgroep draagt er zorg voor dat de uiteindelijke hiaten wel helder geformuleerd en onderbouwd zijn.'



Charlotte van Laake-Geelen, revalidatiearts en senior onderzoeker bij de afdeling Revalidatiegeneeskunde van Adelante Zorggroep, locatie Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC+).

Kun je al iets verklappen over het eindresultaat?

'In de huidige tijd is het enorm van belang dat we de meerwaarde van onze revalidatiezorg gaan aantonen. Vanuit alle diagnosegroepen zijn er in dit kader zeer interessante kennishiaten overgebleven, die ook worden gedragen door andere stakeholders zoals de patiëntenverenigingen.

Niet alle kennishiaten zijn onder te brengen als zorgevaluatievragen. Om deze reden zijn er ook innovatievragen opgehaald en geprioriteerd.'

We vroegen Charlotte aan wie uit de projectgroep zij het stokje door zou willen geven voor de volgende uitgave van het NTR.

'Ik geef het stokje door aan Ileen Albers, omdat zij aan de projectgroep deelneemt als aios. Zij is nu (bijna) klaar met haar opleiding en ik wil haar vragen waarom het vanuit aios-perspectief belangrijk is om bij te dragen aan het ontwikkelen van de Kennisagenda Revalidatiegeneeskunde.' ←

ADVERTENTIE

VRA
NEDERLANDSE VERENIGING
VAN REVALIDATIEARTSEN

De gelukkige dokter

Colloquium 2023

21 april online

Schrijf je nu in op onze website

De Pronkhoek

SPIERVERMOEIBAARHEID BIJ FSHD

Dr. N.B.M. (Nicole) Voet, revalidatiearts en onderzoeker
Klimmendaal en Radboudumc



Foto: Peter Mulder

Revalidatiearts dr. Nicole Voet heeft een *Medical Research Grant* ontvangen van 200.000 euro, uitgereikt door de Franse Vereniging voor Myopathie (AFM-Telethon). In dit tweejarige project genaamd de *GRIP on FSHD study* wordt een multicenter trainingsstudie uitgevoerd in

Nederland (Radboudumc Nijmegen), Italië (Universiteit van Pavia/Modena) en Frankrijk (Universiteit van St Etienne) bij patiënten met FSHD (facioscapulohumerale spierdystrofie). Patiënten trainen met behulp van een trainingsapp. Het programma, gericht op spierkracht en functionele training wordt gepersonaliseerd door metingen van de mate van spiervermoeibaarheid. Mensen met een spierziekte voelen spiervermoeibaarheid niet altijd goed. Hierdoor gaan zij vaak over de grenzen van hun (spier)belastbaarheid heen, wat leidt tot pijnklachten en beperkingen in hun dagelijkse functioneren. Trainingsprogramma's gericht op spierkracht voor mensen met FSHD waren tot op heden niet effectief, zeer mogelijk omdat zij gebaseerd waren op de richtlijnen voor gezonde personen. In dit onderzoek wordt de training daarom volledig op maat voorgeschreven en waar nodig bijgesteld, met behulp van de app. Bij slagen van het project zal het onderzoeksconsortium, met unieke kennis vanuit de spierfysiologie, inspanningsfysiologie, bewegingswetenschappen, sportgeneeskunde, neurologie en revalidatiegeneeskunde, vervolgonderzoek uitvoeren bij andere spierziekten. Het uiteindelijke doel van de onderzoekslijn is het ontwikkelen van een meetinstrument dat in het dagelijks leven en tijdens training direct inzicht geeft in spiervermoeibaarheid. Zo kan zowel over- als onderbelasting van spieren in dagelijks leven en training van mensen met een spierziekte worden voorkomen.



CORRESPONDENTIE

nicole.voet@radboudumc.nl

PROTHESEZORG NA EEN BEENAMPUTATIE: STEPPED CARE EN SAMEN BESLISSEN



Charlotte van Vliet, promovenda
Radboudumc

Mensen met een beenamputatie krijgen niet altijd de prothesezorg die ze nodig hebben en er bestaat onhelderheid over het proces.

De landelijke Module Prothesezorg

is ontwikkeld om dit te veranderen. De module helpt zorgprofessionals om de cliënt te voorzien van cliëntgerichte, doeltreffende, doelmatige en transparante prothesezorg. Kernelementen in deze module zijn een stapsgewijze aanpak en samen beslissen. Hierbij geldt: simpel waar mogelijk, complex waar nodig.

De module beschrijft niet de feitelijke uitwerking van de stepped care aanpak en inzicht in (kosten)effectiviteit ontbreekt. In dit door ZonMw gefinancierde project worden aanbevelingen van de module prothesezorg vertaald naar de praktijk én wetenschappelijk onderbouwd.

In het eerste jaar ontwerpen we, met input van prothesegebruikers en revalidatieteams, de stepped care interventie op basis van samen beslissen. In de drie opvolgende jaren volgen we vier centra die de interventie toepassen en vier centra die standaard prothesezorg geven.

We ontwikkelen daarnaast producten om de landelijke implementatie van de stepped care aanpak te vergemakkelijken. Bijvoorbeeld een oriëntatiehulp voor de selectie van een beenprothese, een digitaal PPP-protocol Beenprothesen en een scholingsmodule.

In de aanvraag van dit multicenter project participeerden het UMCG, De Hoogstraat Revalidatie en het Radboudumc. Voor de uitvoer van het onderzoek willen we graag in contact komen met meer revalidatiecentra of verpleeghuizen die ook willen participeren. Deelnemende centra hebben voorrang bij de landelijke implementatie van de stepped care interventie.



CORRESPONDENTIE

Charlotte.vanvliet-bocking@radboudumc.nl

DE PRONKHOEK

Het verkrijgen van een mooie grant mag gevierd en dus ook gedeeld worden. Het NTR biedt op deze pagina's een podium waar multicenter studies in de medisch specialistische revalidatie gedeeld kunnen worden. Je vindt hier de reacties die afgelopen periode door de NTR-redactie zijn ontvangen.

CHRONISCHE PIJN BIJ MENSEN MET EEN DWARSLAESIE

Dr. C.C.M. (Charlotte) van Laake-Geelen, revalidatiearts Adelante Zorggroep, locatie Maastricht UMC+ en onderzoeker aan de Universiteit Maastricht



Ruim driekwart van de mensen met een dwarslaesie ervaart een vorm van chronische pijn, die negatieve gevolgen kan hebben voor het dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven (QoL). De huidige gedragsmatige revalidatiebehandelingen,

gericht op het beter functioneren ondanks de pijn, zijn niet altijd geschikt voor mensen met een dwarslaesie. Daarnaast zijn de interacties tussen pijn, dwarslaesie-gerelateerde secundaire complicaties en de effecten hiervan op gedachten, gedrag en daarmee functioneren, nog beperkt onderzocht.

Onderzoeksvragen

1. Hoe varieert en interacteert chronische pijn met secundaire complicaties van dwarslaesie en psychologische factoren, en welke impact heeft dit op QoL en beperkingen? (observationale cross-sectionele studie).
2. Wat is de effectiviteit van een gepersonaliseerde biopsychosociale revalidatiebehandeling gericht op het verbeteren van zelfmanagement, afname van beperkingen en verbeteren van QoL? (single-case studie).

Beoogd resultaat

1. Meer kennis over de interactie tussen biomedische (pijn en dwarslaesie-gerelateerde secundaire complicaties) en psychosociale aspecten (angst, depressie, acceptatie, psychologische flexibiliteit en zelfeffectiviteit), en de impact hiervan op beperkingen en QoL.
2. Een protocol voor een bewezen effectieve gepersonaliseerde biopsychosociale revalidatiebehandeling voor mensen met een dwarslaesie die chronische pijn ervaren.

Het project wordt uitgevoerd bij Adelante Zorggroep, in samenwerking met de Universiteit Maastricht. Het onderzoek is opgezet in samenwerking met een patiëntenpanel van Adelante en de patiëntenvereniging Dwarslaesie Organisatie Nederland. Voor de inclusie zullen de revalidatiecentra worden benaderd die aangesloten zijn bij het Nederlands Vlaams Dwarslaesiegenootschap.

Kennisdeling: Naast publicatie in wetenschappelijke tijdschriften, zal de revalidatiebehandeling - indien effectief - op verschillende manieren nationaal en internationaal beschikbaar worden gesteld.

Subsidie: Klinisch Fellowship van ZonMw van 200.000 euro. Looptijd 4 jaar.



CORRESPONDENTIE

c.laake@adelante-zorggroep.nl

OPRICHTEN PROTHESEACADEMIE

Dr. A.H. (Aline) Vrieling, prof. dr. C.K. (Corry) van der Sluis, prof. dr. J.H.P. (Han) Houdijk en V. (Verena) Schuurmans



Ondanks alle ontwikkelingen op het gebied van arm- en beenprothesen, lijkt de tevredenheid van de gebruikers over hun hulpmiddel laag. Dit is niet alleen zonde omdat de kosten van prothesezorg hoog zijn, maar ook omdat een prothese

de kwaliteit van leven sterk zou kunnen verbeteren. Dit was de aanleiding voor verschillende partijen om de handen ineen te slaan en de academische werkplaats, de 'ProtheseAcademie' op te richten. ZonMw heeft voor deze oprichting 600.000 euro subsidie toegekend. De ProtheseAcademie heeft als doel: het verbeteren van (thuis)gebruik van arm- en beenprothesen. Om dit doel te bereiken, werken kennisinstellingen, onderwijsinstellingen, zorgverleners, protheseverstrekkers, fabrikanten en zorgverzekeraars uit heel Nederland samen met de gebruiker aan (wetenschappelijk) onderzoek. Gebruikers helpen hier vanaf de start aan mee, wat ervoor zorgt dat de uitkomsten relevant en toepasbaar zijn in de

thuisituatie. De bekostiging van deze academische werkplaats (projectbasis is het UMCG) loopt van augustus 2022 tot augustus 2028. In deze periode zal de academische werkplaats verschillende projecten uitvoeren. Eén van deze projecten is bijvoorbeeld het oprichten van een vraag- en antwoordbank die de gebruikers de gelegenheid geeft zelf onderzoeksonderwerpen aan te dragen. Daarnaast zal de ProtheseAcademie ook subsidieaanvragen schrijven om zo meer financiering te krijgen voor wetenschappelijk onderzoek op het gebied van prothesegebruik in de thuisituatie. De resultaten van alle projecten zullen worden verspreid via de website, social media en symposia/congressen. Door de directe betrokkenheid van alle stakeholders is het mogelijk om de nieuw opgedane kennis direct vast te leggen in richtlijnen, protocollen, behandelkaders en/of onderwijs.



CORRESPONDENTIE

prothese-academie@rev.umcg.nl

Implementeren van verworven bewezen therapieën geschiedt met veel vertraging

Tijdens het DCRM-congres in 's-Hertogenbosch was het opvallend dat het in deze Spotlight te bespreken artikel door twee keynote sprekers werd aangehaald; zowel door prof Sjoerd Repping als wel door Carlotte Kiekens.



PROF. DR. J.H.B. (JAN) GEERTZEN

Hoogleraar Revalidatiegeneeskunde, UMCG, CvR

PROF. DR. M.F. (MICHIEL) RENEMAN

Hoogleraar Revalidatiegeneeskunde, in het bijzonder Pijn en Arbeid, UMCG, CvR

Het artikel heeft de kranten gehaald maar ook sociale media en het Medisch Contact. Toch willen we ook in het NTR aandacht eraan besteden vanwege z'n speciale focus: namelijk de implementatie van verworven kennis, of toch niet? Implementatie is het planmatig invoeren van een verandering of vernieuwing in ons vak, veelal bedoeld om de patiëntenzorg te verbeteren. We constateerden dat dit veel te weinig gebeurt in de revalidatiegeneeskunde; dit onderzoek illustreert dat en moet ons tot denken aanzetten.

HET ONDERZOEK EN DE RESULTATEN

Het doel van dit onderzoek was om te bepalen wat de de-implementatie was van de niet bewezen therapieën voor patiënten met lage rugpijn in de Nederland; ofwel zijn wij bereid niet bewezen therapieën te laten vallen?

Men heeft dit onderzocht door in Nederlandse ziekenhuisdata te kijken naar het voorkomen van vijf niet bewezen, veel

gehanteerde, therapieën (1991-2018). De vijf waren: bedrust voor niet specifieke lage rugpijn; bedrust voor een HNP; discectomie voor kanaalstenosis; spinale fusie voor aspecifieke lage rugpijn en invasieve pijnbehandeling voor niet specifieke lage rugpijn. In totaal omvatte de studiepopulatie ruim 840.000 mensen.

Het duurde over het algemeen tussen de 17-28 jaar voordat deze onbewezen therapieën grotendeels uit het 'medisch therapeutisch' arsenaal waren verdwenen. Uiteindelijk is het duidelijk dat de niet bewezen therapieën uit ons arsenaal verdwenen zijn maar dat kostte wel enkele tientallen jaren en ging mogelijk gepaard met verspilling van tijd en geld kan mogelijk ook nadelig voor patiënten zijn geweest.

CONSEQUENTIES VOOR DE PRAKTIJK

Gelijk veel andere medisch specialismen is de bewijskracht van onze behandelingen niet groot (50% volgens de Federatie Medisch Specialisten). Als we zo lang doen over adapteren van nieuwe bewezen (EBM) therapieën en we laten verouderde (niet EBM) therapieën toch continueren dan wordt het smaldeel van bewezen effectieve behandelingen die wij onze patiënten aanbieden wel heel klein. Men roept vaak om autonomie voor de arts maar zouden we onze energie hier ook niet meer aan moeten besteden; werken aan de stand van de W (wetenschap) en daarna uitvoeren in de P (praktijk), om zo de stand van de W en de P te verstevigen en onze patiënten meer recht te doen met bewezen effectieve therapieën en tevens daarmee de continuïteit van ons mooie vak te garanderen? ←

Literatuur

The slow de-implementation of non-evidence-based treatments in low back pain hospital care-Trends in treatments using Dutch hospital register data from 1991-2018.

P Coenen et al. *Eur J Pain* 20 22;00:1-11.

Ter Steege L. *Zinloze en schadelijke rugpijnbehandelingen nog steeds voorgeschreven. Medisch Contact* 46; november 2022; p28

Promoties

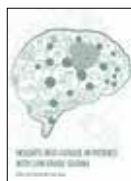
In deze rubriek vindt u de promoties op het vakgebied revalidatie die in de afgelopen maanden zijn geweest. Voor meer informatie over de promoties kunt u de website www.revalidatie.nl raadplegen (onder kopje 'Onderzoek').



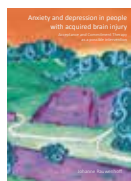
Datum: 21 december 2022
Promovendus: M.N. (Maren) van Rijssen, hogeschooldocent en onderzoeker, Hogeschool Utrecht
Titel: *CommuniCare: development, evaluation and implementation of a generic Communication Partner Training using perspectives of people with aphasia and healthcare professionals*
Waar: Universiteit Utrecht



Datum: 16 december 2022
Promovenda: J.A.M. (Jana) Tuijelaars, promovenda & laborant bewegingslab Amsterdam UMC (locatie AMC)
Titel: *Walking adaptability in polio survivors*
Waar: Universiteit van Amsterdam



Datum: 8 december 2022
Promovenda: E.M.P. (Ellen) van Coevorden-van Loon, revalidatiearts
Titel: *Insight into fatigue in patients with low-grade glioma*
Waar: Erasmus Universiteit Rotterdam



Datum: 30 november 2022
Promovenda: J.C.C. (Johanne) Rauwenhoff, onderzoeker en psycholoog
Titel: *Anxiety and depression in people with acquired brain injury: Acceptance and Commitment Therapy as a possible intervention*
Waar: Maastricht University



Datum: 25 november 2022
Promovenda: C. (Cynthia) Lamper, promovendus
Titel: *Network Pain Rehabilitation: an integrated interdisciplinary care approach*
Waar: Maastricht University



Datum: 22 november 2022
Promovenda: M. (Marieke) Rothuizen-Lindenschot, ergotherapeut, werkzaam als academiemanager Paramedische Studies op de HAN University of Applied Sciences (aandachtsgebied Ergotherapie)
Titel: *Measuring the quality of performance of meaningful activities in children with a mitochondrial disorder*
Waar: Radboud Universiteit Nijmegen



Datum: 2 november 2022
Promovenda: F.A. (Francine) van den Driessen Mareeuw, onderzoeker/gezondheidswetenschapper
Titel: *Towards quality indicators for health care for people with Down syndrome, and beyond*
Waar: Tilburg University



Datum: 20 oktober 2022
Promovendus: J.C. (Jim) Schrijvers, onderzoeker
Titel: *Joint instability in knee osteoarthritis: The development of an objective functional measurement*
Waar: Vrije Universiteit Amsterdam



Datum: 14 oktober 2022
Promovenda: L.M. (Laura) Oudenhoven, onderzoeker
Titel: *One step beyond: Advancing gait analysis to guide interventions in children with cerebral palsy*
Waar: Vrije Universiteit Amsterdam



Datum: 11 oktober 2022
Promovendus: Z.D. (Zeb) Jonker, arts-onderzoeker
Titel: *Neurophysiological Techniques to Modulate and Measure Motor Learning in Stroke Patients and Healthy Individuals*
Waar: Erasmus Universiteit Rotterdam



Datum: 6 oktober 2022
Promovendus: P.H.S. (Pishtiwan) Kalmet, aios orthopedie
Titel: *Permissive weight bearing in trauma patients with peri- and intra-articular fractures of the lower extremities*
Waar: Universiteit Maastricht



Datum: 4 oktober 2022
Promovenda: L.G.M. (Loes) de Kruijff, revalidatiearts
Titel: *Taskforce Uruzgan, Afghanistan 2006-2010 Rehabilitation: the end of the military chain*
Waar: Universiteit van Utrecht



Datum: 14 september 2022
Promovenda: M. (Mique) Saes, onderzoeker
Titel: *Dynamics of neurological and behavioural recovery after stroke*
Waar: Vrije Universiteit Amsterdam



Datum: 8 september 2022
Promovendus: W. (Wouter) Schallig, onderzoeker
Titel: *The Amsterdam Foot Model: Advancing the clinical assessment of multi-segment foot kinematics during gait*
Waar: Vrije Universiteit Amsterdam



Datum: 31 augustus 2022
Promovendus: J. (Jochem) Helleman, product owner eHealth
Titel: *Using telehealth to optimize care for patients with a motor neuron disease: The digital road to personalized care*
Waar: Universiteit Utrecht



Datum: 6 juli 2022
Promovenda: H.E.M. (Hanneke) Braakhuis, hogeschooldocent en onderzoeker
Titel: *Beyond counting steps – measuring physical behavior with wearable technology in rehabilitation*
Waar: Erasmus Universiteit Rotterdam



Revalidatie jaarprijs 2023 voor innovatieve patiëntenzorg € 20.000,-

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

Doelstellingen jaarprijs

- Patiëntenzorg binnen de revalidatie verder verbeteren
- Innovaties binnen de revalidatiezorg stimuleren

De Prijs

De winnaar van de prijs ontvangt een geldbedrag van 20.000 euro waarmee het initiatief kan worden opgestart/gerealiseerd en mogelijk worden geïmplementeerd. De prijs wordt alleen uitgereikt voor een projectvoorstel waarvan patiënten direct en meetbaar kunnen gaan profiteren in de dagelijkse revalidatiezorg.

Informatie

Informatie over de procedure, beoordeling, het reglement en het inschrijfformulier kunt u vinden op www.revalidatie.nl

