

NEDERLANDS TIJDSCHRIFT VOOR

REVALIDATIE GENEESKUNDE



JAARGANG 45 | NUMMER 5 | DECEMBER 2023

UITGAVE VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING VAN REVALIDATIEARTSEN



FOCUS OP

TOEGANKELIJKE ZORG EN INCLUSIE

IN DIT NUMMER ONDER ANDERE

Pagina 18

Lage gezondheids-
vaardigheden

Pagina 22

Interview met
Rick Brink

Pagina 27

Toegankelijkheid voor
dak- en thuislozen

Pagina 37

Diversiteit en inclusie
in de opleiding



Revalidatie jaarprijs 2024 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



In dit nummer

FOCUS OP TOEGANKELIJKE ZORG EN INCLUSIE

5

EDITORIAL

Schuren geeft glans

6

KORTOM

Geneesplezier - Nieuwe revalidatieartsen - Toetsvragen

12

EDITORIAL GASTREDACTIE

Focus op toegankelijke zorg en inclusie

13

UIT DE PRAKTIJK

De inzet van digitale zorgtechnologieën binnen de medisch specialistische revalidatie

16

OPINIE

Waar is de revalidatie-geneeskunde in het publieke debat?

18

ACTUEEL

Lage gezondheidsvaardigheden in de revalidatiezorg

21

SPOTLIGHT

Toolkit voor vergroten toegankelijkheid van revalidatie voor kwetsbare groepen

22

INTERVIEW

Gesprek met Rick Brink, voormalig officieus minister van gehandicaptenzaken
De tijd is rijp voor meer inclusie

27

ACTUEEL

Toegankelijke revalidatiezorg voor dak- en thuislozen

30

ACTUEEL

Grenzen verleggen: de toekomst van de revalidatie in Nederland

34

PRIKBORD

37

OPINIE

Diversiteit en inclusie in de opleiding tot revalidatiearts

40

JUNIOR VRA

Waar mag de NAH-patiënt met neuropsychiatrie revalideren?

43

IN PERSPECTIEF

Het vierkante rondje

44

PROEFSCHRIFT

Bewegen tijdens de ziekenhuisopname

46

PROEFSCHRIFT

Thuismeten van ziektebeloop bij motorneuronziekten

48

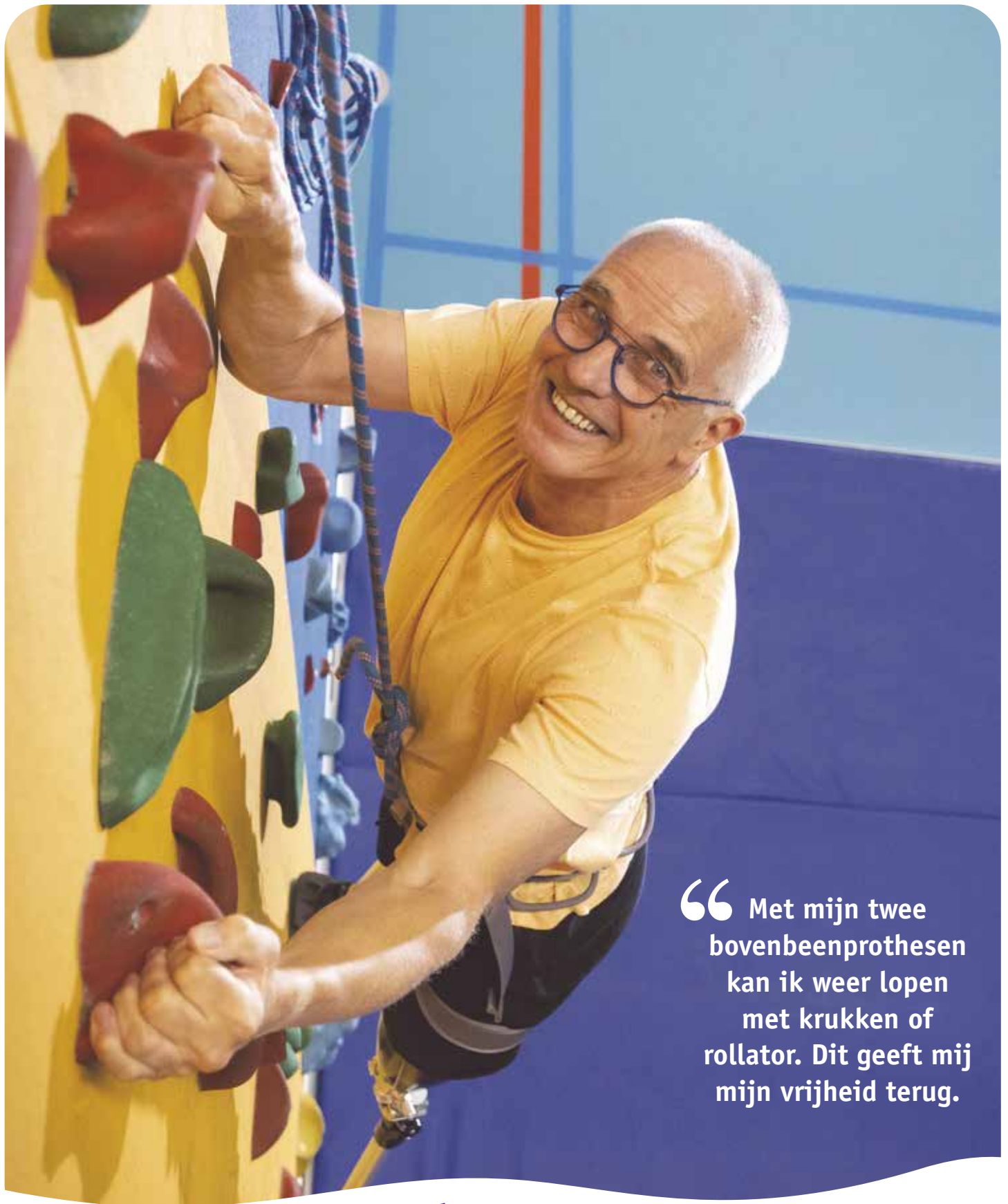
PROEFSCHRIFT

Beweeginterventies tijdens en na chemotherapie

50

IN MEMORIAM

Willem Eisma



“ Met mijn twee bovenbeenprothesen kan ik weer lopen met krukken of rollator. Dit geeft mij mijn vrijheid terug.

Wij brengen je in beweging!

Henk verloor een aantal jaren na elkaar beide benen door infecties in zijn knieprothesen. Wij maakten voor hem twee bovenbeenprothesen met elektronische knieën. Hij kan nu weer lopen en fietst met een handbike. Henk voelt zich daardoor vrij om te gaan en staan waar hij wil.

COLOFON

Nederlands Tijdschrift voor Revalidatiegeneeskunde (NTR). Netherlands Journal of Rehabilitation Medicine. Het NTR is een wetenschappelijk en informatief tijdschrift 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, oktober 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 5

ISSN 2211-3665

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



VAN DE HOOFDREDACTEUR

Schuren geeft glans



Het DCRM is alweer verleden tijd en de feestmaand is al een paar weken oud als bij jullie het NTR op de mat valt. Een NTR-editie waar we als redactie best wel trots op zijn. We zijn nu in staat enkele van de hoogtepunten van het DCRM na te lezen en dat dankzij de Werkgroep Transculturele Revalidatie (WTCR) van de VRA. Zie ook de editorial van de gastredactie op pagina 12.

Ik hoorde kritiek op de gang; moeten we dit jaar net zoals vorig jaar niet de focus op wetenschappelijk onderzoek en innovatie leggen? Ons vak ligt immers onder het vergrootglas? Ja, dat klopt maar daar zijn we allemaal mede debet aan en dat hoeven we niet ieder jaar te herhalen. Dat moet in ons DNA zitten. We moeten laten zien wat we doen en daar werken we ook met zijn allen aan via de Stichting Revalidatie Impact.

Sommige lezingen moesten bij ons gaan schuren zoals Jan Willem Gorter zei, en dat zal het hopelijk bij velen van ons doen. Alles schuurt tegenwoordig: de oorlog in de Oekraïne, de oorlog in de Gaza, de oorlogen in Ethiopië en Jemen, de klimaatcrisis, het steeds groter wordende watertekort in grote delen van de wereld. Maar dichterbij huis ook: de polarisatie binnen en buiten de politiek en nog dichterbij huis het dreigende zorginfarct en de nasleep van het duidingsrapport over de MSR en de hectiek daaromheen. Iets moet schuren voor het gaat glanzen is een uitdrukking. Toch ben ik nog nooit zo bedrukt geweest over de spanning in de wereld; deze spanning voel je ook bij de bestuurders van RN: hoe kan ik het centrum nog laten draaien (financieel) of moet ik mensen gaan ontslaan die juist ook weer voor de inkomsten zorgen. Ik heb afgelopen jaar *The walk for Wisdom* rond Nijmegen gelopen en we 'volgden' dan de seizoenen (Jaap Voigt). De winter is een seizoen voor de verstillings en reflectie. Ik hoop dat we allen daar tijd voor mogen vinden en dat we rust kunnen vinden bij familie of vrienden in deze decembermaand.

Ik wens jullie een gelukkig en gezond 2024.

Jan Geertzen,
hoofredacteur

Kortom

GENEESPLEZIER

Twee werelden komen samen

Bij het voorbereiden van mijn spreekuur op de polikliniek in Groningen zie ik dat ik een Afrikaanse patiënt zal gaan zien. Ik verheug me erop. Helaas kan ik mijn Swahili niet oefenen, want de patiënt komt uit een West Afrikaans land. Patiënt woont nu in een AZC.

Na het binnenroepen van de patiënt via het digitale oproepsysteem, zie ik in de gang een meneer op mij aflopen met rastahaar, een brede glimlach, gestoken in fel oranje kledij en lopende op slippers. Het schiet door mijn hoofd: he, een korte broek? In Afrika leerde ik dat mannen niet vaak een korte broek dragen; korte broeken zijn voor 'school boys'.

Bij het gaan zitten gaan we over in het Engels. Hij is erg blij dat hij geopereerd is aan zijn voet, die nu voor het eerst recht staat in plaats van krom en naar binnen. Het lopen gaat een stuk beter. Hij hoopt toch wel dat hij over één jaar

weer op blote voeten mag en kan lopen? Ik begrijp zijn wens en vraag hem of hij gewend was om op blote voeten dan wel slippers te lopen voordat hij naar Nederland kwam? Nu moet hij aangepaste schoenen aan zijn voeten!

Het doel van de aangepaste schoenen is de kwetsbare voet zo kort na de operatie te beschermen. Over één jaar gaan we beoordelen of hij zonder problemen op blote voeten kan en mag lopen. Ik vraag hem nog naar zijn toekomst hoe hij die in Nederland ziet?

Bij het weggaan roept patiënt: u mag de Nederlandse regering, iedereen in Nederland, laten weten hoe dankbaar ik ben dat mijn voet recht staat!

Fijn dat ons gezondheidssysteem werkt voor iedere (potentiële) Nederlander. Of ligt het toch genuanceerder?

Drs. Marga Tepper, revalidatiearts UMCG

SENIORENBIJEENKOMST

Met bijna 40 collega's en oud-collega's waren de senior revalidatieartsen op 31 oktober jl. te gast in het Daan Theeuwes Centrum (DTC) te Woerden. Te gast bij collega Bertjo Renzenbrink, revalidatiearts en medisch directeur van het DTC, bij Adriaan Theeuwes, de oprichter van het DTC en bij Marsh Königs, neurowetenschapper en wetenschappelijk directeur van het DTC, die ieder een deel van het inhoudelijk gedeelte van de dag verzorgden. Het was een zeer boeiende en leerzame middag, mede door de sfeer en positieve energie die het centrum en de medewerkers uitstralen. Dus ook een bezoek meer dan waard voor de jongere revalidatieartsen, want ook zij zijn - net als wij - waarschijnlijk nooit eerder in het DTC geweest. - *Ben Drentje en Daan Wever, organisatoren VRA seniorenbijeenkomst*

VAN HOYTEMA TROFEE 2023

Op 9 november is tijdens de ALV door juryvoorzitter prof. dr. Frans Nollet de Van Hoytema Trofee 2023 toegekend aan **dr. Ilse van Nes**, omdat zij zich in woord en geschrift bijzonder verdienstelijk heeft gemaakt voor de revalidatiegeneeskunde. Zij is zichtbaar in de publieke en sociale media en een bevlogen ambassadeur van ons vak. Zo heeft zij onder andere het dwarslaesie-onderzoek bij een breed publiek bekend gemaakt. Ilse is actief in zorg, onderzoek en opleiding en werd in 2021 uitgeroepen tot beste opleider van Nederland. - *HW*



INCLUSIEF SPEELGOED VOOR KINDERREVALIDATIE

Is het je wel eens opgevallen dat het speelgoed in ziekenhuizen, op scholen en in revalidatiecentra diverser kan? Dan zouden alle kinderen zich met het speelgoed kunnen identificeren, ongeacht culturele achtergrond en met of zonder beperking. Samen met orthopedagoge Wilma Hogenbirk en Ellen Brudet, de eigenaresse van de eerste inclusieve poppenwinkel (colourfulgoodies.nl), delen we deze visie: 'Ons doel is om meer inclusief speelgoed aan te bieden, waarin kinderen zichzelf en anderen kunnen herkennen. Dit helpt verschillen tussen mensen te normaliseren. Zo dragen we een steentje bij aan zelfvertrouwen en een positief zelfbeeld.

Alle kinderen zijn prachtig, precies zoals ze zijn!'

Met de hulp van Reade Foundation hebben we binnen Reade prachtig inclusief speelgoed aangeschaft voor op onze locaties. Er zijn al heel mooie reacties van kinderen. Dit terug horen is voor mij puur werkplezier! Mijn droom? Dat divers speelgoed de norm is in heel Nederland!

Rachel Zalmijn
Kinderrevalidatiearts Reade, Amsterdam

Meer info: r.zalmijn@reade.nl of info@colourfulgoodies.nl



READE WINT SIGRA DIVERSITEITSAWARD MET INCLUSIEF SPEELGOED

Tijdens de Sigra Conferentie Diversiteit & Inclusie werd op 19 oktober jl. de Sigra Diversiteitsaward uitgereikt aan (onder andere) revalidatiearts Rachel Zalmijn. Zij mocht de award, een mooie geldprijs voor doorontwikkeling en een inclusie-

training in ontvangst nemen voor haar initiatief om inclusief speelgoed aan te bieden binnen de kinderafdeling van Reade.

De jury van de Sigra Diversiteitsaward vindt het niet alleen een heel goed initiatief

voor de kinderen en hun families, maar noemt ook de support voor *Colourful Goodies* mooi om te zien. De jury benadrukt dat het gebruik van inclusief speelgoed in alle zorgorganisaties de standaard zou moeten zijn! - HW

PHD AWARD

De PhD Award Rehabilitation Medicine werd dit jaar toegekend aan **dr. Saskia Houwen-van Opstal** voor haar proefschrift *Duchenne muscular dystrophy: Future perspectives*. Bij de beslissing om Saskia als winnaar aan te wijzen speelden de directe klinische toepasbaarheid en impact van het proefschrift een doorslaggevende rol. Deze zijn samengevat in een aantal praktische adviezen. Saskia heeft haar proefschrift tijdens de PdD sessie helder en enthousiast gepresenteerd. - HW



TESC AWARD

Nienke Kerver is genomineerd voor de TESC Award en zal daarom namens de VRA afgevaardigd worden naar het ESPRM-congres in april 2024 in Ljubljana om mee te dingen naar de Europese TESC Award met haar Free Paper presentatie *The development, implementation, and pilot-testing of a patient decision aid regarding terminal devices for people with upper limb absence: the PDA-TULA*. - HW



NIEUWE REVALIDATIEARTSEN



Ileen Albers
Opgeleid: OOR Amsterdam
Einddatum opleiding: 31-12-2022
Huidige werkplek: Sint Maartenskliniek
Aandachtsgebied: loopexpertisecentrum



Joost Baardman
Opgeleid: OOR Utrecht
Einddatum opleiding: 01-06-2023
Huidige werkplek: De Hoogstraat
 Revalidatie

Aandachtsgebied: dwarslaesie



An Bennema
Opgeleid: OOR NO
Einddatum opleiding: 07-06-2023
Huidige werkplek: UMCG Centrum
 voor Revalidatie & OZG

Aandachtsgebieden: algemene revalidatie volwassenen en onderste extremiteiten



Timon van den Berg
Opgeleid: OOR ZWN
Einddatum opleiding: 01-10-2023
Huidige werkplek: Rijndam Revalidatie
Aandachtsgebieden: chronische pijn

en oncologie



Joris Berkhout
Opgeleid: OOR Amsterdam
Einddatum opleiding: 01-06-2023
Huidige werkplek: Heliomare & Rode
 Kruis Ziekenhuis

Aandachtsgebieden: neurorevalidatie en arbeidsrevalidatie



Tim Blikman
Opgeleid: OOR NO
Einddatum opleiding: 30-09-2023
Huidige werkplek: Revalidatie Friesland
Aandachtsgebied: algemene zieken-

huisrevalidatie



Alië Bos
Opgeleid: OOR Amsterdam
Einddatum opleiding: 01-08-2023
Huidige werkplek: korte waarneming
 De Hoogstraat op de neurologie-afdeling

Aandachtsgebied: neurorevalidatie



Ioan Brebenel
Opgeleid: OOR NO
Einddatum opleiding: 16-06-2023
Huidige werkplek: 's Heeren Loo
 De Noorderbrug (Drenthe) en Martini

Ziekenhuis (Groningen)

Aandachtsgebied: NAH



Iris Habets
Opgeleid: OOR ZON
Einddatum opleiding: 01-08-2023
Huidige werkplek: Libra Revalidatie,
 locatie Leijpark

Aandachtsgebied: neurorevalidatie



Lieke Harmsen-Slotman
Opgeleid: OOR Amsterdam
Einddatum opleiding: 30-09-2023
Huidige werkplek: géén, er lopen
 sollicitaties, staat open voor suggesties

Aandachtsgebieden: trauma/orthopedie, amputatie, diabetische voet, technisch/schoenensprekkuur, algemene ziekenhuisrevalidatie



Petra van Hees
Opgeleid: OOR Leiden
Einddatum opleiding: 08-10-2023
Huidige werkplek: Basalt,
 locatie Leiden

Aandachtsgebieden: o.a. NMA, kinderrevalidatie



Marjolein Hogenes
Opgeleid: OOR Leiden
Einddatum opleiding: 30-09-2023
Huidige werkplek: Basalt, locatie
 HMC Westeinde

Aandachtsgebied: algemene ziekenhuisrevalidatie



Ebru Mumcu
Opgeleid: OOR Amsterdam
Einddatum opleiding: 30-06-2023
Huidige werkplek: Vogellanden, locatie ziekenhuis St. Jansdal

Aandachtsgebieden: neurorevalidatie, algemene ziekenhuisrevalidatie



Sietke Postema
Opgeleid: OOR NO
Einddatum opleiding: 15-04-2023
Huidige werkplek: UMCG Centrum voor Revalidatie, locatie UMCG en OZG

Aandachtsgebieden: pols/handrevalidatie, aangeboren afwijkingen bovenste extremiteit, algemene ziekenhuisrevalidatie



Claire Poublon
Opgeleid: OOR Utrecht
Einddatum opleiding: 31-03-2023
Huidige werkplek: Basalt, locatie Zoetermeer (waarneming)

Aandachtsgebieden: algemene ziekenhuisrevalidatie, arm- en handproblematiek, neurorevalidatie



Esther Schutte
Opgeleid: OOR Leiden
Einddatum opleiding: 31-07-2023
Huidige werkplek: Rijndam Revalidatie, locatie Franciscus Gasthuis

Aandachtsgebieden: arm- en handproblematiek, neuralgische amyotrofie en algemene ziekenhuisrevalidatie



Anne Spits
Opgeleid: OOR NO
Einddatum opleiding: 31-07-2023
Huidige werkplek: Treant
Aandachtsgebied: algemene

ziekenhuisrevalidatie



Roel Straathof
Opgeleid: OOR Leiden
Einddatum opleiding: 31-08-2023
Huidige werkplek: Basalt, locatie Den Haag

Aandachtsgebieden: neurorevalidatie en poliklinische revalidatie jongeren



Hein Swinkels
Opgeleid: OOR ON
Einddatum opleiding: 30-06-2023
Huidige werkplek: Klimmendaal, locatie Gelre Ziekenhuis Apeldoorn

Aandachtsgebieden: ziekenhuisrevalidatie, chirurgische en orthopedische revalidatie



Nikki van der Veldt
Opgeleid: OOR Amsterdam
Einddatum opleiding: 31-10-2023
Huidige werkplek: Basalt locatie Leiden
Aandachtsgebied: neurologie volwassenen

OOR NO = Noordoost Nederland;

OOR ON = Oost Nederland;

OOR ZON = Zuidoost Nederland;

OOR ZWN = Zuidwest Nederland

REVALIDATIE JAARPRIJS 2023

Op 9 november is tijdens de ALV de winnaar van de Revalidatie Jaarprijs voor Innovatieve patiëntenzorg bekendgemaakt door juryvoorzitter prof. dr. Frans Nollet. De prijs van 20.000 euro, beschikbaar gesteld door *Ipsen Farmaceutica*, is dit jaar toegekend aan prof. dr. Sander Geurts. Het project omvat onder andere een app om spasticiteit in het dagelijks leven te monitoren. Zo kan de indicatiestelling voor spasticiteitsbehandeling beter worden onderbouwd, kan het effect in de dagelijkse situatie gevolgd worden en wordt de patiënt beter betrokken bij de besluitvorming rond de behandeling. - HW



GENEESPLEZIER

Pauzeren op de grens

Naast van ons vak houd ik van wandelen, en soms komen die twee samen zoals tijdens mijn wandeltocht van Hoek van Holland naar Nice. Op www.loesloopt.nl schreef ik over angst, vertrouwen, *exercise=medicine*, *self efficacy*; ervaringen waarover patiënten vertellen en die ik herkende tijdens het lopen.

Bijvoorbeeld: ik volgde rood-witte markeringen, en binnen de kortste keren zag ik overal rood-wit. Een overweg, een paaltje: rood-wit, terwijl dit geen enkele betekenis had voor mijn route. Iets wat aandacht vraagt, zoals pijn, tintelingen, duizeligheid, krijgt vanzelf meer aandacht. Voor mij maakte dat niet uit, ik moest vooral lachen om mezelf. Maar voor patiënten is het lastig om te doorbreken.

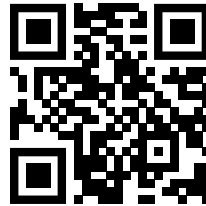
Patiënten willen leren om zich aan grenzen te houden. Op een goede dag krijgt iemand moed en onderneemt iets, zoals een wandeling van een half uur. Dat valt tegen: over de grenzen gegaan! Maar wat als ze elke dag 10 minuten zouden wandelen? Dan blijkt die grens meestal te verleggen. Ik heb mijn grenzen zeker overschreden en tegelijkertijd werd ik daardoor fitter en sterker. Ireen Wüst in een interview: 'Grenzen verleggen wordt tegenwoordig zo snel als negatief gezien. Maar het kan juist zo leuk zijn. De puzzel, de nieuwsgierigheid, van: wat kan? Tot waar? (...) Buiten je comfortzone zit de groei. Daar leer je jezelf kennen.'
Waarom en wanneer pauzeren we? Patiënten gaan vaak door totdat ze echt niet meer kunnen en hebben daarna veel tijd nodig om op te laden. Niet handig: zo krijg je minder gedaan dan wanneer je vaker kort pauzeert. Hoe groter je belastbaarheid, hoe meer je je kan permitteren zonder pauzes. Ik kon tijdens wandelingen een (eet)pauze uitstellen omwille van dreigend onweer, en als je de Vierdaagse loopt kan je moeilijk elke anderhalf uur pauzeren. Soms is het lastig aanvoelen wanneer een pauze het beste uitkomt. Doorbuffelen als je benen wiebelig worden of je licht in je hoofd wordt door te weinig eten helpt niet, ook niet bij dreigend noodweer. *Trial and error* dan maar, net als onze patiënten?

Loes Swaan, revalidatiearts Rijndam Revalidatie

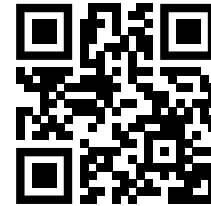
TOP 10 WENSEN PIJNPATIËNTEN EN BEHANDELAARS

De Landelijke Pijn Organisatie LPO heeft recent een uitvraag gedaan onder zowel patiënten als behandelaars wat men van elkaar verwacht en de antwoorden samengevat in een Top 10. Vanuit patiënten wil men naast o.a. gehoord worden ook aandacht voor functioneren en de beperkingen hierin, het samen opstellen van stapsgewijze haalbare doelen en het betrekken van het patiëntensysteem. Mooi, dat past goed bij ons vak en onze behandeling!

Andersom willen behandelaars graag dat patiënten ervoor openstaan om lichamelijk en/of mentaal ongemak te verdragen op korte termijn, om op langere termijn te bereiken wat waardevol is: dat klinkt als *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT), een door revalidatieteams veel toegepaste behandeling. Verder de uitnodiging aan patiënten om samen op zoek te gaan naar een passende aanpak, in plaats van iemand van de pijn af te helpen in een *quick fix*. Ook herkenbaar voor ons lijkt me. - LS



Top 10 wensen
behandelaren



Top 10 wensen
patiënten

BESTE PRESENTATIE EN BESTE POSTER



De prijs voor de Beste Presentatie van een Free Paper op het DCRM 2023 is gegaan naar **Sophie Vervullens**. Zij presenteerde het onderzoek *Clinical prediction model for interdisciplinary biopsychosocial rehabilitation in osteoarthritis patients*.



Tim Veneman won op het DCRM 2023 de prijs voor de Beste Poster met de poster getiteld *The validity of cardio-pulmonary exercise testing to assess peak oxygen consumption in people with slowly progressive neuromuscular diseases*. - HW

TOETSVRAGEN UIT EINDTOETS LANDELIJK ONDERWIJS

Op 2 en 3 februari 2023 heeft de themacursus 5 'Aandoeningen aan het spierskeletstelsel' plaatsgevonden voor aiossen revalidatiegeneeskunde. Aansluitend aan de cursus is een digitale eindtoets afgenomen met behulp van toetssysteem Remindo.

We behandelen hier twee vragen uit de toets van februari 2023. 29 aiossen hebben de toets gemaakt.

VRAAG 1:

PATIENT 1 HAS A FEMORAL SHAFT FRACTURE THAT IS BEING TREATED WITH CLOSED REPOSITIONING AND AN INTRAMEDULLARY PEN OSTEOSYNTHESIS.

PATIENT 2 HAS A TIBIAL PLATEAU FRACTURE THAT IS BEING TREATED WITH OPEN REPOSITIONING AND PLATE OSTEOSYNTHESIS.

BOTH PATIENTS ARE 35 YEARS OLD AND HEALTHY.

WHICH PATIENT IS ALLOWED TO BEAR FULL WEIGHT FROM THE FIRST DAY AFTER SURGERY?

- A. Only patient 1
- B. Only patient 2
- C. Both patients
- D. Neither patient

Deze vraag werd behoorlijk goed gemaakt, met een P-waarde van 0,66 en een R-waarde van 0,17 (maakt onderscheid tussen goed en minder goed presterende kandidaten). 19 aiossen gaven het juiste antwoord A, 5 aiossen antwoord C, 4 aiossen antwoord D, 1 aios antwoord B. Uit deze vraag en dit onderwerp komt duidelijk naar voren wat het belang is van kennis over de diverse operatietechnieken en de gevolgen daarvan voor de nabehandeling. Duidelijk is dat een intramedullaire pen osteosynthese direct belasting toelaat.

Namens Toetsingscommissie,

Wim G.M. Janssen

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 6 'Chronische pijn'.

VRAAG 2:

IN MULTI-TRAUMA CARE THERE IS A TIME PERIOD THAT IS REFERRED TO AS GOLDEN HOUR (ALSO KNOWN AS GOLDEN TIME). SEVERAL STATEMENTS CONCERNING THIS GOLDEN HOUR CAN BE MADE.

INDICATE WHETHER EACH OF THE FOLLOWING STATEMENTS IS TRUE OR FALSE.

- A. It is called golden because of the high costs related to medical care in this hour. **True/False?**
- B. It is the first hour after admittance to the hospital because of the multi-trauma injury. **True/False?**
- C. Prompt medical treatment in this hour gives the highest likelihood to prevent death. **True/False?**

De vraag werd gemaakt met $P=0,85$, $r=0,20$ – Onderscheidend vermogen.

2 aiossen hebben stelling A fout (bij deze deelvraag hoge negatieve R-waarde $-0,52$, 'minder goed presterende aiossen' kiezen hier 'true' in plaats van 'false'), 11 aiossen hebben stelling B fout. Alle aiossen hebben stelling C juist; deze vraag onderscheidt dus helemaal niet en kan net zo goed weggelaten worden.

Bron: Braddom, chapter 58

Juste antwoorden toetsvragen
Vraag 1: Antwoord A
Vraag 2:
A. False
B. False
C. True

EDITORIAL GASTREDACTIE

Focus op toegankelijk zorg en inclusie

‘**H**oe houden we de zorg in de toekomst voor iedereen toegankelijk?’ is een vraag die hoog op vele agenda’s staat (politiek, Integraal Zorgakkoord (IZA), zorginstellingen).

Welke richting gaan we zelf kiezen in een steeds sneller veranderende maatschappij? Met ‘we zelf’ denken wij aan verschillende niveaus: VRA/RN, revalidatie-instellingen en de revalidatiearts.

Laten wij onze stem wel voldoende horen? Of zijn we stil omdat we geen mening of onvoldoende visie hebben? Het is tijd om onze grenzen te verleggen. Volgen we het IZA en/of kiezen we de weg die de Wereldgezondheidsorganisatie met betrekking tot ‘Revalidatie voor iedereen’ voor ogen heeft? De NTR-special met ‘Focus op toegankelijke zorg en inclusie’ gaat in op al deze en onderstaande vragen.

Bij een vraag over de toekomst is het goed om stil te staan bij nu: hoe doen we het nu?

We hebben een prachtig vak en kunnen met behulp van klinisch redeneren en de ICF veel complexe situaties analyseren en de richting voor behandeling bepalen samen met de patiënt.

Als het complex wordt voelen we dit als een ultieme uitdaging. Zo leveren we goede zorg. Maar wat is goede zorg als de patiënt met lage gezondheidsvaardigheden en de patiënt die het Nederlands niet goed beheerst niet bij ons binnenkomen of vroegtijdig afhaken?

Hoe is dit voor patiënten met multiproblematiek en/of multispecialistische problemen? Hoe gaan we om met de toenemende groep personen in Nederland zonder vaste verblijfplaats of patiënten met neuropsychiatrische problematiek? Laten we deze patiëntengroepen sowieso niet binnen omdat ze te complex zijn en niet in onze zorgpaden passen? Of kijken we over onze grenzen naar netwerkgeneeskunde en creëren we samen zorg op maat?

Hoe inclusief is onze opleiding? Houden we ons tijdens de selectie en het sollicitatiegesprek aan inclusieve recruitment waarbij aiossen met diverse achtergronden welkom zijn? Oftewel: let je bij de werving en selectie van talent niet op bijvoorbeeld persoonlijke achtergrond, geslacht en leeftijd? Aiossen revalidatiegeneeskunde met diverse culturele achtergronden zullen ons vak verrijken en onze blik verbreden.

Vergeet ook niet het prikbord te lezen. *Blackspots in your own box*, waar we direct mee aan de slag kunnen.

We wensen je veel leesplezier en discussie. Dat deze *special* mag bijdragen aan verandering om *Rehabilitation for all* mogelijk te maken en te houden.

De gastredactie:

Wim Otto, Esther Schutte, Marga Tepper, Rachel Zalmijn



De inzet van digitale zorgtechnologieën binnen de medisch specialistische revalidatie

Met de druk op de zorg en het tekort aan zorgprofessionals is het belangrijk voor een patiënt om zelf het initiatief te nemen en te houden. Digitale zorgtechnologieën kunnen patiënten hierin ondersteunen. Maar dan moeten deze technologieën wel aansluiten bij alle gebruikers (de patiënt en de zorgprofessional) en onderdeel worden van het zorgproces. Maar ook is het belangrijk om zicht te krijgen op de maatschappelijke impact van deze digitale zorgtechnologieën.



S.M. (STEPHANIE) JANSEN-KOSTERINK PHD

**SENIOR ONDERZOEKER, ROESSINGH RESEARCH
EN DEVELOPMENT, ENSCHEDE**



CORRESPONDENTIE

s.jansen@rrd.nl

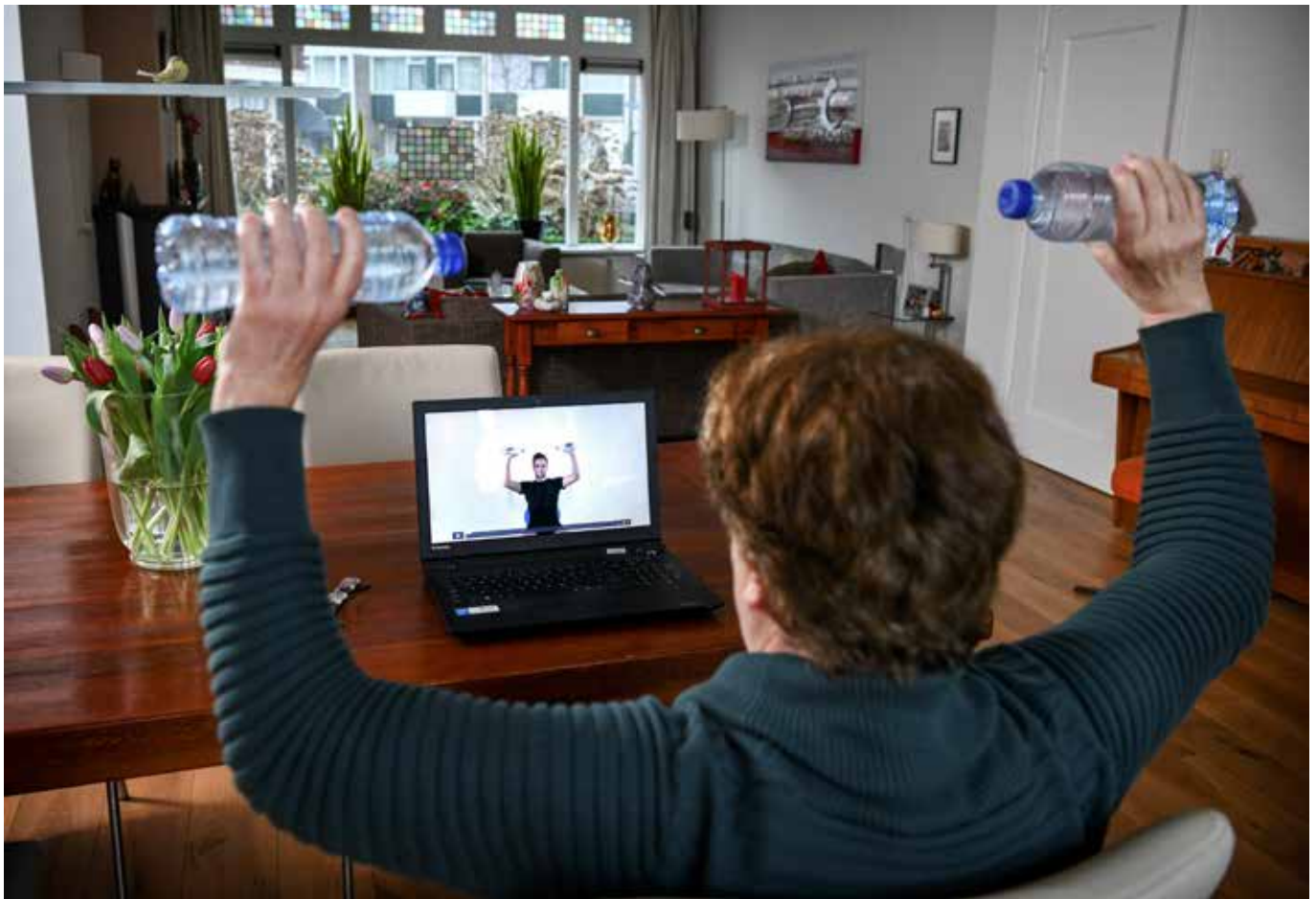
Het niet hoeven reizen en het wel kunnen revalideren werd ruim tien jaar geleden door patiënten die gebruik maakten van een online oefenportaal gezien als het grootste voordeel van thuis revalideren. Als tweede en derde voordeel werden genoemd de mogelijkheid om eigen trainingsmomenten te plannen en het krijgen van goede instructies door gebruik te maken van de video's.¹ Maar ondanks deze positieve geluiden is (ruim tien jaar later) van grootschalige implementatie van digitale zorgtechnologieën in de medisch specialistische revalidatie amper sprake. Uit verschillende bronnen blijkt dat digitale zorgtechnologieën de toegankelijkheid en de kwaliteit van de gezondheidszorg kunnen verbeteren en de kosten kunnen verlagen.² De grootte van dit effect is afhankelijk van het type technologie, het klinische doel en de wijze waarop deze technologie wordt ingezet.³

MOGELIJKHEDEN

De komende jaren komt er meer aandacht voor het verbeteren van de toegankelijkheid van de zorg. Digitale zorgtechnologieën kunnen patiënten ondersteunen bij het vergroten van zelfmanagement-vaardigheden. Met de druk op de zorg en het tekort aan zorgprofessionals is het belangrijk voor een patiënt om zelf het initiatief te nemen en te houden. Digitale zorgtechnologieën bieden patiënten tal van mogelijkheden. Door de inzet van sensoren, zoals activiteitenmeters, kunnen patiënten meer inzicht krijgen in hun eigen activiteitsniveau en hier gericht feedback op ontvangen. Voor iedereen is het belangrijk om voldoende te bewegen. Het inzicht krijgen in je eigen activiteitsniveau is de eerste stap naar het verbeteren van dit niveau. Andere sensoren, zoals een hartslagmonitor en/of saturatiemeter, kunnen patiënten ondersteunen bij het bewegen en sporten binnen eigen kaders. Daarnaast geven online portalen patiënten de mogelijkheid om thuis informatie na te lezen, om laagdrempelig contact op te nemen met zorgprofessionals en thuis te revalideren. Het beeld wat ik hier schets is natuurlijk een utopie. De voorbeelden die ik hier geef kunnen eigenlijk alleen de patiënten helpen die al voldoende digitale en zelfmanagement-vaardigheden hebben. Hier hebben veel patiënten juist moeite mee.

ONGELIJKHEID

Daarom denk ik dat op dit moment de inzet van digitale zorgtechnologieën juist leidt tot meer ongelijkheid in de zorg. Ook in de medisch specialistische revalidatie. De patiënt die zonder de inzet van de digitale zorgtechnologieën tot een wenselijk niveau herstelt, zal met de inzet van deze zorgtechnologieën tot eenzelfde of →



hoger niveau uitkomen en wellicht iets sneller. Maar juist de patiënt die meer steun en begeleiding nodig heeft, zal nu weinig of geen voordeel halen uit de inzet van digitale zorgtechnologieën. Misschien leidt de inzet juist tot meer onbegrip en frustratie. Graag bied ik twee oplossingen aan om te voorkomen dat de inzet van digitale zorgtechnologie leidt tot ongelijkheid in de zorg.

OPLOSSING 1

Om tot digitale zorgtechnologieën te komen die goed aansluiten bij de behoeften van patiënten en zorgprofessionals is het belangrijk dat een diverse groep van patiënten en zorgprofessionals betrokken is bij de ontwikkeling en evaluatie van deze technologieën. Grofweg zijn er twee soorten digitale zorgtechnologieën: technologieën ontwikkeld en geëvalueerd zonder én met eindgebruikers. De digitale zorgtechnologie ontwikkeld en geëvalueerd zonder eindgebruikers sluit vaak niet aan bij de doelgroep en biedt geen oplossing. Ik denk dat iedereen wel een voorbeeld kan bedenken. De digitale zorgtechnologie die samen ontwikkeld en geëvalueerd is met eindgebruikers (in co-creatie) sluit vaker beter aan bij de doelgroep. Maar alleen als deze eindgebruiker tijdens

het gehele proces (dus van ontwikkeling tot aan implementatie) deel blijft uitmaken van het team kan er gezorgd worden voor een perfecte aansluiting tussen de technologie en de eindgebruikers. Hier gaat het juist vaak mis. Patiënten en zorgprofessionals worden in het begin van het ontwikkelproces gevraagd om hun

'De zorgtechnologie die samen ontwikkeld is met eindgebruikers sluit vaker beter aan bij de doelgroep'

mening te geven en daarna gaan de ontwikkelaars aan de slag zonder verdere afstemming. Wanneer eindgebruikers (continue) betrokken worden bij het ontwikkel- en evaluatieproces van een digitale zorgtechnologie is er nog een ander punt waar we ons bewust van moeten zijn; selectie bias. Vooral de actieve en goed te motiveren patiënten zijn de patiënten die zich aanmelden voor dit soort processen. Dit zijn patiënten die communicatief sterk zijn en goed hun mening kunnen vormen. Dit zijn niet de patiën-

ten die de digitale zorgtechnologieën in de toekomst (maar ook al nu) moeten gaan gebruiken om de toegankelijk van de medisch specialistische revalidatie te behouden. Het betrekken van deze patiënten is lastig, maar onze ervaring leert dat persoonlijk benaderen en het goed uitleggen van alle stappen in het proces helpt om ook deze patiënten bij dit proces te betrekken.

OPLOSSING 2

Om het gebruik van de digitale zorgtechnologie door de patiënten en zorgprofessionals te optimaliseren is het belangrijk dat de nieuwe technologie onderdeel wordt van het zorgproces. Het implementeren van digitale zorgtechnologie, maar ook andere innovaties, is een vak op zich. Het is belangrijk dat bij dit proces ook alle relevante eindgebruikers worden betrokken. Het is van groot belang dat de nieuwe zorgtechnologie aansluit bij de wensen en behoeften van patiënten en zorgprofessionals, maar ook goed past bij de cultuur van een zorginstelling. Ook is het belangrijk dat iedereen weet wat de verwachtingen zijn en wat zijn of haar rol is. Het lijkt dat het onze natuurlijk reflex is om de nieuwe digitale zorgtechnologie te testen in een pilot. Binnen deze pilot wordt vaak weinig aandacht besteed aan het servicemodel (de inzet van de technologie in het zorgproces). Een belangrijk thema is scholing. Welke scholing is nodig voor de patiënt én de zorgprofessional om goed gebruik te kunnen maken van de digitale zorgtechnologie? Deze scholing moet zich niet alleen richten op het goed gebruiken van de technologie (het vergroten van digitale vaardigheden), maar ook op andere thema's, zoals zelfmanagement.

MAATSCHAPPELIJKE IMPACT

De twee oplossingen die ik aandraag zijn op het vlak van de eindgebruiker en de zorg. Voor het financiële vlak heb ik geen duidelijke oplossing maar wel een eerste idee. Vaak wordt er tijdens de pilotperiode ook niet nagedacht over structurele financiering. Naast de aandacht voor het servicemodel tijdens deze periode, om de inbedding van de digitale zorgtechnologie in de zorg te verzekeren, is het ook belangrijk om stil te staan bij het verdien- en betaalmodeel. Het is belangrijk dat het voor elke belanghebbende, oftewel stakeholder, duidelijk is wat de verandering (de inzet van de digitale zorgtechnologie in de medisch specialistische revalidatie) oplevert. Een methode die goed aansluit bij de *Quadruple Aim* (een werk- en handelingswijze om de gezondheidszorg te optimaliseren aan de hand van vier doelstellingen: het verbeteren van de ervaring die patiënten/cliënten hebben over de zorg, het verbeteren van de gezondheid van de algemene populatie, het verbeteren van het werkleven van zorgverleners en het verlagen van de zorgkosten per hoofd van de bevolking) en de mogelijk-

heid biedt om hier snel duidelijkheid in te geven, is de *Social Return On Investment* (SROI) methode. Met deze internationaal gevalideerde methode is het mogelijk om samen met alle belanghebbenden als onderdeel van het co-creatie proces en op basis van het servicemodel een goed eerste beeld te schetsen van de impact van de digitale zorgtechnologie op de maatschappij. Het is belangrijk om naast het perspectief van de eindgebruiker en de zorg in een vroeg stadium van de ontwikkeling en evaluatie van een zorgtechnologie ook aandacht te hebben voor het maat-

'Om de inbedding van de digitale zorgtechnologie in de zorg te verzekeren is het belangrijk om stil te staan bij het verdien- en betaalmodeel'

schappelijke perspectief. Dit inzicht geeft ons de mogelijkheid om vroegtijdig het kaf van het koren te scheiden en onze tijd en energie te steken in digitale zorgtechnologieën voor de medisch specialistische revalidatie met voldoende maatschappelijke impact. Daarnaast geeft het de mogelijkheid om tijdens de pilotperiode het gesprek te starten met de betalende partij over structurele financiering van de digitale zorgtechnologie.

TEN SLOTTE

We mogen er niet zomaar vanuit gaan dat de huidige beschikbare digitale zorgtechnologieën de toegankelijkheid van de medisch specialistische revalidatie vergroot. Nu leidt de inzet van digitale zorgtechnologie eerder tot meer ongelijkheid. Als we willen dat de inzet van digitale zorgtechnologie leidt tot meer gelijkheid is het belangrijk om alle eindgebruikers continue te betrekken bij het ontwikkel-, evaluatie- en implementatieproces van digitale zorgtechnologieën en moet er voldoende aandacht zijn voor de scholing van eindgebruikers (patiënten en zorgprofessionals). Om de toegankelijkheid van de medisch specialistische revalidatie te behouden is het belangrijk dat de digitale zorgtechnologieën (als middel) aansluiten bij de behoeften van patiënten en zorgprofessionals. Verder is het belangrijk om naast de eindgebruiker en de zorg ook oog te hebben voor de maatschappelijke impact. ←



→ De referenties van dit artikel vind je bij dit artikel op www.revalidatie.nl/ntr/.

Waar is de revalidatiegeneeskunde in het publieke debat?

De revalidatie erkent als geen andere medische discipline dat de context waarin we leven ons functioneren beïnvloedt. Tegelijkertijd wordt er weinig gedaan om belangrijke omgevingsfactoren te veranderen. Sterker, de revalidatie lijkt het publieke debat over zorg en ondersteuning te vermijden. Een blinde vlek, misplaatste bescheidenheid, of toch nog teveel dokter in de spreekkamer?



DR. S.R. (SANDER) HILBERINK

Lector Ondersteuningsbehoeften: Levenslang en Levensbreed, Kenniscentrum Zorginnovatie Hogeschool Rotterdam



CORRESPONDENTIE

s.r.hilberink@hr.nl

Laait ik maar meteen de knuppel in het hoenderhok gooien: de revalidatie slaagt er niet in te handelen naar haar eigen inzichten. En dit is ernstig, hierdoor worden de patiënten maar ten dele ondersteund om hun ambities en wensen te verwezenlijken. Het is *not done* te erkennen dat de maatschappij tal van barrières opwerpt om vervolgens achterover te leunen en te verwachten dat anderen die barrières wel zullen slechten.

DRIEMAAL IS SCHEEPSRECHT?

Toen het kabinet in 2011 van plan was het persoonsgebonden budget (PGB) af te schaffen ontketende dit een massaal protest (google maar even op 'Terug naar de Bossen'), maar vanuit de revalidatiegeneeskunde bleef het stil. Terwijl het PGB hét instrument

bij uitstek is om eigen regie te behouden en te participeren in de samenleving. Geen onbelangrijke doelstellingen van de revalidatie.

Toen veel partijen de lobby steunden om in Nederland het VN-Verdrag Handicap¹ geratificeerd te krijgen (hetgeen uiteindelijk gebeurde in 2016), bleef het vanuit de VRA stil. Terwijl de VRA gelijkheid en inclusie zegt te omarmen, getuige ook de titel van het laatste DCRM-congres *Rehabilitaton for all: equality and inclusivity*.

Toen in 2021 de *Medical Device Regulation* (MDR) van kracht werd, heb ik de VRA, Revalidatie Nederland noch Ergotherapie Nederland iets zinnigs over de malle consequenties horen zeggen. Terwijl de MDR

'Leven met een disability; niet alleen een persoonlijke opgave, ook een maatschappelijk vraagstuk'

veel mensen in hun dagelijks leven treitert doordat simpele aanpassingen niet meer uitgevoerd durven te worden. Denk bijvoorbeeld aan het plaatsen van een Maxi-Cosi op de rolstoel van een moeder.

Zomaar drie voorbeelden waarin de revalidatieartsen als multidisciplinaire experts de mogelijkheid voorbij lieten gaan om voor personen met een *disability*^a impact te maken. Dit moet anders.

a. In dit artikel gebruik ik de term *disability* in plaats van *beperking of handicap*. *Disability* verwijst naar het Sociaal Model en wordt gedefinieerd als een sociale constructie voortkomend uit interacties tussen individu, zijn of haar lichaam en samenleving. Zie Cardol, Koster & Hilberink (2020)² en Oliver (2013).³

EXTERNE FACTOREN

Voordat ik verder ga moet ik bekennen dat ik een ambivalente houding tegenover de revalidatiegeneeskunde heb. Dertien jaar van mijn werkzame leven heb ik hierin doorgebracht. Het is een mooi vak- en onderzoeksgebied met veel betrokken, kundige en gedreven professionals. Maar ook breng ik, als ouder wordende volwassene met cerebrale parese (CP), al bijna vijftig jaar van mijn privéleven door in de revalidatie, met wisselende frequentie en intensiteit. En ook met wisselend resultaat.

Toegegeven, wat de revalidatiegeneeskunde onderscheidt van veel andere medisch specialismen is het gebruik van de *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF).⁴ Naast de lichaamsfuncties staan ook dagelijkse activiteiten en participatie centraal, die mede beïnvloed worden door persoonskenmerken en externe factoren. En hoewel de ICF zeker niet heilig is (zie bijvoorbeeld Mitra & Shakespeare, 2019⁵), is de opvatting dat *context matters* een essentieel uitgangspunt is. Ook voor personen met een *disability* zelf: zo vinden bijvoorbeeld volwassenen met CP deze omgevingsfactoren voor hun dagelijks leven belangrijker dan onderzoekers.⁶

Waar veel personen met een *disability* tegenaan lopen is dat de wereld niet is ingericht op hun leven. Dit zijn onder andere wet- en regelgeving en medische richtlijnen en procedures. Externe factoren binnen de ICF dus. Juist omdat individuele interventies niet altijd het gehoopte resultaat brengen, zou de revalidatie zich veel meer moeten bezighouden met het beïnvloeden van externe factoren.

Er zijn beroepsverenigingen die zich actief buiten de muren van de spreekkamer mengen in beleidsdiscussies en het publieke debat. Denk bijvoorbeeld aan de rol van de Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVGN) en Verslavingskunde Nederland (VKN) in het Nationaal Preventieakkoord en aan het debat in najaar 2022 over de acute verloskunde en de geboortezorg waarbij de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) schriftelijke input gaf aan de Tweede Kamer. En dan zijn er ook individuele artsen die zich in het publieke debat mengen, waaronder neuroloog Bas Bloem (verbod op pesticiden), longartsen Wanda de Kanter en Pauline Dekker (rookpreventie) en longarts Sander de Hosson (palliatieve zorg). Zij worden gehoord en maken impact.

MAAK IMPACT

Het wordt tijd dat de revalidatiegeneeskunde het ICF niet louter als diagnostisch- en behandelkader ziet in het contact met de



‘Disability only becomes a tragedy when society fails to provide the things we need to lead our lives - job opportunities or barrier-free buildings, for example’

- JUDY HEUMANN, 1987

patiënt en diens naasten. Het moet ook gaan om het optimaliseren van externe factoren en daarmee om een publieke rol. Meer actief buiten de spreekkamer. Door zich te mengen in het publieke debat over zaken als verschraving van zorg en ondersteuning - waardoor eigen regie en participatie van mensen met een *disability* onder druk staan - kan de revalidatie meer impact hebben op hun dagelijks leven. Leven met een *disability* is niet alleen een persoonlijke opgave, het is eveneens een maatschappelijk vraagstuk. ←



→ De referenties van dit artikel vind je bij dit artikel op www.revalidatie.nl/ntr/.

Lage gezondheidsvaardigheden in de revalidatiezorg

Zijn we in de revalidatie vaak horende doof en ziende blind?¹ Wist je dat mensen met lage gezondheidsvaardigheden leven met 15 minder gezondheidsjaren?

Met dit artikel wordt het belang van het herkennen en erkennen van patiënten met lage gezondheidsvaardigheden onderstreept. Het is zowel van belang voor elke zorgprofessional als ook voor logistieke werknemers in de gehele organisatie.



J.H.M. (JOS) DEKKER

Revalidatiearts, gepensioneerd maar niet in ruste, Castricum



CORRESPONDENTIE

jhmdekker@gmail.com

transculturelerevalidatie@revalidatiegeneeskunde.nl

CASUS 1.

AL VOOR HET EERSTE CONTACT LOOPT HET MIS

Een patiënt werd via de huisarts verwezen voor poliklinische behandeling. Conform het behandelprogramma krijgt de patiënt als eerste stap via de mail het verzoek om klinische vragenlijsten in te vullen. Daarna kan de patiënt opgeroepen worden voor een eerste consult. Na een maand stuurt het secretariaat een reminder. Na drie maanden is er nog geen reactie...

HOE MOET JE HIERMEE OMGAAN?

CASUS 2.

JE KRIJGT JE VINGER ER NIET ACHTER

Hoewel je er veel energie in gestopt hebt houd je bij een poli-patiënt het gevoel dat de hulpvraag en de motivatie voor een behandeling onduidelijk blijven. Ook heb je het idee dat de uitleg over diagnose en behandeling niet of maar gedeeltelijk is overgekomen...

HOE KRIJGT JE MEER DUIDELIJKHEID IN DEZE SITUATIE?

CASUS 3.

EEN FADE OUT IN DE POLIKLINISCHE BEHANDELING

In een poliklinische revalidatiebehandeling, waar je toch al wat niet-uitgesproken twijfels bij had, komt een patiënt een paar keer niet opdagen. Na contact via het secretariaat en een behandelaar komt de patiënt weer (de redenen voor de absentie waren niet helemaal duidelijk). Na enkele behandelingen blijft de patiënt zonder bericht verder weg...

HAD JE DIT KUNNEN VOORKOMEN?

Vermoedelijk komen deze situaties niet helemaal onbekend voor. Er kan in alle drie de situaties van alles aan de hand zijn. De kans is echter groot dat het gaat om een patiënt met lage gezondheidsvaardigheden. Dit is een te weinig herkend/erkend probleem, en waarschijnlijk de belangrijkste bron van slechte toegankelijkheid en van uitsluiting in de revalidatiezorg.¹

LAGE GEZONDHEIDSVAAARDIGHEDEN, WAT IS HET PROBLEEM?

We worden steeds ouder en het aantal jaren in goed ervaren gezondheid stijgt. Maar is dat voor ons allemaal zo? Er blijken grote verschillen in gezondheid te bestaan die samenhangen met sociaaleconomische positie en/of migratieachtergrond. Mensen met een laag opleidingsniveau, weinig inkomen of een migratieachtergrond hebben een minder goede lichamelijke en psychische gezondheid dan anderen. Ook hun levensverwachting ligt lager. Uit onderzoek in de gezondheidszorg is er toenemend bewijs dat de mate waarin mensen beschikken over gezondheidsvaardigheden een belangrijk deel van deze gezondheidsverschillen verklaart. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) benoemt het als een centrale determinant van ongelijkheid in gezondheid.

Lage gezondheidsvaardigheden

Eén op de drie Nederlanders heeft beperkte gezondheidsvaardigheden.² Dat zijn mensen die moeite hebben met het vinden, begrijpen en toepassen van informatie over gezondheid en ziekte. Daardoor hebben ze moeite met beslissingen ten aanzien van gezondheid en ziekte. Dit heeft als gevolg dat mensen met lage gezondheidsvaardigheden de verkeerde beslissingen nemen, te laat in de zorg komen, adviezen niet opvolgen of medicatie onjuist gebruiken.^{2,3}

Zorgverleners kunnen bijdragen aan het vermijden van deze problemen door hun informatie, adviezen en werkwijze beter af te stemmen op de vaardigheden en het niveau van geletterdheid van patiënten.⁴

Echter, zorgverleners herkennen maar ongeveer 40% van de patiënten met lage gezondheidsvaardigheden. Bij 60% houden ze niet specifiek rekening met beperkte gezondheidsvaardigheden in communicatie, informatie en advies.⁴

Dat heeft behoorlijke negatieve consequenties voor de gezondheid van de patiënt.

HOE SPEELT DIT PROBLEEM IN DE REVALIDATIE?

Hoe dit probleem speelt illustreer ik met enkele voorbeelden:

- We zien de algemene populatie van Nederland in de spreekkamer, 25-33% heeft lage gezondheidsvaardigheden. In sommige doelgroepen van de revalidatiegeneeskunde zelfs meer. Bij revalidatie voor mensen met chronische pijn worden percentages genoemd van >50 tot 69%.^{6,7}
- Beperking van de toegang tot en de uitval tijdens pijnrevalidatie (tot 20%) is in Nederland tweemaal zo groot voor patiënten met een migratieachtergrond.⁸
- Lang niet op alle werkplekken is er voor patiënten redelijke toegang tot tolkdiensten.
- Lang niet overal is er hulp georganiseerd voor patiënten bij (al dan niet digitale) toegang tot en deelname aan onze revalidatiezorg.

Lage gezondheidsvaardigheden hebben consequenties voor de revalidatiezorg die tot nu toe sporadisch onderzocht en beschreven zijn. In onze zorg is sprake van problemen in informatievoorziening, aanmelding, toegang, communicatie, en in starten en uitvoeren van een behandeling. Dat speelt niet alleen bij de primaire zorgprofessionals. Het speelt ook bij ondersteunende diensten, met name secretariaten, planning, balies, ICT, communicatieafdelingen (websites, folders, voorlichtingsmateriaal). Er zijn geen cijfers in hoeverre op organisatieniveau het probleem herkend en eventueel geagendeerd wordt. Er speelt dus een groot probleem, en er is een forse blinde vlek!

WAT DOEN WE ER AL AAN IN PRAKTIJK?

Systematisch

In het tweedejaars lijnonderwijs aan de artsen in opleiding tot revalidatiearts vult het onderwerp 'lage gezondheidsvaardigheden' sinds tien jaar een volle dag. Meer dan de helft van die tijd trainen de assistenten praktisch met acteurs en trainers van Pharos (expertisecentrum gezondheidsverschillen). Ze leren lage gezondheidsvaardigheden te herkennen en er in de communicatie goed mee om te gaan.

Ad hoc

Diverse centra en ziekenhuizen hebben op beperkte schaal cursussen beschikbaar gesteld aan voornamelijk artsen en behandelaars, in mindere mate aan ondersteuners.

ALLIANTIE GEZONDHEIDSVAARDIGHEDEN

Er wordt in de revalidatie een begin gemaakt met herkenning en aanpak van het probleem. Elders in de zorg is men er al langer mee bezig,⁹ zoals bijvoorbeeld bij het huisartsengenootschap NHG. De onderzoeksinstituten Nivel, UMC Amsterdam (sociale geneeskunde), UMC Maastricht (CAPHRI), UMC Groningen (sociale geneeskunde) en Pharos zijn de kartrekkers van de Alliantie Gezondheidsvaardigheden. Zij hebben zich de taak opgelegd lage gezondheidsvaardigheden binnen en buiten hun organisaties op de agenda te zetten. Ze stellen hun kennis, ervaring en publicaties beschikbaar voor overige organisaties en zorgprofessionals (zie figuur 1). →



Figuur 1. Gesprekskaart voor patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden (uitgave van Pharos, Vilans, GGD Gelderland Zuid). Te downloaden via <https://www.pharos.nl/kennisbank/gesprekskaart-voor-patiënten-met-beperkte-gezondheidsvaardigheden/>.

Alliantie Gezondheidsvaardigheden

De Alliantie Gezondheidsvaardigheden is een netwerk dat bestaat uit 110 partners. Dit zijn organisaties, instellingen en bedrijven die zich inzetten voor het bevorderen van gezondheid of het voorkomen van ziekten bij mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Een belangrijk doel van de Alliantie is het uitwisselen van kennis en ervaring en het bevorderen van samenwerking. (www.gezondheidsvaardigheden.nl).

AAN DE SLAG IN DE REVALIDATIEZORG!

Op de website van de Alliantie Gezondheidsvaardigheden zijn uitvoerige documentatie, test- en instructiemateriaal, cursussen en dergelijke beschikbaar om met de volgende items aan de slag te gaan (gebruik de QR-code):

- het agenderen van lage gezondheidsvaardigheden in je organisatie;
 - het herkennen van het lage gezondheidsvaardigheden in de praktijk;
 - het verbeteren van communicatie met mensen met lage gezondheidsvaardigheden;
 - het aanpassen van de praktijkvoering;
 - aanpassingen in de organisatie;
 - aanpassingen aan het beleid;
 - training en onderwijs over lage gezondheidsvaardigheden;
 - wetenschappelijk onderzoek met een inclusief karakter.
- Hierin worden patiënten met lage gezondheidsvaardigheden niet of minder vaak geëxcludeerd.



Ga voor uitgebreide informatie naar <https://www.gezondheidsvaardigheden.nl/aan-de-slag/>.
Of gebruik de QRcode.

Aan de lezer de keus om deze informatie verder op te pakken in de persoonlijke werksituatie, zowel op de werkvloer als op organisatie-niveau. Doe dit samen met collega's die het probleem herkennen en er ook iets mee willen; samen sta je sterker! (Voor praktische tips hierbij zie ook item: 'Agenderen van lage gezondheidsvaardigheden in je organisatie' achter bovengenoemde link/QR-code).

TEN SLOTTE

Ik hoop dat dit artikel een bijdrage levert aan voortgaande bewustwording van lage gezondheidsvaardigheden en aan het ondernemen van verdere actie binnen de revalidatiezorg in

Nederland. Het betreft een zeer groot probleem, dat nog te weinig onderkend wordt.

Als je als individu het probleem wel herkent en wilt aanpakken heb je nog steeds inzicht en hulp van collega's en van de organisatie nodig om verder te komen, zodat de zorg meer toegankelijk en inclusief wordt. Op organisatieniveau vraagt dit om leiderschap dat iedereen inspireert om constructief samen te werken aan dit

'De zorg wordt meer toegankelijk en inclusief als er binnen de revalidatiezorg meer bewustwording komt voor lage gezondheidsvaardigheden'

belangrijke doel in de revalidatiezorg. Misschien participeren er over vijf jaar wel revalidatiecentra of revalidatieafdelingen van ziekenhuizen in de Alliantie?

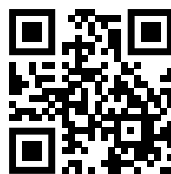
Veel succes met de verdere stappen!

VRAGEN

Bij vragen over dit artikel kan een beroep gedaan worden op de Werkgroep Transculturele Revalidatie (WTCR) van de VRA. (transculturelerevalidatie@revalidatiegeneeskunde.nl) ←

Begrijp je Lichaam

Begrijp je Lichaam geeft uitleg over het menselijk lichaam en veelvoorkomende klachten waarin gebruik wordt gemaakt van eenvoudige anatomische afbeeldingen en eenvoudige teksten.



→ De referenties van dit artikel vind je bij dit artikel op www.revalidatie.nl/ntr/.

Toolkit voor vergroten toegankelijkheid van revalidatie voor kwetsbare groepen

In deze spotlight wil de auteur graag aandacht vragen voor een WHO-toolkit met een onderwijsprogramma dat de gezondheid van mensen met een beperking kan verbeteren. Dit kan in ieder revalidatiecentrum of iedere ziekenhuisafdeling worden toegepast.



DRS. M. (MARGA) TEPPER

Revalidatiearts UMC Groningen Centrum
voor Revalidatie



CORRESPONDENTIE

m.tepper@umcg.nl

Een onderwijsprogramma uit de *Western Pacific Region* van de WHO kan helpen bij de start van *Rehabilitation for all* in de organisatie waar u werkt. Dit onderwijsprogramma is zowel geschikt voor de zorgprofessional aan het bed als ook voor logistieke werknemers en het management. Het kan in de gehele keten ingezet worden, van eerste lijn tot universitaire centra.

WAAROM DIT ONDERWIJSPROGRAMMA?

Een *disability-inclusive Health service* kan de gezondheid van mensen met een beperking aanzienlijk verbeteren. In Nederland leven mensen met een laag inkomen gemiddeld 15 gezondheidsjaren minder dan mensen met een hoger inkomen. Bieden wij binnen de revalidatie de mensen met lage inkomens wel dezelfde kansen? Bieden we mensen die vanuit een rolstoel functioneren hetzelfde? Kunnen ze met de groepsactiviteiten meedoen? Geven we mensen met een beperking in spreektempo of taalbegrip wel voldoende tijd om eigen regie te houden?

WELKE SOORTEN DREMPELS AANPAKKEN?

1. Drempels, die toegankelijkheid van de zorg belemmeren voor mensen met een beperking.
2. Drempels die de patiënt tegenkomt tijdens de behandeling.

ER ZIJN ZEVEN MODULES:

1. Waarom is *disability inclusion* belangrijk voor de organisatie?
2. Promoten van positieve respectvolle benadering en waardering van mensen met een beperking in de gehele organisatie.
3. Het aanpakken van fysieke drempels.
4. Informatievoorziening aangepast aan de patiënt.
5. Een aangepast informatiesysteem voor planning, monitoring en evaluatie.
6. Revalidatie als geïntegreerd onderdeel van de gezondheidsorganisatie door het inventariseren van de patiënt zijn revalidatiebehoefte. Dit betekent ook op de hoogte zijn van de lokale/regionale mogelijkheden in de keten en hier zo optimaal mogelijk gebruik van maken.
7. Bij nieuwe (acute) gezondheidssituaties ook mensen met een beperking optimaal informeren en de toegankelijkheid voor vluchtwegen en nieuwe therapieën waarborgen. In de Nederlandse situatie bijvoorbeeld: werden alle kwetsbare groepen rondom COVID bereikt? En waren de vaccinatielocaties voldoende aangepast voor mensen met een beperking?

ELKE MODULE IS OPGEBOUWD MET:

- Waarom belangrijk?
- Video 1.
- Wat zijn de drempels en/of negatieve impact in iedere situatie.
- Video 2.
- Benoemen van verbeterpunten en verbeteracties.
- Integreeren van de verbeteracties. Pas ze toe!

Kortom, dit onderwijspakket gebruiken in de organisatie kan leiden tot een betere gezondheid voor mensen met een beperking.

Literatuur

World Health Organization. *Regional Office for the Western Pacific. Disability-inclusive health services toolkit: a resource for health facilities in the Western Pacific Region. WHO Regional Office for the Western Pacific, 2020. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336857>.* ←



INTERVIEW MET RICK BRINK, VOORMALIG OFFICIEUS MINISTER VAN GEHANDICAPTENZAKEN

'De tijd is rijp voor meer inclusie'

In 2019 werd Rick Brink tijdens een live tv-optreden gekozen tot 'minister van gehandicaptenzaken' voor een periode van ruim een jaar. Wat bedoeld was als statement om meer aandacht te genereren voor inclusie op de arbeidsmarkt van mensen met een beperking leidde voor hem tot grote betrokkenheid bij allerlei initiatieven op dit gebied. Als ervaringsdeskundige en bovendien politiek actief heeft hij een duidelijke mening over wat er in onze maatschappij zou moeten veranderen. Anke Meester sprak hierover met hem.



DR. A. (ANKE) MEESTER
(Kinder)revalidatiearts n.p.



ROBBERT BRINK FOTOGRAFIE

Van 2019 tot 2021 was je 'minister van gehandicaptenzaken', een initiatief van Lucille Werner, presentatrice bij de KRO-NCRV. Hoe kwam je er zo toe om je aan te melden voor deze functie en wat heb je tot stand kunnen brengen in deze periode?

'Eigenlijk was ik helemaal niet bezig met dit onderwerp. Ik heb zelf osteogenesis imperfecta, maar zat als kind altijd op normale scholen en heb gewoon een beroepsopleiding gevolgd. Ik studeerde Management, Economie en Recht en werkte als HR-adviseur in

het bedrijfsleven. In die functie was mijn ziekte totaal geen issue. Daarnaast zat ik voor het CDA in de gemeenteraad van Hardenberg. Het was bij toeval dat ik op een gemeenteraadsvergadering met iemand in gesprek raakte die mij wees op het tv-programma van Lucille Werner, waarin tijdens een live tv-show uit zes kandidaten een officieuze minister voor gehandicaptenzaken gekozen zou worden. Hij suggereerde dat dat wellicht ook iets voor mij zou kunnen zijn. Ik ben wel in voor nieuwe dingen en houd van uitdagingen en heb me toen inderdaad aangemeld en zo is het gekomen. Aanvankelijk was het eigenlijk een beetje een ludieke actie, maar - anders dan veel mensen verwachtten - nam ik mijn benoeming heel serieus en wilde ook echt iets betekenen. Ik had ook een goed contact met Hugo de Jonge, die toen minister van VWS was.'

'We hebben in die periode overigens echt wel een aantal zaken tot stand kunnen brengen. Vanuit mijn achtergrond voel ik me erg betrokken bij kinderen met beperkingen en vind de zorg voor deze groep heel belangrijk. Ik ben er dan ook best trots op dat veel openbare speeltuinen nu ook toegankelijk en leuk zijn voor kinderen in een rolstoel. Verder hebben we samen met de Stichting Studeren en Werken op Maat (SWOM) een stagedesk

'Afgestudeerden die via de SWOM een baan vonden, konden daarna nog langdurig een beroep op ons doen voor begeleiding'

opgericht voor studenten met een beperking. De SWOM is een bemiddelingsbureau voor studenten met een beperking die een stageplek zoeken bij een bedrijf of instelling en ontwikkelde daarnaast een database van pas afgestudeerde hoger opgeleide studenten om bedrijven en de afgestudeerden aan elkaar te koppelen. De SWOM begeleidt *Young Professionals* in het ontwikkelen van hun persoonsprofiel en maakt daarmee hun sterktes en behoeften inzichtelijk, waardoor de beste *match* met een werkgever gevonden kan worden. We hebben inmiddels veel stageplekken kunnen realiseren bij bedrijven en het eind hiervan is nog niet in zicht. In de periode dat de SWOM nu bestaat zijn al veel afgestudeerden aan een baan geholpen. Vrij uniek is ook dat de afgestudeerden die via de SWOM een baan hebben gevonden nog langdurig daarna een beroep op ons kunnen doen voor begeleiding.'

'Mijn periode als 'minister voor gehandicaptenzaken' is inmiddels afgerond. Ik ben wel verbonden gebleven aan KRO-NCRV. Ik blijf hen adviseren over een inclusief beleid ten aanzien van mensen met een beperking en culturele diversiteit. Om een paar voorbeelden te noemen: We hebben meer goede mediamakers met een beperking in dienst en verder is bij het programma Puberuil een meisje met een beperking een periode bij een gastgezin geweest, wat voor beide partijen erg leerzaam was. Daarnaast werken we aan bewustwording, want daar is nog altijd veel te doen.'

'Bij de SWOM ben ik nu directeur belangenbehartiging. Verder ben ik betrokken bij Stichting het Gehandicapte Kind en Jantje Beton. Ik heb een eigen adviesbureau en adviseer instellingen en bedrijven op het gebied van inclusie en diversiteit en word regelmatig gevraagd als dagvoorzitter en spreker op congressen over dit onderwerp. En *last but not least*: ik ben fractievoorzitter van de CDA-fractie in de provinciale staten.'



Je hebt inmiddels een enorme ervaring met alle obstakels waar mensen met een beperking mee te maken krijgen bij het toetreden tot de arbeidsmarkt en sowieso bij het deelnemen aan het maatschappelijk leven. Zowel vanuit je eigen ervaring als vanuit de politiek. Wat zou er moeten veranderen om meer mensen aan een baan te helpen?

‘Een belangrijk aspect is dat mensen met een beperking veel meer zichtbaar moeten worden in de maatschappij. Ikzelf ben altijd op gewone scholen geweest, heb vakantiebaantjes gehad, was aan het spelen met kinderen uit de buurt. En op die manier wordt het normaal dat er mensen zijn met een beperking en kijkt niemand er meer van op, omdat dit het normale straatbeeld is. Zodra kinderen naar speciale scholen gaan kom je terecht in wat ik een ‘parallele maatschappij’ zou willen noemen. En het is heel moeilijk om daar weer uit te komen. Natuurlijk kan het soms niet anders, maar graag normaal waar het kan en speciaal als het moet.’

'Mensen met een beperking moeten veel meer zichtbaar worden in de maatschappij'

Verder zou ik liever spreken van mensen met een kwetsbaarheid in plaats van mensen met een beperking. Dat geeft beter weer wat er aan de hand is: mensen hebben kwaliteiten waar ze goed in zijn, maar ze hebben ook een kwetsbaarheid waar rekening mee gehouden moet worden. Bedrijven die mensen met een kwetsbaarheid in dienst nemen krijgen er niet alleen een gemotiveerde werknemer bij maar ook een ambassadeur voor de hele doelgroep.’

‘Er zijn in Nederland veel regelingen om de positie van mensen met een kwetsbaarheid op de arbeidsmarkt te verbeteren en werkgevers te stimuleren om hen in dienst te nemen. Maar daar waar veel regelingen zijn, zijn er ook veel regels. En waar veel regels zijn is er ook veel administratie. Voor grote bedrijven zoals Heineken, Unilever en de Nederlandse Spoorwegen, is die administratieve last wel behapbaar en de quotumregelingen ook. Maar voor het midden- en kleinbedrijf, zoals eenmanszaken of kleine bedrijfjes met maar een paar werknemers die toch al moeite hebben om zich staande te houden, is het niet te doen om ook nog mensen met een kwetsbaarheid in dienst te nemen. Daar zou nog extra aandacht voor moeten komen. Bijvoorbeeld een gemeenschappelijke *backoffice*, die voor deze bedrijven de administratieve rompslomp kan overnemen.’



‘Waar ik steeds tegenaan loopt, ook in de politiek is dat er op zich bij alle partijen wel een grote bereidheid is om mee te denken en te werken aan oplossingen. Maar het signaleren blijft toch steeds een zaak van de betrokkenen zelf. Wij moeten zelf iedere keer het vingertje opsteken en aandacht vragen voor onze problemen. De aandacht voor onze doelgroep zit nog niet vóór in het bewustzijn van de beleidsmakers. Een klein voorbeeldje: in de coronaperiode werden er op de stoelen in de trein stickers geplakt om aan te geven waar je kon gaan zitten. ‘Hoe moet dat als je blind bent?’, vroeg ik. Daar had dus niemand over nagedacht. De politiek en ook de werkgevers bedenken dit soort voor de hand liggende dingen niet uit zichzelf. We worden niet altijd en vanzelfsprekend

uitgenodigd voor overleg over nieuw beleid dat ons betreft, en dan nog zitten we er vaak voor de vorm bij. Onze expertise wordt nog lang niet altijd serieus genomen. En als er dan al een plan komt om bijvoorbeeld meer arbeidsplaatsen te creëren is het meteen heel ambitieus en niet haalbaar, zoals het idee om 125.000 arbeidsplaatsen in één keer te realiseren. Dat is niet realistisch en mislukt dus. Begin klein met haalbare doelen, zou ik zeggen. Het hoeft allemaal niet zo ingewikkeld te zijn, zeker in deze tijd van slimme apps en nieuwe technologieën. Het is ook een economisch belang. Mensen met een baan krijgen een salaris in plaats van een uitkering. Ook in deze tijd van toenemende zorgkosten en tekort aan personeel is het van groot belang om het arbeidspotentieel van deze doelgroep te benutten.'

'Overigens ben ik helemaal niet rancuneus. Toen ik minister van gehandicaptenzaken werd heb ik meteen gezegd: als jullie iemand zoeken die met een geel hesje op het Malieveld gaat staan doe ik niet mee, want dat is niet mijn stijl. Ik heb een positief kritische instelling. Als er een probleem is breng ik de betrokken partijen bij elkaar en zoek naar een oplossing. In mijn ervaring werkt dat verreweg het beste en is het meest productief.'

Hebben kinderen met een beperking dezelfde kansen als andere kinderen?

'Op zich denk ik dat er veel regelingen zijn die deze kinderen kansen bieden, maar ik heb wel de indruk dat het toeval van een gelegenheid die zich voordoet of een persoon die je net op het goede moment tegenkomt komt bij deze kinderen een grotere rol speelt.'

Zouden patiëntenverenigingen een bijdrage kunnen leveren?

'Daar ben ik niet heel erg optimistisch over. Patiëntenverenigingen zijn toch vooral bezig met hun eigen diagnose, nieuwe behandelmethoden, lotgenotencontacten en dergelijke. Ze zijn minder bezig met het grote geheel. Wat het meeste bijdraagt aan inclusie is, denk ik, het gewoon meedoen van jongs af aan in de gewone maatschappij en zo min mogelijk in de parallelle maatschappij waar ik het zojuist over had. Zoveel mogelijk gewoon meedoen, zowel in de buurt, als op school, in de sportclub, het verenigingsleven en op de arbeidsmarkt. Als wij gewoon zichtbaar zijn in het straatbeeld neemt dat veel drempelvrees weg en kunnen wij onze kwaliteiten beter laten zien. Dat zou meer gefaciliteerd moeten worden door zowel de revalidatiesector, als de maatschappij en de wet-en regelgeving, de politiek dus. Overigens ligt daar ook een taak bij de mensen om wie het gaat. Mensen met een beperking moeten zich bewust zijn van wat ze redelijkerwijs kunnen vragen

van hun omgeving. Als je als gehandicapte, om dat woord maar even te gebruiken, met alle geweld iets wilt dat onevenredig veel inzet vraagt van je omgeving wekt dat op den duur weerstand en haakt de omgeving af. Dus dat is de andere kant van de medaille. Inclusie vraagt inzet van beide kanten.'

Ligt er ook een taak voor de revalidatiegeneeskunde in dit geheel, is de revalidatiesector voldoende toegankelijk?

'Ik denk dat de revalidatiegeneeskunde in dienst moet staan van het uiteindelijke doel: optimale deelname aan het maatschappelijk leven, of dat nu op de arbeidsmarkt is of op een andere manier.'

'In deze tijd van toenemende zorgkosten en tekort aan personeel, is het van belang om het arbeidspotentieel van mensen met een kwetsbaarheid te benutten'

Mensen willen zin geven aan hun leven en de revalidatiegeneeskunde helpt mee om de voorwaarden daarvoor te creëren, net zoals de andere sectoren in dit veld. Patiënten zijn alleen gemotiveerd voor allerlei interventies als ze de meerwaarde inzien van de belasting die van hen worden gevraagd. Ik denk zelf, dat ik een van de weinige kinderen in Nederland ben die een hekel had aan het kinderprogramma Sesamstraat op de tv. Waarom? Omdat ik dan op de staplank moest staan. Dat was om mijn botten sterker te maken. Hielp het? Waarschijnlijk niet. Op een gegeven moment zeiden mijn ouders en ikzelf, we stoppen ermee. Ik kies voor de rolstoel. Dus als er medische behandelingen nodig zijn, therapie of wat dan ook: het werkt alleen als het helder is waarvoor het, ook op de langere termijn, nodig is. Dus laat het participatiedoel leidend zijn bij elke interventie. Nu weet ik ook wel, dat voor mij die periode inmiddels al lang geleden is, dus de inzichten hebben zich ook aangepast, maar toch denk ik dat mijn boodschap nog steeds actueel is.'

En de toegankelijkheid van de revalidatie?

'Als mensen een ziekte krijgen, of ouders krijgen een kind met een aandoening dan staat natuurlijk eerst het medisch aspect op de voorgrond. Wat is de diagnose? Is het behandelbaar? Wordt ik weer beter? Maar als dat niet het geval blijkt te zijn moeten mensen actief toegeleid worden naar een optimaal niveau van participatie. Verwijzingen zijn nog steeds te veel aanbodgericht en te weinig vraaggericht.'

→



Waar staat Nederland internationaal gezien?

'De Verenigde Naties hebben in 2006 de *Convention on the Rights of Persons with Disabilities* aangenomen. Het trad in werking in 2008 en Nederland heeft dat verdrag ondertekend in 2016. Het is een mensenrechtenverdrag dat mensen met een handicap of beperking zou moeten beschermen. Inmiddels hebben 186

'Verwijzingen zijn nog steeds te veel aanbodgericht en te weinig vraaggericht'

landen het verdrag ondertekend. Het betekent dat de betrokken landen de intentie hebben om zich in te zetten voor sociale acceptatie en inclusie van de doelgroep, maar in hoeverre dat ook daadwerkelijk lukt is sterk afhankelijk van allerlei andere factoren

en prioriteiten. Het land waar je op dit moment het beste af bent qua toegankelijkheid van de openbare ruimte is zonder twijfel Noorwegen. En België heeft een minister voor gehandicaptenbeleid die waakt over inclusie en diversiteit. Nederland is nog lang niet zover. Dus er is nog veel ruimte voor verbetering.'

Waar staan we over 10 jaar?

'Gezien de toenemende zorgkosten en het personeelstekort denk ik dat de tijd rijp is voor meer inclusie, al was het maar uit economische motieven. Maar ik ben ook wel optimistisch over de toekomst. Er zijn steeds meer technologische mogelijkheden, zoals IT-toepassingen, voor het toegankelijk maken van de openbare ruimte, zodat mensen met een beperking beter kunnen deelnemen aan de arbeidsmarkt. De mogelijkheden breiden zich uit, dankzij het thuiswerken kunnen mensen veel makkelijker met elkaar communiceren en hoeven ze minder te reizen. Het accent zal moeten liggen op sociale acceptatie en bewustwording.' ←

Toegankelijke revalidatiezorg voor dak- en thuislozen

De traumachirurg en de revalidatiearts hebben verhoudingsgewijs vaker te maken met dak- en thuislozen dan de meeste andere artsen, omdat er meer ongevallen en suïcidepogingen voorkomen bij deze groep. Juist daarom verdient de toegankelijkheid van revalidatiegeneeskundige zorg voor dak- en thuislozen extra aandacht.



DR. M.T. (MARCEL) SLOCKERS

Huisarts/straatdokter Centrum voor dienstverlening
CVD-Havenzicht, Rotterdam.



CORRESPONDENTIE

marcelslockers@gmail.com

Dak- en thuislozen overlijden niet vroegtijdig door dakloosheid, maar door de vermijdbare ziekten. Dak- en thuislozen hebben vaak een combinatie van problemen met huisvesting, relaties, inkomen, dagbesteding, verslaving, psychiatrische stoornissen, somatische aandoeningen en verstandelijke beperkingen.¹ Dak- en thuislozen hebben een sterk verminderde levensverwachting door een opeenstapeling van gezondheidsproblemen. Rotterdamse dak- en thuislozen gaan 14-16 jaar eerder dood vergeleken met andere Rotterdammers.² Het aandeel niet natuurlijke dood - met name suïcides - is groot. Daarnaast zijn er veel meer ongevallen beschreven bij dak- en thuislozen.

TOEGANKELIJKHEID REVALIDATIEGENEESKUNDIGE ZORG

Hieronder geef ik aan waardoor de toegankelijkheid van revalidatiegeneeskundige zorg voor deze groep beperkt is:

1. EXCLUSIE DOOR ONTBREKEN VAN EEN ONTSLAGBESTEMMING

Voor veel op herstel gerichte plekken is het hebben van een eigen woonplek als vervolg van de revalidatie een voorwaarde. Sommige revalidatieplekken willen een garantie hebben dat er bij ontslag een vervolgplek is. Vertraging bij uitstroom uit de revalidatie-instelling vanwege dakloosheid wordt niet geaccepteerd. In een enkele grote stad is er een verpleegafdeling voor dak- en thuislozen waar revalidatieartsen mee kunnen samenwerken.

Daklozen – thuislozen – bankslapers - ongedocumenteerden

Daklozen zijn mensen die buiten slapen of in een auto, bootje, portiek of in de nachtopvang van een maatschappelijke organisatie. Thuislozen zijn mensen die geen eigen adres hebben. Zij slapen vaak op wisselende plaatsen zonder een inschrijving bij de gemeente. Landelijke cijfers zijn moeilijk te verkrijgen, maar we hebben cijfers uit Rotterdam om een en ander in perspectief te zetten. Rotterdam telt 630.000 inwoners; in Rotterdam melden zich jaarlijks 3.000 volwassenen en 1.000 jongeren als dakloos bij het centraal onthaaloket van de gemeente. De gemeente heeft ook een bestand van 5.000 bankslapers. Bankslapers zijn mensen die niet ingeschreven staan in het basisregister en dakloos zijn geworden en 'tijdelijk' noodgedwongen slapen bij familie of vrienden. Volgens inschattingen is het werkelijke aantal bankslapers veel hoger. Voor deze bankslapers gelden dezelfde gezondheidsrisico's als voor daklozen.

Voor de geschatte 10.000 ongedocumenteerden in Rotterdam (waarvan 1.000 kwetsbaren) geldt dat zij zich niet kunnen aanmelden voor reguliere nachtopvang. EU-immigranten, die volgens overheidsregels niet lang genoeg bewezen gewerkt hebben, krijgen ook geen recht op nachtopvang. Alleen tijdens vorstperiodes willen gemeentes opvang bieden in de zogenaamde winteropvang.

Oplossingen

Samen met een straatdokter moeten verpleeg- en revalidatieinstellingen bij gemeenten bedingen dat er na revalidatie directe doorstroom is naar woningen of instellingen voor maatschappelijke opvang. Voor de ongedocumenteerden die een herseninfarct krijgt moet makkelijker een vervolgplek te vinden zijn. Sommige ongedocumenteerden zijn al veertig jaar in Nederland. Het helpt als revalidatie-instellingen laagdrempelig voor ontslag een samenwerking hebben met lokale maatschappelijke opvanginstellingen, straatdokters, of een afdeling als Vangnet en advies van een GGD. Opvanginstellingen (zoals CVD-Havenzicht), die een verpleegafdeling hebben voor dak- en thuislozen, hebben al snel met zeven financieringsvormen te maken, wat oprichting van verpleegbedden in maatschappelijke opvang niet makkelijk maakt. →

2. EXCLUSIE DOOR NIET AANGEPAST GEDRAG

Niet alleen aangeboren, maar vooral verworven hersenletsel levert problemen op tussen zorgverleners en dak- en thuislozen. Verworven problemen ontstaan doordat:

- Daklozen vaker al eerder slachtoffer zijn geweest van ongevallen en daardoor niet-aangeboren hersenletsel hebben. Oud hersenletsel veroorzaakt nieuw hersenletsel op straat.
- Jarenlang harddruggebruik, bijvoorbeeld bij cocaïne, een multi-infarctbeeld kan opleveren. Bij methadongebruik is vaker sprake van een ander gedrag bij pijn.
- Jarenlang alcohol- of softdruggebruik de functie van het brein kan beïnvloeden. Iemand kan een havodiploma behaald hebben, maar na 40 jaar blowen forse geheugenproblemen krijgen. Overmatig en overlastgevend alcoholgebruik wordt binnen reguliere revalidatie-instellingen vaak niet toegestaan terwijl het bijna moeilijk is een revalidatie-instelling te vinden waar geen alcohol wordt verstrekt.

Extra aandacht bij middelenmisbruik

- Het verstrekken van tranquilizers en opiaten moet zeer gepast gebeuren in overleg met andere behandelaars.
- De voorgeschreven medicatie kan anders een onderdeel worden van de multidrugsverslaving en van de gedragsproblematiek. Pregabaline werkt verslavend en geeft gedragsproblemen. Voor bijvoorbeeld pregabaline geldt een zwartemarktprijs.
- Palliatieve sedatie is bij dak- en thuislozen een groot probleem, omdat morfine en midazolam niet goed meer werken bij mensen die eerder lang opiaten en tranquilizers hebben misbruikt. Ook al zal de gemiddelde revalidatiearts weinig met sedatie-uitvoeringen te maken hebben, het is van belang bij de afweging van goede zorg in de laatste fase. De revalidatiearts komt hiermee in aanraking bijvoorbeeld bij neurodegeneratieve aandoeningen.

Niet aangepast gedrag door een (verkrege) verstandelijke beperking³

Het aandeel mensen met een licht verstandelijke beperking is binnen de groep van dak- en thuislozen veel groter. Het verbale IQ gaat vaak minder snel achteruit dan planning en organisatie. Veel dak- en thuislozen hebben vooral een heel disharmonisch IQ-profiel. Een dak- en thuisloze wil wel zeggen dat hij naar de volgende afspraak komt, maar door problemen met planning en organisatie gaat dat feitelijk vaak mis. Menig dak- en thuisloze wordt zorgmijding verweten waardoor behandeltrajecten worden gestopt, terwijl behandelaars dit gedrag niet herkennen als een gevolg van een verslaving of een verstandelijke beperking. Straatdokters zijn echter gewend rekening te houden met deze 'straattaal'.

Oplossingen

- Niet alleen een MMSE of MOCA maar vooral een SCIL-test kan inzicht geven of de dakloze een verstandelijke beperking heeft.

De SCIL-test is een screeningsmiddel dat ingezet kan worden als er aan een verstandelijke beperking gedacht wordt. Beter inzicht in deze verstandelijke beperking levert op dat er na revalidatie meer ondersteuning via de wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) georganiseerd kan worden.

- Vooral het bepalen of iemands reactievermogen goed genoeg is door zijn niet-aangeboren hersenletsel is van belang voor preventie van nieuwe ongevallen.
- Vanuit de verpleegafdeling CVD-Havenzicht in Rotterdam proberen we standaard een verpleegkundig begeleider mee te laten gaan naar afspraken met specialisten.

CASUS 1

Een vijftigjarige arbeidsmigrant wordt bij een kraakpand na een ongeval met een necrotische voet aangetroffen. Hij ondergaat een onderbeenamputatie. Zoals bij veel Oost-Europeanen heeft hij periodes zonder werk afgewisseld met werk via verschillende uitzendbureaus. Waar moet het traject gevolgd worden voor het aanmeten van een beenprothese?

CASUS 2

Bankslaper Ahmed kreeg door een val van een trap als tweejarige een schedelfractuur. Hij heeft leerproblemen. Als tienjarige ontplofte vuurwerk in zijn hand. Het jaar daarop gebeurde dit wéér. Als zeventienjarige kreeg hij een scooterongeval. Hij heeft bij veel verschillende bazen gewerkt, maar overal ging het mis. Stelselmatig wordt hij overschat omdat hij verbaal sterk lijkt. Zijn verwerkingssnelheid blijkt bij een IQ-test echter zeer traag. Het vermoeden is dat hij daardoor ook recidiverende ongevallen met vuurwerk en scooter had. Is dit een pleidooi om bij recidiverende ongevallen de verwerkingssnelheid te testen binnen de revalidatiegeneeskunde, om nieuwe - ook maatschappelijke - problemen te voorkomen? Jazeker!

3. EXCLUSIE DOOR VERZEKERINGSPROBLEMATIEK

Dak- thuislozen zijn vaak niet verzekerd.⁴ Ongedocumenteerden - ook wel illegalen genoemd - mogen van de overheid geen zorgverzekering afsluiten. Dak- en thuislozen zonder adres worden sinds 2015 uit de zorgverzekering gezet.⁵ Zorgverzekeraars worden automatisch op de hoogte gebracht als iemand uit de burgerlijke stand is geschrapt, bijvoorbeeld na een uithuiszetting. Dit kan ook met terugwerkende kracht. Dit beleid veroorzaakte een epidemie van onverzekerden bij dak- en thuislozen. Na protesten van straatdokters is er uiteindelijk een regeling gekomen waarbij zorgverleners geld kunnen krijgen voor medische zorg aan nog niet verzekerde EU-burgers.

Oplossingen

Voor EU-ingezetenen zonder adres kunnen door zorgverleners kosten worden gedeclareerd via

<https://www.hetcak.nl/zakelijk/regeling-onverzekerden/>.

Ook voor illegalen is er een regeling:

<https://www.hetcak.nl/zakelijk/onverzekerbare-vreemdelingen/>.

Met name leveranciers van hulpmiddelen weigeren vaak gebruik te maken van de CAK-regelingen alhoewel die een wettelijke basis hebben. De angst van de leveranciers geen vergoeding te krijgen lijkt belangrijker dan de zorg om de patiënt. Revalidatieartsen doen er goed aan deze regelingen te kennen en te pleiten voor de hulpmiddelen. Hoewel dak- en thuislozen vaak zorgmijders genoemd worden, is het van belang na te gaan wie daaraan bijdragen. Overheid en zorgverleners die toestaan dat deze mensen periodes geen verzekering hebben, moedigen meer zorgmijding aan dan het gedrag van daklozen!

4. EXCLUSIE DOOR OVERIGE KOSTEN NODIG VOOR REVALIDATIE

Ook allerlei meerkosten die niet in de basisverzekering vallen, zoals fysiotherapie en tandheelkundige zorg, leveren grote problemen op. Een cachectische cokegebruiker die het advies krijgt goed te eten om te zorgen dat zijn botgenezing vlotter gaat wordt beperkt door zijn ernstig aangetast gebit. Ook zijn er meer kosten voor verblijf in een instelling die niet vergoed worden, zoals bewassing en extra vervoer en een tv-aansluiting.

Een zorginstelling met een eerstelijnsverblijf (ELV)-vergoeding, krijgt een korting bij een langduriger verblijf dan zes weken terwijl juist botgenezing bij alcohol- en cocaïnemisbruik trager verloopt!

Oplossing

Begrip van zorgverzekeraars wat betreft de financiering, en begrip van zorginstellingen is nodig om deze kosten op te vangen.

5. EXCLUSIE DOOR GEBREK AAN EUROPEES BELEID

Nederland heeft te maken met grote migratiestromen zoals internationale studenten en kennismigranten. Twintig jaar geleden hadden we nog maar enkele tienduizenden Oost-Europese arbeidsmigranten terwijl het er nu 750.000 zijn. Bij deze arbeidsmigranten is werk vaak gekoppeld aan huisvesting. Arbeidsmigranten kunnen bijvoorbeeld op een maandag zonder werk raken, en hebben dan vaak vanaf de dinsdag geen huisvesting en geen verzekering meer. En zonder reserves liggen ze een paar dagen later dronken op straat. Daar krijgen ze een ongeval en belanden in de medische molen.

Exclusie van zorg bij arbeidsmigranten ontstaat doordat werkgevers en uitzendbureaus geld willen verdienen als mensen gezond zijn en arbeidsmigranten ontslaan als ze ziek zijn, zodat deze dan zonder zorgverzekering raken.

Zorgverleners kennen vaak de regelgeving niet om toch zorg te leveren. Alhoewel we één Europa hebben is het moeilijk na te

gaan waar een arbeidsmigrant na een beenamputatie het recht op zorg voor een beenprothese moet krijgen. Feitelijk zijn veel arbeidsmigranten al lang in Nederland werkzaam, maar kunnen dat moeilijk aantonen waardoor er vaak sprake is van een beperkt recht op WMO-zorg na ontslag.

Oplossing

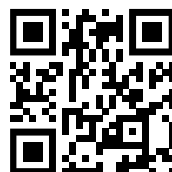
- Een organisatie waar in verschillende steden veel mee wordt samengewerkt is stichting Barka. Deze organisatie is in staat arbeidsmigranten begeleid te laten terugkeren naar behandelplekken in Oost-Europa.
- Voor arbeidsmigranten is een Europees beleid nodig.

CONCLUSIE

Zorgen voor dak- en thuislozen binnen de revalidatiegeneeskunde kent veel uitdagingen. Meer begrip hebben voor hun problemen, een goede samenwerking met anderen en het maken van op hun positie gericht beleid is nodig om voor hen de toegankelijkheid van zorg te vergroten.

AANDACHTPUNTEN

- Daklozen zijn kwetsbaar door hun achtergrond, er is vaak een combinatie van problemen met huisvesting, relaties en inkomen.
 - o Bij dak- en thuislozen moet men bedacht zijn op verslaving, psychische aandoeningen en verstandelijke beperkingen.
- Dak- en thuislozen hebben een sterk verminderde levensverwachting door een stapeling van gezondheidsproblemen.
 - o Veelvoorkomende somatische aandoeningen zijn ongevallen, huidaandoeningen, luchtweginfecties, pijn, problemen met de ogen, de voeten en het gebit.
 - o Heb voor preventie van nieuwe ongevallen aandacht voor verworven cognitieve problematiek als een sterk verminderd reactievermogen en een mogelijk disharmonisch IQ-profiel.
- Daklozen worden vaak gezien als zorgmijders. Bij ernstige gedragsstoornissen is bemoeizorg geïndiceerd.
- Een behandeling met opiaten of psychofarmaca moet altijd gegeven worden onder toezicht en begeleiding. Pregabaline is een middel wat niet alleen een zwartemarktprijs vertegenwoordigt, maar ook verslaving en gedragsproblematiek geeft.
- De enige effectieve zorg voor daklozen is een integrale aanpak in samenwerking door het met vangnet-teams, wijkteams, maatschappelijke opvang, verslavingszorg, straatdokters en ggz. ←



→ De referenties van dit artikel vind je bij dit artikel op www.revalidatie.nl/ntr/.

Leeswijzer

Daar waar revalidatie, revalidatiesector of revalidatiezorg staat bedoelen we revalidatie in de breedste zin van het woord, dus van 0^{de} tot 3^{de} lijn, van zelf-/mantel-hulp tot hoog-gespecialiseerde revalidatie (MSR).

Grenzen verleggen: de toekomst van de revalidatie in Nederland

De revalidatie in de breedste zin van het woord vormt door zijn insteek voor veel patiënten een brug vanuit de zorg naar het sociaal domein. Op landelijk niveau lijkt een vitale revalidatiesector van 0^{de} tot 3^{de}-lijn dan ook van cruciaal belang voor het bereiken van gezondheidsdoelen zoals in Nederland vastgelegd in het landelijke Integraal Zorgakkoord (IZA) als ook wereldwijd door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO).

Wij pleiten daarom voor synergie en het vormen van zorglijnoverstijgende revalidatieallianties, in plaats van afbakening en afgrenzing van de medisch specialistische revalidatie (MSR).



DRS. Y.Y. (YVETTE) VAN HORN

Revalidatiearts en lid raad van bestuur,
Adelante, Hoensbroek

DRS. A.T. (ALICIA) LUCARDIE

Revalidatiearts, Adelante, locatie Venlo, MSc student
Global Health Policy, London School of Hygiene and
Tropical Medicine (LSHTM)

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

Revalidatiearts en hoogleraar revalidatiegeneeskunde,
vakgroep revalidatiegeneeskunde, Adelante locatie
MUMC+ en kenniscentrum, Hoensbroek, Vakgroep
revalidatiegeneeskunde Research School CAPHRI,
Universiteit Maastricht, Maastricht



CORRESPONDENTIE

alicia.lucardie@adelantegroep.nl

Nederland wordt de komende dertig jaar drukker, grijs en diverser, zo luidt de belangrijkste conclusie uit het rapport 'Bevolking 2050 in beeld' van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en het Nederlands Interdisciplinair Instituut (NIDI).^{1,2} Het aantal 65-plussers zal naar schatting stijgen van 3,1 miljoen naar 4,8 miljoen in 2040 (26% van de bevolking). Dit zorgt voor een dubbele vergrijzing: het totaal aantal ouderen in Nederland neemt toe én de gemiddelde leeftijd neemt toe.² Daardoor zullen we in toenemende mate te maken krijgen met chronische aandoeningen en multimorbiditeit, alsmede een toenemende sociaaleconomische ongelijkheid in gezondheid.²

WHO: VERSTERK DE REVALIDATIE

Volgens de WHO kan revalidatie een sleutel gaan bieden voor de oplossing van de problemen waar onze gezondheidszorg in de komende jaren voor staat. Met haar focus op het verbeteren van functioneren, kan revalidatie de gezondheidsimpact van ziekten op onze ouder wordende populatie verkleinen vanuit zowel het zorg- als het sociale domein (met bijvoorbeeld leefstijlprogramma's of campagnes). Revalidatie kan ook de opbrengst van een operatieve ingreep vergroten, de kans op complicaties met een negatieve impact op het welzijn van de individu verkleinen en de kwaliteit van leven met een aandoening verhogen.³ De financiële opbrengst van een revalidatiebehandeling is zowel terug te vinden in het zorgdomein (bijvoorbeeld door een verlaging van de

zorgconsumptie als mensen zelf beter kunnen zorgdragen voor hun aandoening) alsook in het sociale domein (bijvoorbeeld door een snellere terugkeer naar werk).⁴ Op deze wijze kan, volgens de WHO, de revalidatiefocus met een integrale visie op functioneren uiteindelijk een tegenwicht bieden aan de te verwachten negatieve sociale en economische impact van de huidige demografische ontwikkelingen op ons zorgsysteem.⁵ Om haar visie op het belang van revalidatie kracht bij te zetten, lanceerde de WHO in mei dit jaar voor het eerst in de geschiedenis een resolutie op het gebied van revalidatie met de titel: *Strengthening rehabilitation in health systems*.⁶

DE REVALIDATIE IN NEDERLAND STAAT OP EEN KANTELPUNT

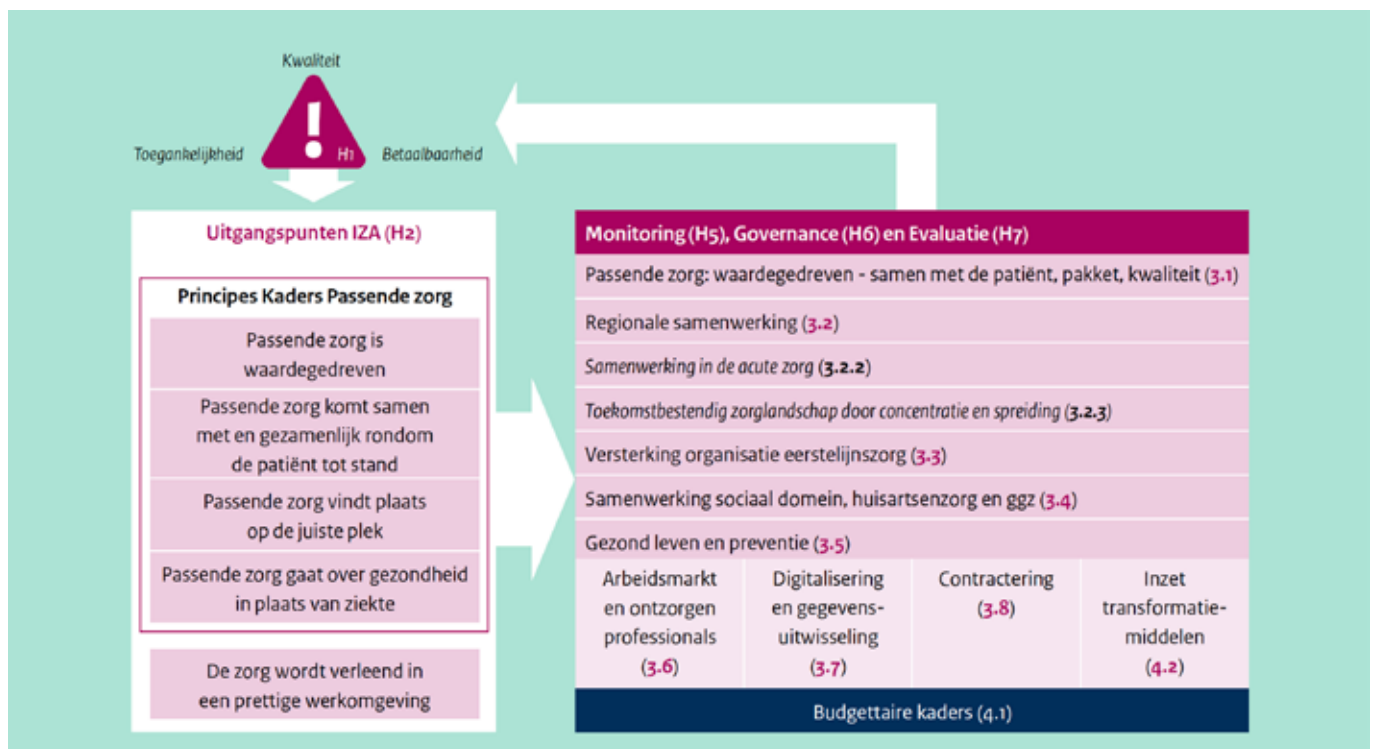
Bovenstaande ontwikkelingen vragen om een toekomstbestendige, innovatieve aanpak vanuit de revalidatiesector. Op dit moment lijken we vooral onze energie te steken in een afbakeningsdiscussie over medisch specialistische revalidatie.

Hoe kan het dat het IZA de insteek van de revalidatie ademt, maar dat het Zorginstituut Nederland (ZIN) vervolgens een geheel andere weg lijkt in te slaan? Ook de revalidatie onderschrijft immers de ambitie van het IZA om de zorg voor iedereen ‘toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar’ te houden.⁷

In het recent verschenen rapport van het ZIN⁸ waarin het hele specialisme van de MSR is geduid, wordt geen rekening gehouden met de toekomstige uitdagingen en evenmin met mogelijke oplossingen die de revalidatie in de breedste zin en de MSR in specifieke zin kunnen bieden. De beweging van het ZIN-rapport is juist de andere kant op. Waar de wereld op dit moment het ICF-model omarmt als handvat voor een betere positionering van revalidatie in de zorgsector, probeert het ZIN daarentegen met een zelfontwikkeld, uitgekleed ICF-model de indicatiestelling voor de meest gespecialiseerde vorm van revalidatie, de MSR, vooral te beperken en te beheersen. Het argument daarbij is dat er geen wetenschappelijk bewijs is voor de inzet van MSR binnen de niet opgenomen ICF-domeinen.

MEEGAAN MET INTERNATIONALE ONTWIKKELINGEN

Waarom sluiten we niet gewoon aan bij internationale ontwikkelingen? Met haar campagne *Rehabilitation 2030: A call for action* vroeg de WHO in 2017 al volop aandacht voor de rol van revalidatie in de zorg van de toekomst.⁹ Als vervolg op de WHO-resolutie, werd in juli dit jaar *The package of interventions for rehabilitation* (PIR) gelanceerd - een set aan documenten waarin de WHO het bewijs voor effectiviteit van revalidatie bij twintig veelvoorkomende aandoeningen op een rij heeft gezet.¹⁰ →



Figuur 1. De insteek van de revalidatie past goed bij de uitgangspunten van het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Kader Passende Zorg. Bron: IZA, 2022.⁷

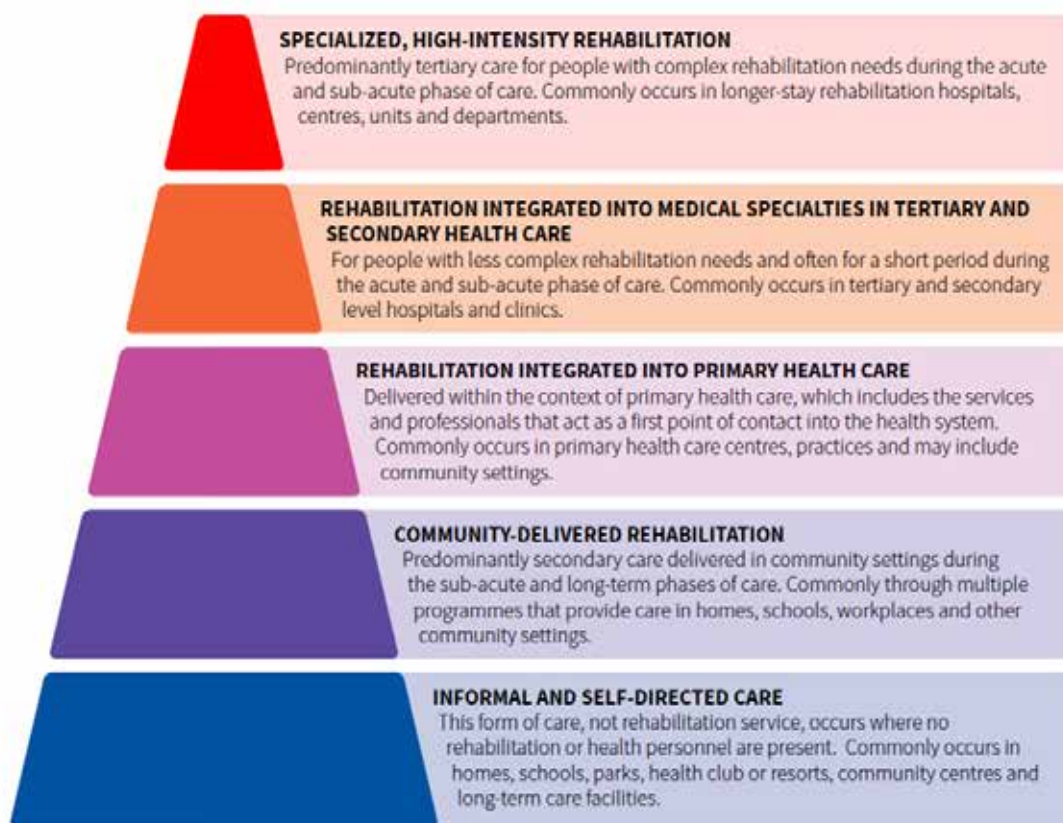
De PIR presenteert de meest essentiële revalidatie-onderdelen voor twintig veelvoorkomende diagnoses binnen de revalidatie (door een hoge prevalentie of een hoge ziektelast). Een PIR presenteert de best passende interventie bij een op functie-, activiteiten- en participatieniveau geïdentificeerd probleem. De ICF wordt gebruikt als handvat. De interventies op functieniveau worden per diagnosegroep gepresenteerd (zo is er bijvoorbeeld een PIR

'WHO lanceert het bewijs voor effectiviteit van revalidatie bij twintig veelvoorkomende aandoeningen'

voor CVA, dwarslaesie en amputatie). Op deze wijze worden passende interventies gepresenteerd voor een specifiek domein: bijvoorbeeld voor spraak, taal en communicatie of motorische functie en mobiliteit. De gepresenteerde interventies worden weergegeven op hun aangrijpingspunt, bijvoorbeeld spierkrachtoefeningen om spierkracht te verbeteren of verstrekking

en training in het gebruik van spraakhulpmiddelen om communicatie te verbeteren. Revalidatie-onderdelen die zich richten op het verbeteren van het activiteiten- en participatieniveau worden diagnose-overstijgend weergegeven.

In de afgelopen jaren heeft een internationaal team van meer dan 750 experts, gecoördineerd door de WHO, zich gebogen over de ontwikkeling van de PIR, die onderbouwd worden op basis van verschillende nationale richtlijnen en *Cochrane Systematic Reviews*. Daar waar geen wetenschappelijk bewijs aanwezig was, heeft een internationaal expertpanel een advies gegeven over de best passende interventie. De interventies zijn uitgekozen op basis van bewijs van effectiviteit. In de kosten-opbrengsten ratio is een keuze gemaakt op basis van een interventie waarin de opbrengsten groter worden geacht dan de kosten. Interessant is dan ook dat onderdelen van de MSR, die in Nederland in het traject van het ZIN tot discussie of een duidingstraject leiden, op het internationale podium niet ter discussie staan (zoals revalidatie voor lage rugklachten en oncologische revalidatie).



Figuur 2. Rehabilitation in Health Framework. In: *Rehabilitation in Health Systems: Guide for Action* (WHO, 2019).¹¹

In de WHO-stukken maakt bijvoorbeeld de oncologische MSR onderdeel uit van een PIR oncologische revalidatie.

Op basis van assessments wordt de juiste combinatie aan interventies genoemd in de PIR samengesteld, passend bij het probleem van de desbetreffende patiënt. Op deze wijze presenteert de WHO revalidatie dus als een continuüm waarbij een assessment leidt tot een individueel pakket van revalidatie-interventies. Naast inhoud van behandeling wordt per PIR in de WHO-documenten ook de benodigde personele inzet en het materiaal vermeld. Interventies kunnen worden geboden in het zorgdomein, het sociale domein of een combinatie daarvan, afhankelijk van de complexiteit van de casus. De WHO ontwikkelde de PIR met name voor overheidsministeries en -instanties in de gezondheidssector. De PIR kan ook gebruikt worden als handvat voor de inrichting van zorg van individuele instellingen. Ieder gezondheidszorgsysteem is anders. In feite betekent het introduceren van deze werkwijze in Nederland een advies tot ontschotting: revalidatieaanbieders van MSR, geriatrie revalidatiezorg (GRZ), eerstelijnsrevalidatie en partners in de ziekenhuizen en het sociale domein worden uitgedaagd om samen te werken aan een gezamenlijke invulling van de WHO revalidatiepiramide.

WIE STELT DE REVALIDATIE-INDICATIE?

Gezien de duiding van ons specialisme en de beperking in indicatiestelling MSR die daarin wordt gesuggereerd, moeten we als revalidatieartsen goed beseffen dat de revalidatie in Nederland op een kantelpunt staat. Gaan we ons simpelweg verhouden tot het ZIN-rapport, of strijden we ervoor om de toegankelijkheid van (revalidatie)zorg voor iedereen te behouden?

Los van het feit dat ook het ZIN zelf geen bewijs levert voor de door haar voorgestelde beperkingen in ICF-domeinen, kan de aanvaarding (en vervolgens uitvoering) van de conclusies van het rapport door de beroepsgroep een precedent scheppen voor toekomstige bemoeienis met ons vak, maar ook wellicht voor bemoeienis met andere specialismen. Afkalving van indicatiestelling ligt op deze manier mogelijk in het verschiet en daarmee het bestaansrecht van de MSR en op termijn ook van de revalidatie in de breedste zin. Hierdoor komt de toegankelijkheid van de revalidatie, en de zorg in algemene zin, voor iedereen, steeds verder onder druk te staan en dat is dus tegengesteld aan de voorgestelde richting van de WHO.

WIJ MOETEN DAAROM KRITISCH BLIJVEN OP HET BELANGRIJKSTE:

Wat is voor onze eigen patiënten - patiënten met forse beperkingen in het functioneren - zinvol en hoe waarborgen we voor hen dat we passende revalidatiezorg, inclusief MSR kunnen leveren?

Passende zorg is zorg waarbij we met een integrale visie naar gezondheid kijken, waarbij dus het hele ICF-model met al zijn domeinen wordt gebruikt. Wie bepaalt dan welke patiënt voor welke zorg geïndiceerd wordt? Is dat aan ons als revalidatieartsen of aan een instituut als het ZIN?

‘Het is tijd om samen de handschoen op te pakken!’

Wat is daarnaast voor alle andere mensen met een chronische aandoening belangrijk? Hoe zorgen we ervoor dat onze expertise samen met die van andere revalidatieprofessionals leidt tot de juiste inkleuring van een Nederlandse WHO revalidatiepiramide?

REVALIDATIE IN NEDERLAND: A CALL TO ACTION

Het is tijd voor:

- Synergie en samenwerken op het gebied van revalidatie in plaats van energie blijven steken in afbakening van medisch specialistische zorg. Dit betekent:
 - o Samenwerking met onze collega's in de eerste lijn, GRZ en ziekenhuizen om te werken aan passende revalidatiezorg (figuur 2).
 - o Samenwerking met partners uit het sociale domein. Revalidatiekennis kan uitstekend handvatten bieden voor het ontwikkelen van activiteiten op het gebied van zorggerelateerde preventie, in de WHO-piramide terug te vinden als *community-delivered rehabilitation* en *informal and self-directed care* (zie ook figuur 2).
- Een integrale plek voor de revalidatie in de Nederlandse gezondheidszorg en daarbuiten, conform de WHO-resolutie *Strengthening rehabilitation in health systems*.

Het is tijd om samen de handschoen op te pakken! ←



→ De referenties van dit artikel vind je bij dit artikel op www.revalidatie.nl/ntr/.

Prikbord: toegankelijke zorg en inclusie

Een prikbord met inspirerende initiatieven op het gebied van toegankelijke zorg, diversiteit en inclusie. Gebruik de suggesties die je aanspreken om deelname aan de maatschappij en de zorg voor iedereen toegankelijker te maken.

Drempels verlagen

Dr. Eveline Boeker en prof. dr. Annemieke Buizer, kinderrevalidatieartsen Amsterdam UMC, Emma kindziekenhuis

Sport is voor iedereen, maar is het toegankelijk? Om de drempels te verlagen hebben wij onze handen ineen geslagen met de Esther Vergeer Foundation en is de sportpoli gestart in het Emma kindziekenhuis. Inmiddels is er landelijke dekking! Kinderen die een ziekenhuisafpraak hebben kunnen ter plekke kennismaken met de relatiemanager Kind & Sport en een sport vinden bij een gewone club in de buurt, waar hun leeftijdsgenootjes ook sporten. Er zijn de afgelopen jaren al vele kinderen op deze manier gestart met een sport, wat ze veel plezier en zelfvertrouwen heeft gegeven. Komend jaar zullen we ook de wetenschappelijke resultaten hiervan presenteren.



Islamitisch geestelijk verzorger

Gera Hakkesteegt ergotherapeut en Remco Timmermans, revalidatiearts, Rijndam Revalidatie, locatie Erasmus MC

In ons ALS-team hebben wij een islamitisch geestelijk verzorger uitgenodigd om met ons van gedachten te wisselen over thema's als ziekte, mantelzorg, palliatieve zorg en rouw in verschillende culturen. De verschillen zijn groot. Bijvoorbeeld in de verhouding tussen arts en patiënt, de rol van de familie en het brengen van slecht nieuws. Elke patiënt en elke cultuur is anders. Je daarvan bewust te zijn en van je eigen denkkaders waarmee je patiënten beoordeelt, is ontzettend waardevol.

Tip: kijk ook eens op www.dokterinmarokko.nl om met je team laagdrempelig een klinische les over dit thema te houden.

Voorbeeld: het recht om het niet te weten
Voorheen vonden we het niet acceptabel dat de patiënt zelf niet op de hoogte gesteld werd van de diagnose ALS, omdat familie dit niet wilde. Van de geestelijk verzorger leerden we dat men het recht heeft om het niet te weten. Een mooie vraag om te stellen is: 'Wilt u de diagnose weten?'. Iemand kan dan zelf aangeven of hij/zij het wil horen of dat ze liever hebben dat je het alleen een familielid vertelt.

Vroeg signaleren van mogelijke drempels PRB-traject

Jessica Riedstra, projectleider UMCG Centrum voor Revalidatie

Met een voorbereidingsgesprek vóór het traject van de poliklinische revalidatiebehandeling (PRB) betrekken we de patiënt vanaf het begin bij het zorglogistieke proces, inclusief het opvragen van communicatievoorkeuren (digitaal/post/tolk, etc.). Ook signaleren we hier of een patiënt voor uitdagingen komt te staan bij bijvoorbeeld digitale afspraken of start- en eindtijden van de behandeltrajecten door bijvoorbeeld taxi, thuiszorg of zorg voor andere gezinsleden. Samen met de patiënt kan er gezocht worden naar oplossingen zodat we de patiënt kunnen ondersteunen waar noodzakelijk en het PRB-traject zo optimaal mogelijk kan verlopen.



Over koetjes & kalfjes

Dr. Johan Lim, arts in opleiding tot revalidatiearts, Amsterdam UMC

Begin het consult bij een persoon met een migratieachtergrond eens eerst over koetjes & kalfjes, bijvoorbeeld over het voetbalshirt dat ze aan hebben of de tekening die aan de muur bij hen op de kamer hangt. Helpt in mijn ervaring in de contactgroei en de rest van het consult loopt daarna vaak soepeltjes. Helpt in mijn ervaring overigens ook bij personen zonder migratieachtergrond, maar die vinden het vaak minder heftig als je direct met de deur in huis valt.

Kennis en ervaring delen

Karin Schepman, fysiotherapeut/teamlid Werkgroep Buitenland-Reade

Werkgroep Buitenland Reade-Amsterdam verzorgt trainingen van zorgprofessionals ter bevordering van de revalidatiezorg in laag-inkomenslanden. In maart 2023 reisden we naar Nepal, waar de levensverwachting 68 jaar is (worldbank, 2021) en 25% van de bevolking onder de armoedegrens leeft (index mundi, 2020).

Er is problematische toegang tot medische zorg en het zorgstelsel kampt met forse personeelstekorten door arbeidsmigratie. De aanpak hiervan is prikboardwaardig: familieleden-mantelzorgers worden structureel ingezet bij de zorg. Na ontslag leveren ex-patiënten waardevolle bijdragen als counselor/ervaringsdeskundige en het ziekenhuis biedt een *half way home*-traject ter voorbereiding op ontslag. Zo probeert men de toegankelijkheid te optimaliseren.



1 + 1 = synergie

Bianca Knoester, medisch manager en kinderrevalidatie-arts en Rachel Zalmijn, kinderrevalidatiearts, Reade

Onze slogan binnen Reade is 'Iedereen sterk'. Dit is ons streven voor de cliënt, maar ook voor onze medewerkers. Als organisatie die staat voor optimale participatie, werken we samen met *Emma at Work*. De voordelen hiervan zijn wederzijds:

1. *Emma at Work* helpt 'onze' jongeren en jongvolwassenen naar een betaalde baan.
2. Talenten met een chronische aandoening of beperking die zich hebben aangemeld bij *Emma at Work*, kunnen ook bij Reade komen werken. HR screent elke vacature op geschiktheid.

We maken steeds meer gebruik van elkaars expertise. *Emma at Work* is veel meer dan alleen een uitzendbureau; ze coachen jongeren, hebben een groot netwerk met allerlei bedrijven en doen aan maatschappelijke bewustzijn-projecten.



Omgaan met beperkte gezondheidsvaardigheden

Dr. Marleen Schönherr, revalidatiearts en adviseur kwaliteit en veiligheid, UMC Groningen Centrum voor Revalidatie

Onlangs sprak ik een operator die na een klein CVA zo moe is dat ze niet kan werken. Hoe kan ik haar motiveren meer te bewegen en te stoppen met roken?

In de komende jaren groeit het aantal kwetsbare patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden. Doorstapeling van risicofactoren verslechtert hun gezondheid. 'Wil je gelijke zorg? Behandel mensen dan *niet* gelijk' (Medisch Contact 21 mei 2023). Pharos biedt voorlichting over gezondheid en zorg voor iedereen.

Met hulp van haar dochter, verzorgende, lukt het ons te bespreken wat patiënte belangrijk vindt om aan te werken en samen de eerste stappen naar gezondheidswinst te zetten.

Training 'Laaggeletterdheid en Cultuursensitief werken'

Betty van Schendel-Eindhoven, ergotherapeut, Rijndam, locatie Franciscus Gasthuis

Binnen Rijndam Revalidatie heb ik deelgenomen aan de training Laaggeletterdheid en Cultuursensitief werken door Pharos, met onder andere artsen, verpleegkundigen, fysio- en ergotherapeuten, maatschappelijk werkers en psychologen. Heel interessant om te leren over multiculturaliteit en laaggeletterdheid, zeker in een multiculturele stad als Rotterdam. Indrukwekkend is de enorme impact die beperkingen in taal maar ook culturele verschillen hebben op omgaan met ziekte, pijn en revalidatie. Een praktische tip: stel je open en durf te vragen. Maak verbinding met de cliënt vanuit oprechte interesse. Bijvoorbeeld: 'hoe is het weer in uw geboorteplaats nu?' 'Hoe zou u ons gesprek vertellen aan de familie thuis?'



Diversiteit en inclusie in de opleiding tot revalidatiearts

Het gebrek aan diversiteit en inclusie in de medische vervolgopleiding heeft consequenties voor de kwaliteit van toekomstige revalidatieartsen. Door meer diversiteit in de vervolgopleiding zullen toekomstige medisch specialisten zich beter kunnen voorbereiden op de diverse patiëntenpopulaties.

Door inclusie te stimuleren, creëren we leeromgevingen waarin iedereen zich gewaardeerd en gerespecteerd voelt. Het streven naar meer diversiteit en inclusie in de opleiding tot revalidatiearts zal mijn inziens tot een rechtvaardiger en effectiever zorgstelsel leiden.



J.O. (JAMIU) BUSARI PHD MD MHPE

Kinderarts, Horacio Oduber Hospital, Aruba, UHD,
FHML Maastricht University en Hoogleraar, Faculty of
Health Sciences, Ontario Tech University, Canada



CORRESPONDENTIE

Jamio.Busari@maastrichtuniversity.nl

Het is een ongemakkelijke realiteit dat op grond van huidskleur, etnische afkomst, socio-economische status of migratieachtergrond, de kansen om in opleiding te komen binnen het Nederlandse medisch onderwijssysteem kleiner zijn.^{1,2} Recent onderzoek heeft aangetoond dat de huidige selectieprocedure voor de basisartsenopleiding de kansen van studenten met een migratieachtergrond kleiner maakt om een opleidingsplaats te bemachtigen.³ Verschillende onderzoeken verwijzen naar ervaringen van discriminatie bij (Nederlandse) studenten en artsen.^{4,5} en hoe arts-assistenten uit minderheidsgroepen tijdens hun medische (specialisten) opleiding de negatieve impact van racisme ervaren.^{6,7} Er zijn getuigenissen van talrijke professionals en studenten die hun ervaringen hebben gedeeld in tijdschriften⁸ en Nederlandse media (Science Café in Utrecht; RTL-nieuws) over discriminatie in de zorg en tijdens de medische opleiding. Ten slotte is gebleken dat carrièregroei en promotiemogelijkheden voor academici met een migrantenachtergrond niet vanzelfsprekend zijn binnen de gezondheidszorg.^{5,9,10}

ANDERS ZIJN

Veel artsen (niet) in opleiding tot specialist (a(n)iossen) met een migratieachtergrond voelen zich tijdens hun opleiding geregeld niet 'bij de totale groep horen' (*sense of belonging*) en/of worden gezien als 'anders'. Wanneer geloofsovertuiging, seksuele oriëntatie, genderidentiteit en taalbeheersing aan de lijst worden toegevoegd, wordt het gevoel van anders zijn (*othering*) groter.¹¹ In de leer- en werkomgeving ervaren ook opleiders vanuit minderheidsgroepen (onbewuste) discriminatie vanwege hun afkomst of identiteit, niet alleen van hun collegae, maar soms ook van studenten. Dit komt vaak voor in de vorm van onschuldige en ongepaste opmerkingen of grapjes, de zogenaamde 'microagressies'. In de praktijk wekt dit bij veel artsen in opleiding vaak het gevoel op van vereenzaming en gebrek aan verbondenheid met de groep.¹² Dat kan overgaan in een gevoel van uitsluiting of sociale isolatie. Dit kan ook een negatief effect hebben op het welzijn en het carrière-succes van deze a(n)iossen. Dit gevoel van uitsluiting of sociale isolatie kan in sommige gevallen leiden tot cognitieve, psychische en fysieke ontregeling.¹² Doordat potentiële studenten met een migratieachtergrond hierdoor mogelijk minder geneigd zijn om dergelijk opleidingen te kiezen, kan deze ontwikkeling gevolgen hebben voor de algehele diversiteit en voor het inclusieproces in de geneeskundeopleidingen, de gezondheidszorg en het geneeskundeonderzoek.¹³⁻¹⁵

CATEGORISERING

Een recent verschenen review over *discrimination, othering and belonging in medical schools* toont aan dat categoriseren (of mensen in groepen delen) normaal menselijk gedrag is.¹⁶

Er werd ook vastgesteld dat het vermogen om mensen in verschillende sociale groepen te categoriseren een natuurlijk, onbewust fenomeen is. Er wordt aangenomen dat het creëren →

van sociale groepen mensen helpt om door de complexiteit van de wereld heen te navigeren en zich tot anderen te kunnen verhouden op basis van veronderstelde meningen en acties uit het proces van categorisering. De nadruk op sociale categorieën zoals ras en gender kan ertoe leiden dat degene die het onderscheid maakt en de andere leden van de sociale groep op dezelfde manier gaan denken en zich op dezelfde manier gaan gedragen in relatie tot ras en gender. Wie niet bij die groep hoort (of anders is), zal natuurlijk andere manieren van denken of gedrag hebben in relatie tot dezelfde onderwerpen. Dit kan ertoe leiden dat ze in een andere groep of in een bepaalde categorie worden geplaatst en zich hierdoor van de groep buitengesloten voelen. Er ontstaan vaak vooroordelen en stereotypen wanneer

bijvoorbeeld proactief of reactief, formeel of informeel, abstract of concreet. Demografische diversiteit heeft betrekking op variatie in persoonlijke eigenschappen, zoals etniciteit, geslacht, leeftijd, en ervaringsjaren. Experiëntiële diversiteit beschrijft wat voor soort mens een dokter is; bijvoorbeeld, ben je iemand die van tennis, muziek maken, of vissen houdt?¹⁷ Op dit moment is er onvoldoende diversiteit op deze drie gebieden in de geneeskundeopleiding en gezondheidszorg. In de praktijk komen cognitieve en experiëntiële diversiteit vaker voor dan demografische diversiteit, maar voor een goede kwaliteit van zorg zijn alle drie nodig. Dit is omdat een diverse artsenpopulatie met verschillende perspectieven zal bijdragen aan een brede kennis en daarmee aan betere zorg voor een diverse patiëntenpopulatie.

'Een diverse artsenpopulatie met verschillende perspectieven draagt bij aan brede kennis en betere zorg voor een diverse patiëntenpopulatie'

men zich buitengesloten voelt van een groep en in een andere categorie geplaatst wordt. Dit kan ook negatieve gevolgen hebben op de prestaties en het academische succes van studenten in de opleidingsomgeving.¹⁶

DIVERSITEIT EN DISCRIMINATIE

Discriminatie is onrechtvaardige of vooroordelende behandeling van verschillende categorieën mensen, op grond van bijvoorbeeld hun etniciteit, leeftijd, geslacht of handicap. Bewust of niet, discriminatie in de medische opleidingen is slecht voor de mentale gezondheid en het prestatievermogen van de arts in opleiding. Diversiteit daarentegen is goed.

Er kunnen drie typen diversiteit worden onderscheiden: cognitieve, demografische en experiëntiële. Cognitieve diversiteit gaat over de verschillende manieren waarop iemand kennis kan overdragen:

MEER DIVERSITEIT IN DE OPLEIDING REVALIDATIEGENEESKUNDE

Als we vinden dat er meer diversiteit moet komen in de opleiding revalidatiegeneeskunde zijn er wel een aantal voorwaarden waaraan voldaan moet worden.

Veranderbereidheid

Om de opleiding meer divers en inclusief te maken moet men concrete en nieuwe plannen bedenken, ontwerpen en implementeren. De context waarin de verandering moet plaatsvinden en de verschillende actoren in het proces moeten ook bereid zijn tot verandering. De a(n)ios bijvoorbeeld zal bereid moeten zijn om in gesprek te gaan over wat moet veranderen in de opleiding en opleiders zullen bereid moeten zijn om open te staan voor nieuwe inzichten over eerlijker toelating tot de opleiding. Als dit gebeurt zal er een 'intrinsiek gemotiveerd' veranderingsproces op gang komen.

Elimineren van dubbele standaarden

Om de procedures meer inclusief te maken, moet de dubbele standaard in de verschillende selectie-, toelatings- en toetsingsprocedures worden aangepast. Dubbele standaarden zijn situaties waarin verschillende maten worden gebruikt om een situatie te



beoordelen. Bijvoorbeeld, wanneer de ongeschoren baard van een blanke dokter onopgemerkt blijft, maar die van een dokter van kleur (onbewust) snel beschouwd wordt als onverzorgd.

Privileges

Er zijn bepaalde (on)verworven voorrechten (privileges) die sommige groepen hebben ten nadele van anderen en die een rol kunnen spelen in de opleiding tot revalidatiearts. Bijvoorbeeld als een of beide ouders van een a(n)ios arts is of een zorggerelateerde achtergrond heeft, kan dit bepaalde voordelen en privileges met zich mee brengen. De socio-economische status en het algemene opleidingsniveau van ouders kan er ook voor zorgen dat bepaalde groepen studenten meer kans hebben op of makkelijker toegang krijgen tot een opleidingsplaats. Het is daarom belangrijk om oog te hebben voor privileges die in de weg kunnen staan van een inclusieve en diverse revalidatie-geneeskundeopleiding.¹⁸

OVERWEGINGEN VOOR OPLEIDERS

Om de kwaliteit van de revalidatiegeneeskunde te verbeteren, zouden men meer moeten gaan prioriteren op wat essentieel is voor (meer) diversiteit in de opleiding. Wordt het dan gender, etniciteit, religie, fysieke beperkingen of een combinatie van deze kenmerken (intersectionaliteit)?¹⁹ Neem bijvoorbeeld de sollicitatieprocedures waar opleiders steeds te veel vanuit hun eigen referentiekader lijken te handelen. Het zou van meerwaarde

'Kandidaten van minderheidsgroepen worden vaker benadeeld in de toelating tot de opleiding'

kunnen zijn om als eerste kandidaten te selecteren die de taal of cultuur van de patiënten begrijpen, als er in hun teams weinig revalidatieartsen zijn met een migratieachtergrond, maar wel veel niet-westerse patiënten.

Een revalidatiearts behandelt volgens het ICF-model, daarbij is context heel belangrijk. Als er meer diversiteit onder revalidatieartsen is, is het ook makkelijker om meer perspectieven te zien, te begrijpen en te duiden.

Kunnen we meer doen voor meer diversiteit in de opleiding? Ja, maar er moet wel wat gebeuren. De normen en criteria die we aanhouden om te beoordelen of iemand over relevante ervaring beschikt, zijn te nauw en kandidaten van minderheidsgroepen

worden vaker benadeeld in de toelating tot de opleiding.³ Op dit moment wordt er weinig tot geen rekening gehouden met wat mensen met een minderheidspositie al hebben moeten presteren om zover te komen in hun carrière. Men kijkt, mijn inziens, er (vaak) alleen naar bij welk dispuut of sportvereniging iemand heeft gezeten. Echter, dit zegt niets over de mate waarin iemand hard heeft gewerkt, welke levenservaring hij/zij heeft opgedaan en hoe hij/zij met tegenslagen omgaat. Voor merkbare verandering moeten opleiders wat mij betreft anders gaan denken, bijvoorbeeld andere normen hanteren bij aannamebeleid of andere criteria en kwaliteiten gebruiken bij de selectie van a(n)iossen.

TOT SLOT

Het is belangrijk dat de opleiding tot revalidatiearts een afspiegeling is van de maatschappij en de patiëntenpopulatie. Die afspiegeling moet terug te zien zijn in de diversiteit van de populatie van studenten, docenten, zorgmedewerkers én deelnemers aan wetenschappelijk onderzoek. Echter, de bovenstaande (potentiële) oplossingen zijn niet zonder uitdagingen. Er zijn onbewuste vooroordelen die mensen hebben die ervoor zorgen dat mensen met een andere (minderheids)achtergrond het moeilijk hebben om vooruit te gaan.

Neem bijvoorbeeld de situatie waarin men zich afvraagt of het de moeite waard is om tijd en energie te investeren in een a(n)ios met een migrantenachtergrond, die de Nederlandse taal matig beheerst. En zal dit, door alle vooroordelen, ook tot een echte inhaalslag van zijn of haar achtergestelde positie leiden? Misschien niet, maar zonder te proberen zullen we het nooit weten. Daarom pleit ik ervoor dat het Concilium van revalidatiegeneeskunde een krachtig statement maakt dat alle opleidingscentra een aantal opleidingsplaatsen reserveren voor artsen uit groepen die ondervertegenwoordigd zijn. Dit zal het probleem niet onmiddellijk oplossen, maar het biedt wel meer kansen voor de minderheidsgroepen die al een achterstand hebben.

Mijn conclusie: er is geen twijfel over dat er meer diversiteit en inclusie moet komen in de opleiding tot revalidatiearts. Het is wel van cruciaal belang dat de opleidingscultuur rijp en veilig genoeg is om dit te realiseren. Wij allen moeten ervoor zorgen dat we diversiteit en inclusie centraal stellen voor de opleidingen en bewust stappen ondernemen om hieraan iets te doen. ←



→ De referenties van dit artikel vind je bij dit artikel op www.revalidatie.nl/ntr/.

Waar mag de NAH-patiënt met neuropsychiatrie revalideren?

Patiënten met niet-aangeboren hersenletsel (NAH) én psychiatrische comorbiditeit komen vaak niet in aanmerking voor medisch specialistische revalidatie (MSR). Met dit artikel willen we bereiken dat de revalidatiearts meer oog krijgt voor de mogelijkheden (samenwerken in de keten). Door systematisch een aantal specifieke vragen te stellen tijdens het indiceren, kunnen we meer patiënten van deze doelgroep in aanmerking laten komen voor MSR, direct of in latere instantie.



E. (ESTHER) SCHUTTE

Revalidatiearts, Rijndam, locatie Franciscus Gasthuis, Rotterdam

M.T. (MONIQUE) VAN DEN BERG

Psychiater, Pro Persona, Thalamus en Winkler kliniek, Wolfheze



CORRESPONDENTIE

e.schutte.ra@gmail.com

In deze NTR-editie ligt de focus op toegankelijke zorg en inclusie. Patiënten met NAH én psychiatrische comorbiditeit, zoals stemmingsproblematiek (depressie, bipolair) of psychotische klachten (al dan niet in het kader van schizofrenie en middelengebruik) krijgen helaas vaak geen toegang tot MSR. Dit geldt ook voor patiënten met neuropsychiatrische problematiek, zoals bij multiple sclerose (MS), ziekte van Huntington, ziekte van Parkinson of encefalitis. Soms is zowel het NAH als de neuropsychiatrie het gevolg van eenzelfde toedracht (bijvoorbeeld psychose bij overvraging na hoog energetisch trauma), soms komt de ene diagnose voort uit de andere (zoals een suïcidepoging waardoor hypoxie, met als gevolg ernstige neurocognitieve problematiek). Hoe krijgen deze patiënten de juiste (revalidatie)behandeling op de juiste plek?

Neem voor jezelf een recente casus uit de eigen praktijk in gedachten. Ga na welke mogelijkheden en onmogelijkheden je zag voor MSR. Wat was je advies? Met de eigen casus in het achterhoofd, delen de auteurs graag hun ervaringen. Hiermee hopen zij uit te dagen om bij de eigen casus nog eens kritisch terug te kijken of, met de kennis uit dit artikel, de beoordeling anders was geweest. Of bij een toekomstige casus de aanpak te wijzigen, in de hoop dat er meer mogelijk is en meer patiënten met een neuropsychiatrische diagnose in aanmerking komen voor MSR.

VANUIT DE REVALIDATIE BENADERD, DOOR E. SCHUTTE

Als ervan uit gegaan wordt dat je eigen casus niet in aanmerking kwam voor MSR - wat vaak het geval is - heb je bij deze casus bij de volgende vragen stilgestaan?

- Is de neuropsychiatrische diagnose beoordeeld als belemmerende factor? Zo ja, hoe of door wie is dat beoordeeld?
- Was de neuropsychiatrische diagnose dé belemmerende factor waardoor patiënt niet in aanmerking kwam voor MSR?
- Is daarvoor overleg geweest met andere specialisten of disciplines, of met (revalidatie)artsen met meer ervaring op dit gebied?
- Ben je tevreden met het alternatief dat er voor patiënt mogelijk was?
- Is er een mogelijkheid voor patiënt om (op termijn) alsnog in de MSR in behandeling te komen? Zo ja, zijn er afspraken gemaakt ten aanzien van (her)beoordeling?

Waarschijnlijk heb je als revalidatiearts ervaren dat patiënten met deze combinatie van diagnoses vaak uitgebreide beperkingen hebben op het niveau van functioneren. Tevens kan deze combi-



natie ertoe leiden dat er ook op het gebied van externe factoren veel verandert of dat er al veel problemen zijn. Niet altijd is vooraf goed in te schatten in welke mate dit verandert, maar het is zeker van invloed op de behandeling en ontslagbestemming. Kortom, een complexe patiënt waar, mede gezien de belemmerende factoren, het een hele uitdaging is om deze de juiste behandeling (op het juiste moment) te geven.

Weegt bezorgdheid/angst/onrust bij jezelf of je team ook mee in de beslissing? Wat als de patiënt weer een suïcidepoging doet? Hoe schat ik die kans eigenlijk voldoende in en wie is daar verantwoordelijk voor? En ten aanzien van de veiligheid van anderen: zijn andere patiënten veilig in het bijzijn van deze patiënt en hoe en wie monitoren dat gedurende de behandeling? Deze vragen zijn in ieder geval bij mij opgekomen toen ik in aanraking kwam met deze doelgroep.

Als aios revalidatiegeneeskunde heb ik een aantal patiënten met deze diagnoses mogen beoordelen als intercollegiaal consult in een perifere ziekenhuis. Het ging mij aan het hart om te zien hoe moeilijk het regelmatig was om deze mensen behandeling binnen de MSR te bieden. De regelmatig aangedragen belemmerende factoren beoordeelde ik anders, óf zag ik wel als een belemmerende factor die óók bij andere behandelaren zou gelden. En als dan hetgene dat wél beïnvloedbaar is, het beste in de MSR behandeld kan worden, vond ik het frustrerend dat dat vaak niet mogelijk was. Ik zag naast die belemmerende factoren ook mogelijkheden. Dus waarom konden wij dan niet de beste revalidatiezorg bieden? Helaas zijn ook factoren zoals elders benoemd in deze special, zoals het hebben van een ontslag-

bestemming en een sociaal netwerk, van invloed op het wel/niet toegankelijk zijn van MSR.

Voor een aantal patiënten kwam ik in contact met de kliniek Neuropsychiatrie en NAH van Antes, als onderdeel van de Parnassia Groep. In eerste instantie dacht ik dat het probleem voor deze doelgroep was opgelost! Dé combinatie van revalidatiebehandeling en psychiatrische behandeling op één afdeling! Helaas zijn er (landelijk) weinig plekken beschikbaar en is het vaak ver weg van de woonomgeving van patiënt.

'Aan de voorkant gezamenlijk beoordelen zorgt voor gezamenlijke verantwoordelijkheid om te voorkomen dat deze patiëntengroep over en weer wordt geschoven'

De worsteling voor deze complexe doelgroep had mijn interesse gewekt en ik heb een verdiepingsstage mogen doen op die kliniek onder supervisie van psychiater M.T. (Monique) van den Berg. Zelf kwam ik tot de conclusie dat ik dingen heb over-én onderschat. Ik zou een patiënt nu beter kunnen beoordelen. Het is vervolgens niet alleen aan mij, het is ook aan het team dat de patiënt moet behandelen.

Samenwerking van een revalidatiecentrum met een psychiater (met affiniteit met deze doelgroep) zou het voor deze patiënten al snel mogelijk kunnen maken om toegelaten te worden binnen →

de MSR. Een samenwerking met centra die neuropsychiatrie en NAH-behandeling combineren om voor alle patiënten de juiste zorg op de juiste plek te bieden zou ideaal zijn. Zo kan een patiënt die te laag belastbaar is voor de MSR, (tijdelijk) beter behandeld worden bij zo'n kliniek. Of als er veel zorgen zijn rondom patiëntens veiligheid (en die van anderen). En laten we deze patiënten vooral niet uit het oog verliezen. Wat als ze klinisch klaar zijn op de kliniek Neuropsychiatrie en NAH, zijn ze dan voldoende belastbaar voor een poliklinisch MSR-traject? Wie zorgt ervoor dat deze (her)beoordeling geborgd is?

VANUIT DE NEUROPSYCHIATRIE BENADERD, DOOR M.T. VAN DEN BERG

Op de afdeling Neuropsychiatrie en NAH binnen Antes, als onderdeel van de Parnassia Groep, wordt er revalidatie en herstelzorg geleverd voor de groep patiënten die niet elders aan de slag kan. Bij psychiatrische diagnoses waaronder ook patiënten met een licht verstandelijke beperking, middelengebruik en/of misbruik in het verleden, is de patiëntengroep vaak te complex voor andere specialismen door veel bijkomende psychosociale problematiek. Zo ook de patiënten met forse gedragsproblematiek, veelal gepaard gaande met agitatie soms uitlopend in agressie. Een belangrijke belemmerende factor hierin is vaak het beperkte of afwezige ziektebesef en/of inzicht, in combinatie met een (zeer) lage belastbaarheid bij ernstige cognitieve problematiek. Kortom, een heel kwetsbare, maar ook weinig bediende groep in Nederland. En om ook voor hen de zorg te bieden, zijn er gespecialiseerde afdelingen in Nederland binnen grote(re) geestelijke gezondheidszorg (GGZ)-instellingen die deze onmisbare zorg bieden (zie kader).

Grote(re) GGZ-instellingen die revalidatie en herstelzorg bieden

De grotere GGZ-instellingen voor de meer complexe neuropsychiatrische problematiek in Nederland zijn:

- Expertisecentrum Neuropsychiatrie en NAH Antes, Rotterdam
- Winkler Expertisecentrum Neuropsychiatrie, Pro Persona, Wolfheze
- Hoogspecialistisch Centrum voor Hersenletsel en Neuropsychiatrie, GGZ Oost Brabant, Boekel
- Kliniek en polikliniek neuropsychiatrie Rivierduinen, Oegstgeest
- Altrecht neuropsychiatrie Vesalius, Woerden (alleen poliklinische behandeling)

Het grootste aandeel verwijzers zijn de psychiaters van de psychiatrische consultatieve dienst in het ziekenhuis, neurochirurgen wegens problematisch gedrag dat onhoudbaar is in het ziekenhuis

bij de patiënt die te slecht is voor de MSR en niet past binnen de geriatrische revalidatiezorg (GRZ), maar ook vanuit samenwerkingsverbanden tussen revalidatiecentra en de GGZ-aanbieders. Deze laatste groep zou mijn inziens nog veel mooiere en grotere samenwerkingen kunnen aangaan om deze doelgroep nog beter te bedienen. Meer uitwisseling van expertise, meer consultatieve taken en gezamenlijke poliklinieken of afdelingen.

Ik zou heel graag zien dat aan de voorkant gezamenlijk wordt beoordeeld, zodat er gezamenlijke verantwoordelijkheid kan worden genomen om te voorkomen dat deze patiëntengroep over en weer wordt geschoven of 'weg wordt gestopt' zonder kans op verder herstel. Er zijn veel mooie voorbeelden te noemen waarin deze samenwerking het verschil heeft gemaakt, zie kader.

Voorbeeld-casus van de neuropsychiatrische kliniek

Bij een jonge vrouw, opgenomen in het ziekenhuis via de SEH na krachtverlies in beide benen, loopstoornissen en verwardheid, bleek sprake te zijn van een Wernicke encefalopathie. De cognitieve stoornissen bleken te ernstig en de belastbaarheid te laag voor revalidatie binnen de MSR. Gezien de leeftijd was ook de GRZ niet passend. Bij opname zien we een bedlegerige vrouw met ernstige inprentingsstoornissen, loopstoornissen en een zeer laag niveau van belastbaarheid. Na maanden van aanvankelijk lage trainingsbelasting met langzame uitbreiding, is het niveau en de psyche dusdanig gestabiliseerd dat opname in de MSR haalbaar bleek.

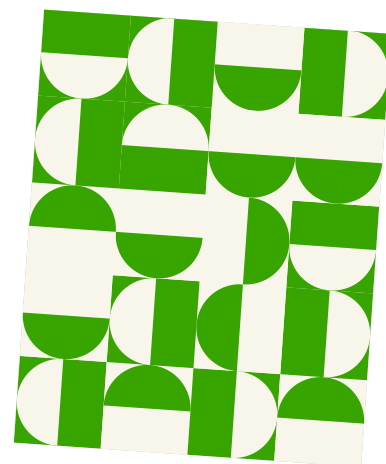
Laten we niet bang zijn voor schotten en regels, maar gewoon dóén! Over de grenzen heen. Doe je ook mee?

TAKE-HOME MESSAGE

- Raadpleeg bij de beoordeling collega's (van andere specialisme) met ervaring met deze doelgroep.
- Als de belemmerende factor de reden is van afwijzen MSR, in welke mate moet deze veranderd zijn om wél in aanmerking te komen? Durf dit te benoemen en aan te geven (in je status of brief) in verband met tijdig terugverwijzen en (her)beoordelen.
- Als zorgen omtrent veiligheid spelen (bij jezelf, je team of ten aanzien van de andere patiënten); vraag deze dan goed uit. Wat is de kern van deze zorgen? Is dit beïnvloedbaar? En ga na hoe deze weg te nemen zijn. Eventueel door inschakelen van een specialist op dit gebied, scholing, heldere afspraken met patiënt (en mede-behandelaren) bij aanvang MSR.
- Leg contact met een gespecialiseerd centrum voor NAH en neuropsychiatrie in de regio. ←

Revalidatiegeneeskunde: het geheim van het vierkante rondje

Sinds ik in 1985 als agio in de revalidatie begon, zijn we al twee keer 'onder vuur genomen'. En beide keren door zorginstututen. En de vragen behelsden telkens: wat doen jullie? Welke diagnosegroepen behandelen jullie? En met welk resultaat? Tot twee keer toe wist de VRA - met behulp van de VRIN/RN - het tij te keren middels een goed doortimmerd indicatie-document, waarin wij klip-en-klaar uitlegden aan welke voorwaarden de patiënt moest voldoen en welke indicaties er van toepassing waren. We moeten blijkbaar elke keer aan zorginstanties uitleggen wie we zijn en wat we doen. Want de vraag om uitkomstmaten blijft ons nog steeds (2022) achtervolgen. Wij willen niets liever dan iedereen laten zien hoe goed we het doen en met welk resultaat. Maar het probleem is dat onze uitkomst een resultante is van drie - zo niet zes - disciplines. Dat blijkt tot nu toe een onmetelijke opdracht: letterlijk.



Wij zijn een jong specialisme en stonden sinds 1955 bij de KNMG als Arts Fysische Geneeskunde & Revalidatie te boek, met als orgaan het bewegingsapparaat. Een orgaan, zoals bij de oogarts, cardioloog, etc. We ontwikkelden een holistische kijk met veel aandacht voor de psychosociale kant. Want als iets een grote gemene deler bleek bij al onze patiënten, was dat wel het accepteren van en leren omgaan met het verlies van 'het verloren paradijs' van die beperkt geraakte patiënt. We behandelden met name amputaties, dwarslaesies en neuro-patiënten. De kinderrevalidatie dateert al van oudsher. We zien jong en oud, man en vrouw. In de Trias Medica zijn wij de ondersteuners: letterlijk met korsetten en ortheses. En de coördinatoren; uitgerust met pen en papier of iPad. Door de verschuiving naar de psyche verving de VRA in 1987 onze naam in 'revalidatiegeneeskundige' en 'amputeerden' wij ons orgaan. Daarmee begaven wij ons op glad ijs; want wie revalideert er nu niet? De groep chronische pijn kwam erbij en later de oncologische revalidatie.

Maar hoe bekend zijn we? De meeste huisartsen kennen ons als het 'paard in het schaakspel'; we springen over muren en bedenken verrassende oplossingen voor vastgelopen patiënten. Wij blijken in staat - dankzij ons team - om dat vierkante rondje (wat natuurlijk niet bestaat, maar de casus die we krijgen lijkt daar vaak wel op) te splitsen in een fysiek vierkant en een psychisch rondje. Maar vertellen we het? En in het ziekenhuis kennen diverse specialisten ons goed. Wij triëren de meervoudig complexe patiënt voor hen. In deze triage en het resultaat ervan ligt onze kracht. Maar vertellen we dat ook allemaal? *Be good and tell it.*

Mijn punt is: wij stellen ons te vaak té bescheiden op. In het grote zorgpalet van VWS staan wij niet vooraan, nooit gedaan. Maar waarom ons prachtige vak niet wat meer in de schijnwerpers zetten? We hebben onze collegae-specialisten nodig als bondgenoten en zij ons. Maak dat duidelijk. Elke revalidatiearts kan dat doen! Sluit elke brief af met een samenvatting van slechts zeven regels en vertel dan kort en bondig waar we mee begonnen en wat we bereikt hebben. Laat zien dat we onmisbaar zijn in de keten van de geneeskunde. De wederkerigheid zal ons deel zijn. ←

Henk-Jan Buijs
revalidatiearts Revant

Rubriek 'In Perspectief'

In deze rubriek worden senior-revalidatieartsen door oud-hoofdredacteur Ben Drentje 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 Henk-Jan Buijs.

HANDVATTEN OM DE KLOOF TUSSEN WETENSCHAP EN PRAKTIJK TE OVERBRUGGEN

Bewegen tijdens de ziekenhuisopname

Steeds meer onderzoek benadrukt dat fysieke activiteit tijdens de ziekenhuisopname gerelateerd is aan positieve gezondheidsuitkomsten. Desalniettemin komen patiënten sporadisch uit hun bed en zijn ze zelden fysiek actief. Hoe overbrug je deze kloof tussen onderzoek en de praktijk, en zorg je ervoor dat patiënten voortaan fysiek actief zijn tijdens de ziekenhuisopname? Daar deed ik de afgelopen vijf jaar promotieonderzoek naar.

Als we ervoor willen zorgen dat patiënten tijdens de ziekenhuisopname voortaan voldoende fysiek actief zijn, is het allereerst belangrijk dat we fysiek inactieve patiënten weten te herkennen. Idealiter wil je hier activiteitenmeters voor gebruiken, maar door beperkingen zoals batterijduur en kosten lijkt grootschalige implementatie nog niet haalbaar. Zodoende onderzochten we twee alternatieve, eenvoudig-te-implementeren methoden om fysiek inactieve patiënten in het ziekenhuis te herkennen.

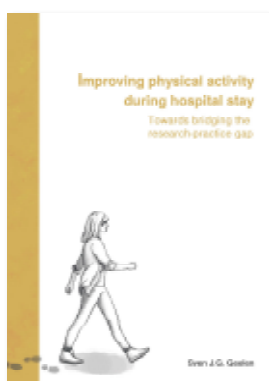
METHODEN OM FYSIEK INACTIEVE PATIËNTEN TE HERKENNEN

Eén methode is om patiënten te herkennen via makkelijk te observeren patiëntkenmerken die sterk geassocieerd zijn met fysieke inactiviteit. In een cross-sectioneel onderzoek hebben wij 114 patiënten van chirurgische, interne en cardiologische afdelingen van het Amsterdam UMC voor 12 uur gevolgd met behulp van een activiteitsmeter en observaties. Onze bevindingen laten zien dat fysieke inactiviteit sterk geassocieerd is met de afhankelijkheid in mobiliteit en de aanwezigheid van een urinekatheter ($R^2=0,52$). Oftewel, door

dagelijks de afhankelijkheid in mobiliteit en aanwezigheid van een urinekatheter in kaart te brengen kunnen zorgverleners fysiek inactieve patiënten tijdig herkennen.

Om de afhankelijkheid in mobiliteit valide en betrouwbaar te kunnen meten hebben we de *Activity Measure for Post-Acute Care (AM-PAC) '6-clicks' Basic Mobility short form* naar het Nederlands vertaald en klinimetrisch onderzocht. Dit meetinstrument helpt zorgverleners de zelfstandigheid van de patiënt bij zes activiteiten, zoals 'uit bed komen', te beoordelen op een schaal van één (niet in staat om te doen/volledige hulp vereist) tot vier (geen hulp vereist). Onze bevindingen laten zien dat de Nederlandse versie valide is en een matig tot goede inter-beoordelaars betrouwbaarheid heeft ($ICC's >0,90$; gewogen Kappas 0,649-0,841).

Een andere methode om fysiek inactieve patiënten te herkennen is om dagelijks het niveau van mobiliseren te beoordelen met behulp van de *John Hopkins Highest Level of Mobility (JH-HLM)* schaal. De JH-HLM is een gevalideerde 8-punts ordinale schaal en loopt van de minimale score '1=passief in bed liggen' tot de maximale score '8=76,2 meter lopen'. Het voordeel van deze methode is dat artsen en verpleegkundigen tevens de informatie kunnen gebruiken om samen met patiënten doelen te stellen.



Promovendus: S.J.G. (Sven) Geelen, na promotie: postdoctoraal onderzoeker en projectcoördinator

Datum promotie: 24 juni 2022

Promotoren: dr. M. (Marika) van der Schaaf, prof. dr. R.H.H. (Raoul) Engelbert

Copromotoren: prof. dr. F. (Frans) Nollet, prof. dr. C. (Cindy) Veenhof



DR. S.J.G. (SVEN) GEELEN



CORRESPONDENTIE

s.geelen@mzh.nl

Een digitale versie van het proefschrift is te downloaden via <https://dare.uva.nl/search?identifier=40a16f82-929b-4cce-9b17-c63e1d772c40>.





Sven Geelen verkrijgt op 24 juni 2022 de graad van doctor aan de Universiteit van Amsterdam.

Kort na de implementatie op twee chirurgische afdelingen kwamen we er echter achter dat patiënten snel de maximale score behaalden (45,2% binnen één dag; 87,4% binnen drie dagen na de operatie). We besloten om de schaal uit te breiden naar 1.125 meter lopen en noemden deze de *AMsterdam UMC Extension of the Johns Hopkins Highest Level of mobility* (AMEXO) schaal. Patiënten haalden minder frequent de maximale score (1,7% binnen één dag; 16,8% binnen drie dagen). Dit suggereert dat de AMEXO-schaal geschikter is dan de originele schaal om het mobiliseren bij deze patiënten te kwantificeren en als alternatief kan dienen om fysiek inactieve patiënten te herkennen.

BEGRIJPEN WAAROM PATIËNTEN FYSIEK INACTIEF ZIJN

Naast dat we weten wie er fysiek inactief is, is het belangrijk dat we goed begrijpen waarom patiënten fysiek inactief zijn. Om een goed overzicht te krijgen van alle bevorderende en belemmerende factoren hebben we een *scoping review* uitgevoerd. In totaal vonden we 56 studies die tezamen 264 belemmerende en 228 bevorderende factoren rapporteren vanuit patiëntenperspectief en 415 belemmerende en 409 bevorderende factoren vanuit zorgverlenersperspectief. De meeste factoren blijken gerelateerd te zijn aan de fysieke omgeving, zorgprocessen, de beschikbaarheid van middelen, kenmerken van de patiënt (zoals ziekte) en sociale invloeden (zoals bezoek dat fysieke activiteit ontmoedigt). Omdat we op basis van deze review niet

konden achterhalen wat de belangrijkste belemmerende factoren zijn hebben we vervolgens een *mixed-methods* onderzoek uitgevoerd. Aan de hand van vragenlijsten en focusgroepen onder artsen, verpleegkundigen, zorgassistenten en fysiotherapeuten op de eerdergenoemde afdelingen achterhaalden we wat zij de belangrijkste belemmerende factoren vonden en welke oplossingen zij zagen. Samengevat gaven de zorgverleners aan dat ze duidelijke richtlijnen, rollen en verantwoordelijkheden nodig hebben als het gaat om het verbeteren van fysieke activiteit. Bovendien hebben zij hulpmiddelen nodig om patiënten te empoweren om fysiek actief te zijn. Tot slot gaven zij aan dat de ziekenhuisafdelingen zo ontworpen en ingericht moeten worden dat het aanzet tot bewegen.

VERBETEREN VAN FYSIEKE ACTIVITEIT MET BEHULP VAN EEN VEELZIJDIGE INTERVENTIE

In het laatste deel van mijn proefschrift hebben we samen met patiënten en zorgverleners de veelzijdige interventie genaamd 'Beter Bewegen' ontwikkeld en geïmplementeerd om het beweggedrag van patiënten te veranderen. Beter Bewegen bestaat uit 23 interventiecomponenten, zoals het aanschaffen van nieuwe rollators en het gebruik van de AMEXO-schaal om beweegdoelen te stellen met patiënten. Ondanks alle inspanningen liet de evaluatie zien dat de implementatie niet heeft geleid tot een significante verbetering in fysieke activiteit, opnameduur en heropnames. Vanuit de procesevaluatie konden we echter wel belangrijke lessen trekken, zoals:

- Monitor tijdens de implementatie van beweeginterventies het bereik en gebruik.
- Beperk het aantal interventiecomponenten tot het echt noodzakelijke.
- Zorg voor voldoende prioriteit, middelen en betrokkenheid van zowel personeel als management van een verpleegafdeling.

AANBEVELINGEN

Samenvattend bevestigt dit proefschrift dat fysieke inactiviteit tijdens de ziekenhuisopname een complex probleem is wat moeilijk oplosbaar is. Desalniettemin zetten we met dit proefschrift een belangrijke stap naar de realisatie van echte 'Beweegziekenhuizen' door *tools* te bieden voor het herkennen van fysiek inactieve patiënten, *inzicht* te bieden in de redenen achter fysieke inactiviteit en *belangrijke lessen* te delen. Dit kan de effectiviteit van toekomstige interventies ten goede komen. Overkoepelend heb ik op basis van dit proefschrift nog enkele aanbevelingen die ik graag met de Nederlandse revalidatieartsen deel, daar zij belangrijke invloed uit kunnen oefenen om deze te realiseren:

1. Het is essentieel dat tijdens de ziekenhuisopname fysieke activiteit als vitaal teken gemeten wordt.
2. We moeten onze werkprocessen en ICT-systemen zo inrichten dat de meest inactieve patiënten eerder geïdentificeerd worden zodat we deconditionering kunnen voorkomen.
3. De ziekenhuisomgeving moet aantrekkelijker gemaakt worden om te bewegen.
4. We moeten eenduidiger communiceren over de mate van fysieke activiteit bij patiënten.
5. Patiënten en zorgverleners moeten hun rol begrijpen zodat ze hun verantwoordelijkheid kunnen nemen als het gaat om het activeren/stimuleren/aanmoedigen/initiatief tonen.

Dit zal zorgen voor een fundamentele cultuurverandering in een ziekenhuis die gelijk op gaat met de beweging van **rust-roest naar exercise=medicine**. ←

Thuismeten van ziektebeloop bij motorneuronziekten

Patiënten met progressief spierkrachtverlies ervaren bezoeken aan het ziekenhuis of revalidatiecentrum als belastend. Dit proefschrift beschrijft de eerste stappen naar het zelfstandig thuismeten van ziektebeloop bij twee motorneuronziekten (ALS en MMN). Hierbij werd gebruikgemaakt van patiëntvriendelijke technologie. De studies tonen het potentieel aan van zelfstandige thuismetingen voor het verbeteren van gepersonaliseerde zorg en klinische studies.

Bij motorneuronziekten zoals amyotrofische laterale sclerose (ALS) en multifocale motorische polyneuropathie (MMN) raken de zenuwen die de spieren aansturen beschadigd. De betrokken spieren en de snelheid waarmee de zwakte toeneemt, verschillen sterk per patiënt, waardoor zorg op maat nodig is. Deze grote variatie in ziektebeloop bemoeilijkt ook de zoektocht naar nieuwe effectieve behandelingen. Daarom is het belangrijk

om relevante ziekteverschijnselen en hun beloop regelmatig te meten. Momenteel worden deze metingen, zoals spierkracht en ademhalingsfunctie, standaard uitgevoerd door een professional in het ziekenhuis of revalidatiecentrum. Voor patiënten met ernstige spierzwakte is reizen naar het ziekenhuis echter erg belastend. De recente beschikbaarheid van patiëntvriendelijke technologie biedt de mogelijkheid voor patiënten om een deel van deze metingen thuis, zelfstandig uit te voeren. Thuismetingen hebben het voordeel

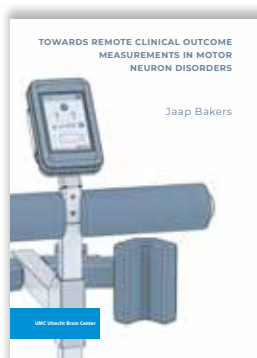
dat ziekteverschijnselen frequent en laagdrempelig kunnen worden gemonitord, waardoor veranderingen sneller kunnen worden opgemerkt. Er is echter een gebrek

'Door thuismetingen kunnen ziekteverschijnselen frequent en laagdrempelig worden gemonitord'

aan kennis over hoe metingen van ziekteprogressie optimaal kunnen bijdragen aan het leveren van gepersonaliseerde zorg, en aan de evaluatie van effect binnen motorneuronziekten.

DOELSTELLINGEN VAN DIT PROEFSCHRIFT

1. Inzicht in de relevantie en huidige tekortkomingen van metingen van ziekteprogressie bij ALS en MMN.
2. Nagaan of zelfstandige thuismetingen de ziekteprogressie kunnen objectiveren. Hierbij werd gebruikgemaakt van draagbare sensoren en werden de huidige meetmethoden vereenvoudigd. Er werd bijvoorbeeld een gebruiksvriendelijke krachtmeter ontwikkeld



Promovendus: J.N.E. (Jaap) Bakers, fysiotherapeut en promovendus

Datum promotie: 23 mei 2023

Promotoren: prof. dr. L.H. (Leonard) van den Berg, prof. dr. J.M.A. (Anne) Visser-Meily

Copromotoren: dr. J.A.J. (Anita) Beelen, dr. R.P.A. (Ruben) van Eijk



DR. J.N.E. (JAAP) BAKERS



CORRESPONDENTIE

j.n.e.bakers@umcutrecht.nl

Een digitale versie van het proefschrift is te downloaden via:

<https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/428001>



MEETINSTRUMENTEN DIE ZIJN ONDERZOCHT VOOR ZELFSTANDIG THUISMETEN



Spirometer voor het meten van respiratoire functie (vitale capaciteit).



Activiteitenmonitor (accelerometer) die op de broekband werd gedragen om fysieke activiteit te meten.



Nieuw ontwikkelde krachtmeter voor het thuismeten van isometrische spierkracht van de knie-extensoren.



(Iso-Quad) om de spierkracht van de benen te testen zonder de hulp van een professional.

BELANGRIJKSTE RESULTATEN EN HUN KLINISCHE IMPLICATIE

Dit proefschrift heeft laten zien dat metingen van respiratoire functie en spierkracht onmisbaar zijn om ziektebeloop bij ALS en behandelresultaten bij MNM aan

'Metingen van respiratoire functie, accelerometrie en spierkracht kunnen gebruiksvriendelijk en betrouwbaar thuis worden uitgevoerd'

te tonen. De huidige praktijk van gesuperviseerde klinische metingen heeft echter verschillende nadelen. Zo werd er een plafondeffect gevonden bij handmatige spierkrachtmetingen en was er een gebrek aan standaardisatie bij het meten van respiratoire functie.

Daarnaast is aangetoond dat metingen van respiratoire functie, accelerometrie en spierkracht betrouwbaar thuis kunnen worden uitgevoerd. Deze studies lieten zien dat patiënten de zelfstandige thuismetingen als zeer gebruiksvriendelijk en

niet belastend ervoeren.

Om op maat gemaakte zorg en de ontwikkeling van nieuwe behandelmethoden te bevorderen is het daarom van belang dat thuismeten hoog op de implementatie-agenda komt te staan. ←



*Op 23 mei 2023 verdedigde Jaap Bakers zijn proefschrift - getiteld **Towards remote clinical outcome measurements in motor neuron disorders** - met succes in het Academiegebouw in Utrecht. Jaap is werkzaam als fysiotherapeut-onderzoeker bij het ALS behandelteam van het UMC Utrecht en scholingsinstructeur voor het ALS-Centrum en het Europese ALS trial netwerk (TRICALS).*

Beweeginterventies tijdens en na chemotherapie

Fysieke inspanning tijdens en na een oncologische behandeling vermindert het optreden van bijwerkingen. Zo verbetert sporten tijdens of na chemotherapie vermoeidheid, fysieke conditie en draagt het bij aan het bereiken van een gezond gewicht. Hoe en wanneer kan een sportinterventie het best geïmplementeerd worden bij patiënten met de diagnose kanker?

S teeds meer mensen leven langdurig met de diagnose kanker, of genezen van kanker. Dit komt doordat de diagnose vaak in een vroeger stadium kan worden gesteld en de oncologische behandelingsmogelijkheden verbeteren. Deze verbeterde overleving heeft geleid tot meer kennis over (lange termijn) bijwerkingen van de oncologische behandeling. Deze bijwerkingen variëren in ernst en kunnen een nadelige invloed hebben op kwaliteit van leven. Zo kan chemotherapie vermoeidheid veroorzaken, kan de fysieke conditie fors dalen en stijgt de kans op het ontwikkelen van een chronische aandoening, zoals hart- en vaatziekten.

ONDERZOEKSVRAAG

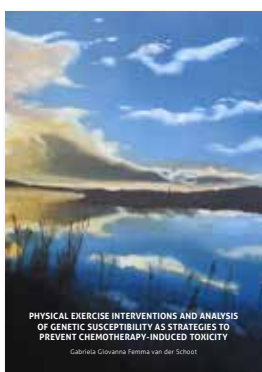
In dit onderzoek hebben we gekeken naar factoren waarmee rekening gehouden kan worden om een sportinterventie bij een oncologische patiëntengroep zo effectief mogelijk te implementeren. Ook hebben we gekeken naar de optimale timing van een sportinterventie bij behandeling met chemotherapie, met als doel verminderen van bijwerkingen bij patiënten met borst-, zaadbal- of dikkedarmkanker.

RESULTATEN

Uit wetenschappelijk onderzoek over sportinterventies tijdens- en na een oncologische behandeling blijkt dat er geen *one size fits all* interventie mogelijk is. Verschillende factoren zijn van invloed op therapietrouw

en daarmee ook op de effectiviteit. Met een systematische review hebben we een overzicht gegeven van wetenschappelijke artikelen die factoren beschrijven met een voorspellende waarde op therapietrouw aan een sportinterventie gedurende een oncologische behandeling.¹ Belangrijke factoren die hier positief aan bijdragen, bleken 'woonachtig nabij de sportlocatie', 'ervaring met sporten', en 'duidelijke motivatie voor sporten'. Om de motivatie en therapietrouw in toekomstige studies met sportinterventies te verbeteren, zouden potentiële pre-existente factoren die therapietrouw kunnen belemmeren in een vroeg stadium moeten worden opgespoord en besproken. Dit zou bijvoorbeeld bereikt kunnen worden door een afspraak met de oncoloog te combineren met een afspraak bij een leefstijlcoach.

Applicaties op Smartphones, zoals de *Runkeeper® App* kunnen mensen motiveren om regelmatig te sporten. In een pilot-studie hebben we onderzocht of gebruik van de *Runkeeper® App* van toegevoegde waarde is om patiënten die behandeld werden voor kanker te motiveren meer te sporten.² Hieruit bleek dat patiënten die gebruik maakten van de *Runkeeper® App* (n=16), na zes weken actiever waren dan de controle-patiënten (n=16), en dat deze patiënten positief gestemd waren over het gebruik van de App. Draagbare fysieke activiteiten-trackers en smartphone-applicaties zijn veelbelovende methoden om patiënten



Promovenda: G.G.F. (Gabriela) van der Schoot, arts in opleiding tot revalidatiearts UMCG

Datum promotie: 5 april 2023

Promotoren: dr. A.M.E. (Annemiek) Walenkamp, prof. dr. J.A. (Jourik) Gietema



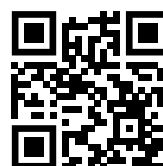
DR. G.G.F. (GABRIELA) VAN DER SCHOOT



CORRESPONDENTIE

g.g.f.van.der.schoot@umcg.nl

Een digitale versie van het proefschrift is te downloaden via: <https://research.rug.nl/en/publications/physical-exercise-interventions-and-analysis-of-genetic-susceptib>





Promotieceremonie Gabriela van der Schoot.

met kanker te ondersteunen en te motiveren om te sporten en hiermee het optreden van bijwerkingen van de behandeling te verminderen.

Er is weinig bekend over het optimale startmoment van een beweeginterventie om bijwerkingen van een oncologische behandeling te verminderen. Meer inzicht in de optimale timing van een interventie kan mogelijk bijdragen aan een gunstiger effect hiervan op het voorkómen van bijwerkingen. In een gerandomiseerde studie, de ACT-trial (*Optimal timing of a physical exercise intervention to improve cardiorespiratory fitness: during or after chemotherapy*) hebben we onderzocht of het beter is om tijdens of na afronding van chemotherapie te starten met een op maat gemaakte sportinterventie, met als doel om de cardiorespiratoire fitheid op de langere termijn te verbeteren.³ Er werden 266 patiënten met borst-, dikkedarm- en zaadbalkanker gerandomiseerd. De primaire uitkomstmaat was cardiorespiratoire fitheid, uitgedrukt als piekwaarde van de zuurstofopname tijdens inspanning (VO₂piek), gemeten één jaar na chemotherapie. Secundaire eindpunten waren VO₂piek direct na chemotherapie (post-chemotherapie), na de sportinterventie (post-interventie), spierkracht, vermoeidheid en gezondheid-gerelateerde kwaliteit van leven. Bij patiënten die tijdens chemotherapie sportten, daalden VO₂piek, spierkracht en kwaliteit van leven

minder en werd minder vermoeidheid ervaren, op het moment dat de chemotherapie afgerond was, vergeleken met patiënten die niet sportten tijdens chemotherapie. Beide groepen hadden post-interventie en één jaar nadien het basisniveau weer bereikt. Op basis van dit onderzoek concluderen we dat deelnemen aan een sportinterventie tijdens chemotherapie vermoeidheid kan verminderen, en zorgt dat VO₂piek, spierkracht en kwaliteit van leven beter behouden blijven. Indien het niet lukt om al tijdens chemotherapie deel te nemen aan een sportinterventie, is sporten na chemotherapie een goed alternatief, aangezien het niveau van functioneren op de langere termijn gelijk is tussen de groepen.

Behandeling met bleomycine, etoposide en cisplatine (BEP) chemotherapie, heeft de 10-jaars overleving van patiënten met uitgezaaide zaadbalkanker doen stijgen naar 90%. Gevreesde bijwerkingen zijn pneumonitis en trombo-embolische events, beide gerelateerd aan vasculair endotheel disfunctioneren. In een exploratieve

'Sporten tijdens chemotherapie zorgt voor behoud van VO₂piek, spierkracht en kwaliteit van leven'

sub-analyse van de ACT-trial hebben we bij 30 patiënten met zaadbalkanker gekeken naar het effect van een sportinterventie tijdens en na BEP-chemotherapie op longfunctie en markers van vasculair endotheel schade. Eindpunten waren geforceerde vitale capaciteit (FVC), het volume van de geforceerde expiratie in de eerste seconde van de expiratie (FEV₁), diffusiecapaciteit van koolmonoxide (DLCO), transfercoëfficiënt voor koolmonoxide (KCO) en eiwitten die suggestief zijn voor endotheel schade (von Willebrand factor, factor VIII, fibrinogeen). Het blijkt

dat de DLCO, FVC, von Willebrand factor en factor VIII minder afwijkend zijn wanneer patiënten sporten, dan wanneer patiënten niet sporten gedurende de chemotherapie (gemeten post-chemotherapie). Eén jaar na de sportinterventie, is er een verschil in DLCO en KCO in het voordeel van patiënten die tijdens chemotherapie hebben gesport. Mogelijk heeft fysieke inspanning tijdens chemotherapie een beschermende invloed op vasculair endotheel, wat de kans op hart- en vaat schade zou kunnen verlagen. Vervolgonderzoek met grotere patiëntgroepen en een langere follow-up zal dit moeten valideren.

WAT MOETEN WE ANDERS GAAN DOEN IN DE PRAKTIJK?

Leefstijl speelt een belangrijke rol in het ontwikkelen van kanker, maar ook in het beïnvloeden van bijwerkingen van de oncologische behandeling. Bij patiënten die een oncologische behandeling (hebben) ondergaan, is het van groot belang om voldoende beweging na te streven, om de kans op het ontwikkelen van bijvoorbeeld hart- en vaatziekten te verlagen. Wij adviseren om patiënten ten tijde van hun oncologische diagnose passende adviezen te geven ten aanzien van beweging en leefstijl. Voor een deel van de patiënten zijn adviezen van bijvoorbeeld een leefstijlcoach voldoende, anderen hebben baat bij een verwijzing naar een fysiotherapeut, diëtist of psycholoog voor gedragsverandering. Door ook te screenen op factoren die therapietrouw kunnen beïnvloeden, kan hier al in een vroeg stadium op ingespeeld worden. Op deze manier sluit een leefstijlprogramma zo goed mogelijk aan bij de behoeften van de individuele patiënt, en kan dit programma zo effectief mogelijk worden ingezet. ←



→ De referenties van dit artikel vind je bij dit artikel op www.revalidatie.nl/ntr/.

Prof. Willem Eisma

1938 - 2023

Professor Willem Eisma, een fenomeen

Op 20 augustus jl. is professor Willem Eisma op 85-jarige leeftijd overleden. Een 'fenomeen', want dat was hij, niet alleen voor 'zijn' afdeling Revalidatiegeneeskunde van het AZG/UMCG, maar ook landelijk en internationaal.



Willem studeerde geneeskunde van 1955-1963 aan de Rijksuniversiteit Groningen (RUG) en was vervolgens van 1963-1967 arts assistent in opleiding in Nijmegen en Groningen. Meteen na zijn opleiding werd hij hoofd van de afdeling Revalidatie, van het destijds met name in TBC gespecialiseerde Beatrixoord (1967-1974). Willem startte daar een afdeling met eigen bedden. In deze periode werd hij ook lector aan de RUG en hoofd van de afdeling Revalidatie van het AZG. In 1980 volgde benoeming tot hoogleraar A en in 1986 tot hoogleraar B. In 2000 nam hij afscheid van een grote, bloeiende afdeling Revalidatiegeneeskunde UMCG, die op een prominente plek in het UMCG hoofdgebouw was gevestigd. Hij was een pionier, een duizendpoot en, zoals zijn dochter Tjarda het tijdens de uitvaart benoemde: een strijder. Hij gaf nooit op. Klein van gestalte, maar groots in zijn daden, een fenomeen.

Hij zat in vele landelijke commissies en niet alleen bij de VRA. Daar heeft hij wel zijn grootste verdiensten behaald, wat hem een zilveren en een gouden balk en het erelidmaatschap opleverde. Hij stond aan de wieg van de zeer grote VRA-SGO subsidie, waardoor veel revalidatieartsen in Nederland wetenschappelijke scholing hebben gekregen. Ook al was hij zelf niet gepromoveerd, Willem zag het belang van wetenschappelijk onderzoek in en enthousiasmeerde veel mensen om onderzoek te doen. Bij hem promoveerde ook de eerste fysiotherapeut in Nederland. Dat er in Groningen nog steeds een stevige onderzoekscultuur heerst, met vele publicaties en promoties, is te danken aan Willem. Daarnaast was hij mede-oprichter van de studie Bewegingswetenschappen aan de RUG.

De *International Society for Prosthetics and Orthotics* (ISPO) mag niet ontbreken in dit verhaal. Willem was *president* van *ISPO International* van 1989-1992, en voorzitter van het succesvolle ISPO

wereldcongres in Amsterdam in 1998. Daar was hij trots op. Hij werd dan ook terecht *Honorary Fellow* van *ISPO International*.

Willem stond pal achter zijn stafleden, gaf hen veel ruimte. Hij had een scherp zakelijk instinct, altijd overgoten met een humoristisch en menselijk sausje, dat steevast werd aangewend ten gunste van de afdeling Revalidatie. Hij was een man van de verbinding en een natuurlijke leider. Een man met vaderlijke adviezen voor zijn assistenten. Een man met tradities, zo mochten we hem pas Willem noemen als dit uitdrukkelijk aan ons (na het voltooiën van de opleiding) werd medegedeeld. Een heer met altijd een 'jasje en dasje', hetgeen hij ook nadrukkelijk verlangde van zijn assistenten. Goede diners (surf en turf) waren ook een handelsmerk van Willem, waarbij er veelvuldig gespecht diende te worden. Willem heeft zijn werk kunnen doen omdat hij gesteund werd door zijn staf, zijn secretaresse Inge Zweerts-de Jong en zijn zeer betrokken familie: zijn vrouw Bertha, die in 2019 overleed, en zijn (schoon) kinderen Sijbrand, Tjarda, Ineke en later ook Marco. Willem heeft alles uit het leven gehaald, hij heeft het leven gevierd waar mogelijk, maar ook meerdere tegenslagen overwonnen. Langdurige ziekte in zijn jeugd, waardoor hij met een stok liep, maar dit hinderde hem niet te doen wat hij wilde. De grootste tegenslag was het op jonge leeftijd overlijden van zijn zoon Sijbrand. Maar ook daarna wist Willem veerkracht te tonen, vandaar dat zijn familie hem als strijder typeerde. We zullen Willem blijvend herinneren vanwege zijn enorme betekenis voor de revalidatiegeneeskunde. In Groningen zal de Willem Eisma-dag vanaf nu gebruikt worden om ook met toekomstige generaties terug te denken aan dit fenomeen. ←

Jan Geertzen, Rien Dekker, Rita Schiphorst Preuper en Corry van der Sluis

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

Samenstelling Botulinumtoxine (van Clostridium botulinum) type A, 100 Allergeneenheden per injectieflacon. Botulinumtoxine-eenheden van verschillende producten zijn niet onderling uitwisselbaar.

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 dystonieën.*Cervicale dystonie (torticollis spastica). **Contra-indicaties** BOTOX is gecontra-ïndiceerd: 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 bevatten eerdere injecties goed verdragen. Daarom is voorzichtigheid geboden bij elke toediening. Bijwerkingen door verspreiding van het toxine erg 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 halsspiers (zie onder "Cervicale dystonie"). BOTOX mag alleen met zeer veel voorzichtigheid en onder strenge 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 aandoeningen (zoals amyotrofe laterale sclerose of motorische neuropathie) en bij patiënten met onderliggende neurologische aandoeningen. Deze patiënten kunnen gevoeliger zijn voor middelen zoals BOTOX, zelfs bij toediening van standaarddoseringen. Het gebruik bij deze patiënten kan leiden tot extreme spierzwakte en een verhoogd risico op klinisch significante systemische effecten, zoals ernstige dysfagie en ademhalingsproblemen. Het botulinumtoxine dient bij die patiënten te worden gebruikt onder toezicht van een specialist en het mag alleen worden gebruikt als de voordelen van de behandeling opwegen tegen het risico. Bijzondere voorzichtigheid is geboden bij de behandeling van patiënten met een voorgeschiedenis van dysfagie en aspiratie. Patiënten of zorgverstrekkers moeten onmiddellijk een arts raadplegen als er slik-, spraak- of ademhalingsproblemen optreden. Zoals bij andere behandelingen die voordien niet-mobiele patiënten in staat stellen hun activiteiten te hervatten, dient men de niet-mobiele patiënt erop te wijzen dat hij of zij de activiteiten geleidelijk moet hervatten. De relevante anatomie en alle wijzigingen van de anatomie als gevolg van eerdere operaties moeten duidelijk zijn voordat BOTOX wordt toegediend en injectie in kwetsbare anatomische structuren moet worden vermeden. Pneumothorax geassocieerd met de injectieprocedure werd gemeld na de toediening van BOTOX in de buurt van de borstkas. Voorzichtigheid is geboden bij het injecteren in de buurt van de longen (vooral de toppen) of andere kwetsbare anatomische structuren. Ernstige bijwerkingen, waaronder fatale afloop, zijn gemeld bij patiënten die niet-geregistreerde injecties ("off-label") van BOTOX rechtstreeks in de speekselklieren, het orolinguaal-faryngeaal gebied, de slokdarm en de maag kregen toegediend. Sommige patiënten hadden reeds bestaande dysfagie of significante zwakte. Ernstige en/of onmiddellijke overgevoelheidsreacties, waaronder anafylaxie, serumziekte, urticaria, oedeemvorming en dyspneu, zijn slechts zelden gemeld. Sommige van deze reacties zijn gemeld na het gebruik van BOTOX, afzonderlijk of in combinatie met andere producten die worden gekoppeld aan vergelijkbare reacties. Als een dergelijke reactie zich voordoet, mogen geen injecties met BOTOX meer worden toegediend en moet er een geschikte medische behandeling, zoals epinefrine, worden toegepast. Een geval van anafylaxie werd gemeld waarbij de patiënt is overleden nadat hij werd ingespoten met BOTOX die niet correct werd verdund met 5 ml van 1% lidocaine. Zoals bij elke injectie kan de injectie letsel veroorzaken. Een injectie kan leiden tot plaatselijke infectie, pijn, ontsteking, paresthesie, hypesthesie, gevoeligheid, zwelling, erythem of bloeding/blauwe plekken. Pijn en/of angst gerelateerd met de naald kunnen leiden tot vasovagale reacties, zoals syncope, hypotensie, enzovoort. Voorzichtigheid is geboden als BOTOX wordt gebruikt in de aanwezigheid van ontstekingen op de voorgenomen injectieplaats(en) of als de te behandelen spier overmatige zwakte of atrofie vertoont. Voorzichtigheid is ook geboden als BOTOX wordt gebruikt voor de behandeling van patiënten met perifere motorische neuropathische ziekten (zoals amyotrofe laterale sclerose of motorische neuropathie). Er zijn ook meldingen van bijwerkingen na de toediening van BOTOX met betrekking tot het cardiovasculaire systeem, met inbegrip van aritmie en myocardinfarct, soms met fatale afloop. Sommige van deze patiënten vertoonden risicofactoren, zoals een cardiovasculaire ziekte. Nieuwe of terugkerende epileptische aanvallen zijn gemeld, in het bijzonder bij volwassen en pediatrische patiënten die daarvoor vatbaar zijn. Het exacte verband tussen deze aanvallen en de injectie van botulinumtoxine is niet vastgesteld. Bij de kinderen kwamen de meldingen voornamelijk van patiënten met hersenverlamming die werden behandeld voor spasticiteit. De vorming van neutraliserende antilichamen voor botulinumtoxine type A kan de doeltreffendheid van een BOTOX-behandeling verminderen, doordat deze de biologische activiteit van het toxine inactiveren. Resultaten uit sommige onderzoeken suggereren dat BOTOX-injecties op frequentere intervallen of met hogere doses kunnen leiden tot een grotere incidentie van de vorming van antilichamen. Indien van toepassing, kan de kans op de vorming van antilichamen 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 letwat afwijkende potentiewaarden die door de gebruikte biologische testmethode worden gegeven. Terugvinden herkomst Om het terugvinden van de herkomst van biologics te verbeteren moeten de naam en het batchnummer van het toegediende product goed geregistreerd worden. Pediatrische patiënten De veiligheid en werkzaamheid van BOTOX voor andere indicaties dan deze beschreven voor de pediatrische patiënten in de rubriek Indicaties werden niet vastgesteld. Nadat het geneesmiddel op de markt verscheen, zijn er zeer zeldzame meldingen geweest van toxineverspreiding naar andere plaatsen in het lichaam, bij pediatrische patiënten met comorbiditeiten, vooral bij hersenverlamming. Over het algemeen was de gebruikte dosis in deze gevallen hoger dan de aanbevolen dosis (zie rubriek Bijwerkingen). Er zijn zeldzame, spontane meldingen van overlijden, soms geassocieerd met aspiratiepneumonie bij kinderen met ernstige hersenverlamming na de behandeling met botulinumtoxine, inclusief na off-label gebruik (bijv. in de nek). Uiterste voorzichtigheid is geboden bij de behandeling van pediatrische patiënten met significante neurologische zwakte, dysfagie of een recent verleden van aspiratiepneumonie of longziekte. Patiënten met een slechte gezondheidstoestand mogen alleen worden behandeld als de mogelijke voordelen van de behandeling voor de individuele patiënt opwegen tegen de risico's. Focale spasticiteit van de enkel en voet als gevolg van hersenverlamming bij kinderen en focale spasticiteit van de enkel, 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 VIe 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 geslotenkamerhoofglaucoom, 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 slokdarmspiers. 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 Productkenmerken. Focale spasticiteit van het onderste lidmaat bij pediatrische patiënten **Huid- en onderhuidaandoeningen**. Vaak: uitslag, **Letsel, vergiftiging en complicaties van de ingreep**. Vaak: ligamentverstuiking, huidschoofwond. **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 bindweefsel**. 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 bindweefsel. Vaak: gewrichtspijn, stijfheid van de skeletspieren, spierzwakte. **Algemene aandoeningen en aandoeningen van de toedieningsplek**. Vaak: perifere oedeem. **Letfels, intoxicaties en verichtingscomplicaties**. Vaak: vallen. Er werd bij herhaaldosering geen wijziging in het algemene veiligheidsprofiel waargenomen. Blefarospasme, hemifaciale spasme en geassocieerde dystonieën **Oogaandoeningen**. Zeer vaak: ptosis. Vaak: puntvormige hoornvliesontsteking (keratitis), lagofthalmus, droog oog, fotofobie, oogirritatie, meer transecretie. **Huid- en onderhuidaandoeningen**. Vaak: ecchymose. **Algemene aandoeningen en aandoeningen van de toedieningsplek**. Vaak: irritatie, oedeem in het gezicht. Cervicale dystonie **Infecties en parasitaire aandoeningen**. Vaak: irritatie in de neus (rhinitis), infectie van de bovenste luchtwegen. **Aandoeningen van het zenuwstelsel**. Vaak: duizeligheid, hypertonie, hypo-esthesie, slaperigheid, hoofdpijn. **Maagdarmsstelselaandoeningen**. Zeer vaak: sliktstoornis (dysfagie). Vaak: droge mond, misselijkheid. **Skeletspierstelsel- en bindweefsel**. Vaak: spierzwakte. Vaak: stijfheid en pijn in de skeletspieren. **Algemene aandoeningen en aandoeningen van de toedieningsplek**. Zeer vaak: pijn. Vaak: asthenie, griepachtige ziekte, malaise. **Melding van vermoedelijke bijwerkingen** Het is belangrijk om na toelating van het geneesmiddel vermoedelijke bijwerkingen te melden. Op deze wijze kan de verhouding tussen voordelen en risico's van het geneesmiddel voortdurend worden gevolgd. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden via het Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb. Website: www.lareb.nl. **Werking** farmacotherapeutische categorie: andere spierrelaxantia, perifere 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** 02/2023.

Handboek 'Knap Beroerd!' voor zorgverleners en patiënten

Wat is spasticiteit precies, en waarom kan tijdige herkenning belangrijk zijn? Wat is de impact van spasticiteit op het leven van patiënten en hun naasten? En wat is de rol van de revalidatiearts, de neuroloog, de specialist ouderengeneeskunde en de fysiotherapeut?

Ontdek het antwoord op deze en andere vragen in het boek 'Knap beroerd!', met bijdragen van revalidatiearts Prof. dr. Sander Geurts, fysiotherapeut Hans Kerstens, specialist ouderengeneeskunde Monica van Eijk en ergotherapeut Roan Hendriks. Ook wordt het verhaal verteld van 3 patiënten en de impact van spasticiteit op hun leven en dat van hun naasten.

Dit handboek is geschreven door en voor zorgverleners, patiënten en hun naasten. Een must-read voor iedereen die betrokken is bij spasticiteit na beroerte.



Vraag deze materialen nu aan op:
<https://www.abbviepro.com/nl/nl/neurologie/botox/aanvraag-patientenfolder-en-framingham>
of scan de QR-code.

abbvie | AMI

BOTOX® de enige BOTULINE TOXINE GEREGISTREERD

voor de behandeling van spasticiteit van diverse spieren in de bovenste én onderste ledematen*

* 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.

abbvie

BOTOX®
Botulinum Toxin Type A