

REVALIDATIE GENEESKUNDE

JAARGANG 46 | NUMMER 1 | JANUARI 2024

UITGAVE VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING VAN REVALIDATIEARTSEN

FOCUS OP
IZA



IN DIT NUMMER ONDER ANDERE

Pagina 12

**Revalidatiearts
aan zet voor
passende zorg**

Pagina 14

**Interview met
Sander Geurts en
Jan-Willem Meijer**

Pagina 19

**IZA: kansen
voor de MSR**

Pagina 28

**Centraliseren
betekent
samenwerken**



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 INTEGRAAL ZORGAKKOORD

5

EDITORIAL

In beweging komen!?

6

KORTOM

Toetsvragen

9

WETENSCHAP

Promoties

11

EDITORIAL THEMAREDACTIE

Centraliseren van zorg en onderzoek: *call to action!*

12

OPINIE

Revalidatiearts aan zet voor passende zorg

14

INTERVIEW

Debat met prof. dr. Sander Geurts en dr. Jan-Willem Meijer
Hebben universiteiten en revalidatiecentra elkaar nodig bij wetenschappelijk onderzoek?

19

OPINIE

IZA: kansen voor de revalidatiesector

22

OPINIE

IZA: zijn er gevolgen voor de MSR?

24

ACTUEEL

Expertisecentra in de (revalidatie)zorg

26

ACTUEEL

IZA en de zorgbelofte

28

OPINIE

Centraliseren betekent samenwerken

30

PRIKBORD

32

SPOTLIGHT

Worden we beter van volumenormen voor chirurgische ingrepen?

33

OPINIE

De kennisagenda: zorg of zegen?

36

DEBAT

Repliek op: Kennisagenda: zorg of zegen?

38

OPINIE

IZA: wat verandert er in de opleiding?

41

UIT DE PRAKTIJK

Passende, integrale en toekomstbestendige spierziektenzorg

44

ACTUEEL

Menukaart
Beenprothesegebruikers

47

JUNIOR VRA

VRA Early Career
onderzoeksmiddag 2023

48

PROEFSCHRIFT

Hoe fit voor dagelijkse leven na beroerte?

50

DE PRONKHOEK

Effect van revalideren op de IC voor COVID-19 patiënten?

Onze oplossingen om veilig te kunnen lopen: De NK-6 Symphony Knie en de Allux Knie

6-Bar Hydraulic Knee NK-6

Symphony™



De NK-6 zorgt door zijn uniek 6-assige constructie voor stabiliteit in de standfase. De constructie, een stance-flex mechanisme en de soepele zwaai fase gestuurd door een hydraulische cilinder zorgen met elkaar voor een comfortabel en veilig looppatroon van de gebruiker.



ALLUX



(Nog) meer zekerheid nodig?
Dan is er de Allux.

Het 4-assige geometrisch design zorgt voor een grotere toe clearance en meer stabiliteit. 's Werelds eerste policentrische microprocessor gestuurde knie welke geometrische en algoritmische eigenschappen combineert! De knie is op afstand via een app in te stellen door de instrumentmaker en door de gebruiker te bedienen met een app op de telefoon.



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: 085 0077 304
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.

46° jaargang, nummer 1

ISSN 2211-3665

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



VAN DE HOOFDREDACTEUR

In beweging komen!?



Veel mensen hebben rond de feestdagen allerlei voornemens; vaak liggen deze op het gebied van de gezondheid: minder of gezonder eten; minder c.q. stoppen met alcohol drinken of roken; meer bewegen en uit de stoel komen; zitten is immers het nieuwe roken. Voor mij geldt meer: wat wil ik (nog) bereiken in mijn laatste actieve jaren als revalidatiearts. Daarnaast: wat ga ik daarna doen? Ergens is het

vreemd dat je (in de universitaire wereld) gedwongen wordt te stoppen, terwijl je zoveel kennis en ervaring hebt opgedaan. Moet ik consultant worden? Lid van een Raad van Toezicht? Nog een paar jaar werken als ZZP-er? Ik zie collegae met pensioen gaan en vervolgens na enkele maanden weer 'opduiken'. Zelf ga ik dit jaar stoppen als lid van het Revalidatie Nederland bestuur (na zes jaar) en hoop dat een collega revalidatiearts/bestuurder mij gaat opvolgen.

Een ding weet ik zeker voor 2024; we zullen als VRA aan de bak moeten, dat wil zeggen actief meewerken aan het onderbouwen van ons mooie vak. Met de VRA bedoel ik niet het bestuur maar wij, de revalidatieartsen. Als redactie hebben wij dan ook het thema IZA gekozen voor het eerste NTR-nummer van 2024 en daarna als (gast)redactie besloten dat dit nummer eerder dan de geplande datum dient te verschijnen.

In het VRA hooglerarenconvent hadden we tijdens onze retraitsdagen afgelopen maand een tweetal themata op het programma staan; 'Erkennen en waarderen' en 'Het IZA', ingeleid door twee auteurs uit dit themanummer te weten Lonneke Koenraadt-Janssen en Jan Welmers. Daardoor raakten wij als hoogleraren geïnspireerd dat we (nog) meer dienen samen te werken op het gebied van de zorg, opleiding, onderwijs en wetenschap, maar ook op andere domeinen zoals het sociale domein. Laten we opstaan uit die stoel en in beweging komen!

Jan Geertzen,
hoofredacteur

TOETSVRAGEN UIT EINDTOETS LANDELIJK ONDERWIJS

Op 2 en 3 februari 2023 heeft de themacursus 6 ‘Chronische Pijn’ 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. 21 aiossen hebben de toets gemaakt

VRAAG 1:

THE USE OF OPIOIDS CAN HAVE A NEGATIVE IMPACT ON PAIN REHABILITATION TREATMENT.

WHAT CAN OPIOIDS CAUSE? NOTE: MULTIPLE ANSWERS ARE CORRECT.

- A. Cognitive impairment
- B. Mood disorders
- C. Reinforcement pain contingent coping
- D. Decreased sensitivity to environmental stimuli
- E. Increased muscle tone
- F. Feeding disorders

De P-waarde is 0,54, $r=0,27$. De Rir waarde is 0,27 en geeft aan dat de score bij deze vraag overeenkomt (goed correleert) met de totale uitkomst van de toets voor de betreffende kandidaat. De Rir waarde is niet zeer uitgesproken, dit kan komen omdat bij deze vraag drie van de zes antwoorden goed zijn. Niemand heeft alle drie de antwoorden juist. Maar a, b en c worden wel veel gekozen. Sommigen kiezen er te weinig, andere kiezen er te veel (dus ook foute), deze verlagen de score op deze vraag.

Dit komt natuurlijk omdat we niet hebben aangegeven dat er drie goede antwoorden zijn. Op deze wijze toetsen we beter de kennis; als we hadden aangegeven dat er drie goede zijn gaat men daarnaartoe werken.

Namens Toetsingscommissie,
Wim G.M. Janssen

Vraag 2: b goed

Vraag 1: a, b, c goed

juiste antwoorden toetsvragen

VRAAG 2:

WHICH SIDE EFFECT IS NOT COMMONLY ASSOCIATED WITH ANTI-OESTROGEN THERAPY FOR PATIENTS WITH BREAST CANCER?

- A. Flushes
- B. Weight loss
- C. Thinner hair
- D. Joint stiffness & pain
- E. Mood swings

Deze vraag heeft een $P=0,86$ en $r=0,44$; dus goed gemaakt met daarbij de opmerking dat de beantwoording van deze vraag goed overeenkomt met het goed maken van deze toets. Drie aiossen kiezen voor antwoord D, 18 aiossen voor het juiste antwoord. Deze vraag maakt goed onderscheid tussen goed scorende aiossen en minder goed scorende aiossen.

Vragen in Nederlands

Met ingang van de scholing in september 2023 is door de Toetsingscommissie gekozen voor het stellen van vragen in de Nederlandse taal. Daarom zullen de toetsvragen in deze rubriek vanaf het volgende nummer alleen nog Nederlandstalig zijn. Deze wens was vanuit meerdere gremia binnen onze vereniging geuit. Ondergetekende vindt het als National Manager UEMS PRM met daarbij ook de organisatie van het Europees examen jammer dat het gebruik van Engelse vragen stopt. Het is echter onderwijskundig wenselijk dat de toetsvragen aansluiten bij de taal van de lesstof. Aangezien Engelstalig onderwijs als ongewenst wordt gezien, is dit een te voorziene ontwikkeling geweest.

Kortom

BESPREEK STOPPEN MET ROKEN IN SPREEKKAMER

Een oproep aan alle zorgverleners: bespreek roken en geef een stoppen-met-rokenadvies aan mensen die roken.

Roken en stoppen met roken is een onderbelicht thema in de spreekkamer. Opvallend, want de kans om succesvol te stoppen met roken wordt met zo'n 50% vergroot als een zorgverlener een stoppen-met-rokenadvies geeft.

De campagne 'RookStopZorg', een initiatief van het Trimbos-instituut, vraagt met de ludieke korte film 'Het Geheim van dr. Smit' aandacht voor het stoppen-met-rokenadvies. Doel is dat zorgverleners het meer dan logisch gaan vinden om het rookgedrag van rokers bespreekbaar te maken en te verwijzen naar goede stoppen-met-rokenzorg.

In Nederland roken nog meer dan 2,5 miljoen mensen: het grootste deel van hen wil stoppen met roken, maar slechts 33% van hen onderneemt



jaarlijks een serieuze stoppoging. En van deze groep doet slechts 8% dat op de meest effectieve wijze. Dat is letterlijk doodzonde, want elk jaar overlijden er bijna 20.000 mensen aan de gevolgen van roken.

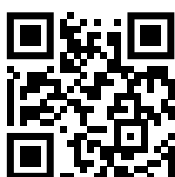
Kijk op www.rookstopzorg.nl hoe je als zorgverlener het stoppen-met-roken-gesprek kunt aanpakken. Of bekijk de korte film op deze site - HW

ROOKSTOP>ZORG



MINISTERIE VAN VWS LANCEERT VRAAGJE?!

Het draagvlak in Nederland om een bijdrage te willen leveren aan het verlagen van drempels voor mensen met een beperking is groot. Toch moet er op het gebied van een toegankelijke samenleving nog veel gebeuren. Daarom lanceerde het ministerie van VWS 'Vraagje?!'. Dit digitale spel moet het makkelijker maken om een gesprek over toegankelijkheid te starten. Het is belangrijk dat zoveel mogelijk mensen in Nederland dit doen. En zo leren hoe zij een bijdrage kunnen leveren aan een toegankelijk Nederland. Doe mee op vraagje.nl - HW



NTR GEDRUKT OP GERECYCLED PAPIER

Vanaf dit nummer is het NTR gedrukt op een andere duurzame papersoort. Daarbij is opnieuw de keuze gemaakt voor 100% gerecycled papier met het FSC *recycle* keurmerk.

Bij de productie van NTR wordt gebruik gemaakt van Bio-inkten. Bio-inkten zijn onder meer gebaseerd op plantaardige bindmiddelsystemen. Hierdoor zijn ze beter afbreekbaar dan de klassieke minerale inkten, en dus beter voor het milieu. - HW





Vul de Loopbaanmonitor Medisch Specialisten in

Hoe groot is je werkplezier? Hoe ervaren je je werk-privébalans? Zou je meer of minder willen werken? Aios en medisch specialisten kunnen vanaf 9 januari 2024 weer meedoen aan de Loopbaanmonitor Medisch Specialisten, een tweejaarlijks onderzoek dat inzicht geeft in je loopbaanontwikkeling, van opleiding tot pensioen. De vragen gaan onder andere over werkdruk, werkplezier, ambities en arbeidsvoorwaarden. Het invullen duurt maximaal 15 minuten en kan tot en met 28 februari 2024.

Vul de vragenlijst in op www.loopbaanmonitormedischspecialisten.nl



**LOOPBAANMONITOR
MEDISCH SPECIALISTEN**



Online Colloquium

Samenwerken in jouw regio: hoe dan?!

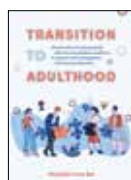
12 april 2024

Registratie
opent
februari
2024

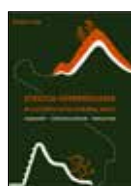


Promoties

Op deze pagina staan de promoties op het vakgebied revalidatie die in de afgelopen maanden zijn geweest. Kijk voor meer informatie over de promoties op de website www.revalidatie.nl (onder kopje 'Onderzoek').



Datum: 19 december 2023
Promovenda: M.I. (Marjolijn) Bal, psycholoog, docent aan opleiding Ergotherapie, Hogeschool Rotterdam
Titel: *Transition to adulthood: Interventions for young adults with chronic physical conditions to support self-management and work participation*
Waar: Erasmus Universiteit Rotterdam



Datum: 18 december 2023
Promovenda: H.M. (Eline) Flux, onderzoeker in opleiding
Titel: *Stretch hyperreflexia in children with cerebral palsy*
Waar: Vrije Universiteit Amsterdam



Datum: 14 december 2023
Promovenda: A. (Anouk) Tossierams, neuroloog in opleiding, post doc
Titel: *Compensation strategies for gait impairment in Parkinson's disease: towards personalized rehabilitation*
Waar: Radboud Universiteit Nijmegen



Datum: 21 november 2023
Promovendus: ir. J. (Joris) van der Cruijssen, onderzoeker in opleiding
Titel: *Individualisation of Transcranial Electric Stimulation to Improve Motor Function After Stroke: Current challenges and future perspective*
Waar: Erasmus Universiteit Rotterdam



Datum: 17 november 2023
Promovenda: I.J. (Ilse) Blokland, junior onderzoeker, Heliomare R&D
Titel: *When is fit, fit enough? The impact of cardiorespiratory fitness on daily-life activities after stroke*
Waar: Vrije Universiteit Amsterdam



Datum: 24 oktober 2023
Promovendus: R.M. (Remko) van Eenennaam, postdoctoraal onderzoeker Amsterdam UMC
Titel: *Informed Decision-Making in Amyotrophic Lateral Sclerosis: Supporting the Patient's Journey*
Waar: Universiteit Utrecht



Datum: 17 oktober 2023
Promovenda: R. (Renske) Keukenkamp, bewegingswetenschapper & laborant bewegingslab Amsterdam UMC
Titel: *Improving adherence to wearing custom-made footwear in people with diabetes at high risk for foot ulceration*
Waar: Universiteit van Amsterdam



Datum: 10 oktober 2023
Promovenda: N. (Nienke) Kerver, aios revalidatiegeneeskunde
Titel: *The effectiveness and cost-effectiveness of upper limb prostheses*
Waar: Rijks Universiteit Groningen



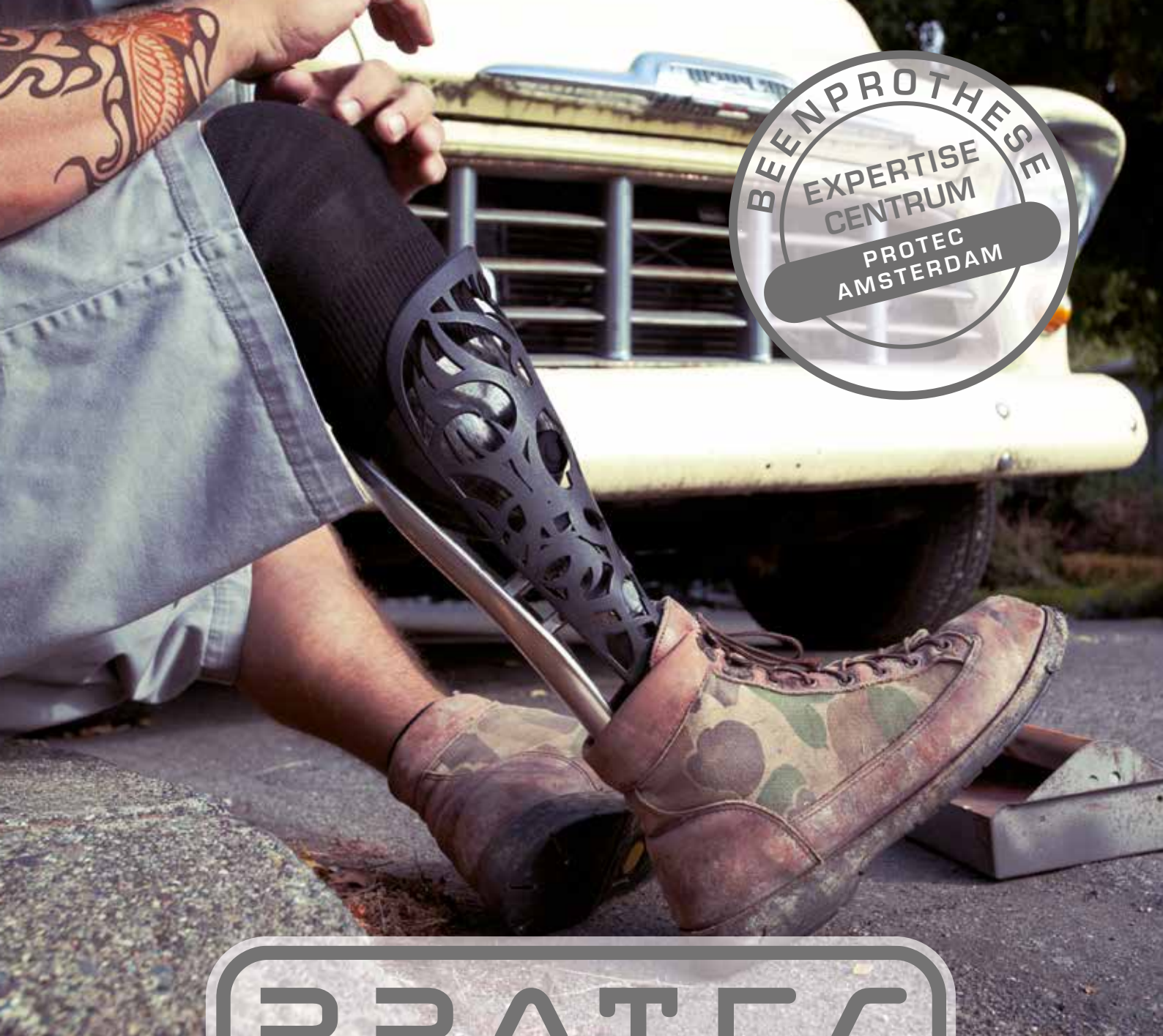
Datum: 26 september 2023
Promovenda: K. (Kirsten) Veerkamp, onderzoeker in opleiding
Titel: *Elucidating neuromusculoskeletal mechanisms underlying gait deviations in children with cerebral palsy*
Waar: Vrije Universiteit Amsterdam



Datum: 27 juli 2023
Promovenda: S.L.S. (Saskia) Houwen -van Opstal, revalidatiearts
Titel: *Duchenne muscular dystrophy: future perspectives*
Waar: Radboud Universiteit



Datum: 29 juni 2023
Promovendus: C.M. (Carlos Murillo) Ezcurra
Titel: *Unravelling the underlying mechanisms behind chronic spinal pain and their response to treatment, with special focus on chronic whiplash associated disorders*
Waar: Maastricht University & Ghent University



PROTEC

POWERED BY DE HOOGSTRAAT

Langsom 18 | 1066 EW Amsterdam | 030 258 1811
www.protec.amsterdam | info@protec.amsterdam

Beenprothese-expertisecentrum

- + High-tec prothesen in huiselijke sfeer
- + Tijd, aandacht en optimale service
- + Nieuwste prothesen en aanmeetmethoden
- + Compleet met gangbeeldanalyses en looptraining
- + Inclusief personal beweegcoach
- + Second opinions

EDITORIAL THEMAREDACTIE

Centraliseren van zorg en onderzoek: *call to action!*

Voor het onderwerp ‘centralisering van zorg en onderzoek’ hadden we al verwacht dat er prikkelende kopij zou komen. Het betreft immers een *hot-topic*. Er is steeds veel te doen geweest over bijvoorbeeld de kennisagenda en hoe we daarmee om gaan, maar ook over de concentratie van specialistische revalidatiezorg zijn er veel discussies. Echter ook (of juist?) buiten de revalidatiegeneeskunde gebeurt er veel: met de vergrijzing in het verschiet en de oplopende kosten van de zorg, zorgt het IZA voor grote veranderingen die in de komende jaren gaan plaatsvinden. Voor ons als revalidatieartsen liggen hier kansen: door aanpalende specialismen wordt vaak over ons gezegd dat we ‘goed’ zijn in multidisciplinair en transmuraal samenwerken. Tijd om dat beeld verder waar te maken. Immers, concentratie van zorg betekent dat er goede transmurale afstemming moet zijn. Tot op heden gaat dat vrij traditioneel: correspondentie gaat pas vrij recent grotendeels digitaal, en tot enkele jaren terug was de fax nog standaard aanwezig in onze instellingen. Medische correspondentie is vaak eenrichtingsverkeer, terwijl juist in het geval van ‘dichtbij waar het kan; geconcentreerd waar het moet’ wederzijdse afstemming belangrijk is. Observaties van de therapeut thuis bijvoorbeeld, zijn dikwijls belangrijk voor het (academisch) expertiseteam, en de expertise van dit team moet ook weer toegepast worden thuis. Standaard logistieke structuren hiervoor zijn er nauwelijks. Soms een belletje (of meerdere belletjes, vaak met tussenkomst van een secretariaat), een mailtje of een Siilo berichtje, maar meer is het vaak niet. Om transmurale samenwerking écht goed vorm te geven moet deze interprofessionele afstemming beter gefaciliteerd worden rondom én met de patiënt. De huidige persoonlijke gezondheidsomgevingen bieden deze mogelijkheid nog lang niet, maar er zijn gelukkig wel ontwikkelingen met betrekking tot (digitale) integrale zorgplannen.

In dit themanummer een aantal prikkelende stukken van binnen en buiten de revalidatiegeneeskunde, die eigenlijk een belangrijke *call to action* zijn. Centralisatie van zorg en onderzoek, en dus uitwisseling van kennis moet in de komende periode vormgegeven worden op een manier die past bij patiënt en dokter. Als we dat niet vanuit de inhoud vorm gaan/blijven geven, gaan economische en politieke argumenten een rol spelen die in lang niet alle gevallen de belangen van onze patiënten ondersteunen. Aan de slag!

De (gast)redactie:

Prof. dr. Jan Geertzen

Dr. Mattijs Alsem



Revalidatiearts aan zet voor passende zorg

Met het Integraal Zorgakkoord slaan zorgpartijen de handen ineen om de problemen in de zorg aan te pakken. Met passende zorg kan de revalidatiezorg ook in de toekomst toegankelijk blijven. Zorgprofessionals in de revalidatiezorg zijn aan zet.



M.C.M. (LONNEKE) KOENRAADT-JANSSEN MSC

Manager medisch specialistische zorg, Zorginstituut Nederland

DR. H.S. (HARALD) MIEDEMA

Medisch adviseur, arts Maatschappij & Gezondheid, Zorginstituut Nederland



CORRESPONDENTIE

lkoenraadt-janssen@zin.nl

De druk op de gezondheidszorg is overal voelbaar. In de revalidatiezorg is dat niet anders. Het aantal mensen dat medisch specialistische revalidatiezorg (MSR) nodig heeft, zal de komende jaren alleen maar stijgen. In het Integraal Zorgakkoord (IZA), dat in september 2022 is gesloten, staat: 'We moeten aan de slag. De zorgsector, de politiek en de samenleving als geheel; alleen samen kunnen we de zorg toekomstbestendig maken'.

De opgave die voor ons ligt vraagt om een verandering van de gehele samenleving. De zorgsector, en de revalidatiesector als onderdeel daarvan, is daarop geen uitzondering. Dit betekent dat zorgprofessionals in de revalidatiezorg verder moeten kijken dan hun individuele belangen om de zorg toekomstbestendig te organiseren. En daarvoor liggen genoeg kansen.

PASSENDE REVALIDATIEZORG BIEDT VOLOP KANSEN

De partijen die het IZA hebben ondertekend willen inzetten op passende zorg. Passende zorg moet ervoor zorgen dat iedereen de zorg kan blijven krijgen die nodig is. Passende zorg heeft vier basisprincipes: het is zorg die werkt tegen een redelijke prijs, waarover patiënt en zorgverlener samen beslissen, die waar

mogelijk dicht bij de patiënt wordt georganiseerd en die niet alleen gericht is op het behandelen van ziekte, maar ook op het realiseren van betere gezondheid en zelfredzaamheid. Dit sluit goed aan bij de uitgangspunten van revalidatiezorg, dus hier liggen volop kansen. Bijvoorbeeld door een belangrijk deel van de revalidatiezorg dicht bij de patiënt te organiseren. Dit kan door in te zetten op intensieve samenwerking in de keten, van informele zorg en eerstelijnszorg tot MSR.

KETENZORG VRAAGT OM HELDERE AFSPRAKEN

Bij een intensieve samenwerking in de keten van revalidatiezorg, is een goede afbakening van de verschillende schakels in die keten van groot belang. Alleen dan wordt helder op welke plek in de keten een patiënt de meest passende behandeling kan krijgen.

'De zorgvraag stijgt maar het aantal revalidatieprofessionals die de zorg kunnen verlenen neemt af'

Ook de manier van samenwerken tussen zorgprofessionals in de keten moet goed zijn uitgewerkt. Het uitgangspunt moet in elk geval zijn dat het zorgaanbod passend is bij de behoefte van de patiënt en niet dat de patiënt zich aan moet passen aan het beschikbare zorgaanbod.

Een belangrijk aandachtspunt in de revalidatieketen is het versterken van de eerste lijn. Het helpt als zorgprofessionals in de MSR hun expertise delen met andere zorgverleners uit de keten. Zo kunnen eerstelijnszorgverleners worden getraind in interdisciplinaire samenwerking, waardoor *stepped care* beter kan worden ingezet. Ook kunnen patiënten door goede ketenzorg eerder worden terugverwezen naar de eerste lijn.

Voor specifieke patiëntengroepen kunnen deze afspraken over de organisatie van de revalidatiezorg beter worden uitgewerkt en vastgelegd. Ondersteun verdere samenwerking en professionalisering

door de samenwerking met de eerste lijn te structureren. Onder meer door het opzetten van goed functionerende interdisciplinaire netwerken rondom patiëntengroepen en het vastleggen van afspraken in samenwerkingsovereenkomsten. Voorbeelden hiervan zijn de zorgstandaard voor mensen met chronische pijn, gevolgd door een multidisciplinaire leidraad en, specifiek voor de MSR, de ontwikkeling van de richtlijn Chronische pijnrevalidatie.

INDICATIESTELLING MOET SCHERPER

Naast het organiseren van een passend zorgaanbod zo dicht mogelijk bij de patiënt moet er sprake zijn van doelmatige zorg, die goede effecten sorteert tegen een redelijke prijs. Dit kan gerealiseerd worden door een scherpe indicatiestelling voor interdisciplinaire MSR-behandeling (iMSR). In algemene zin kan iMSR beter worden afgebakend voor patiënten met diverse ernstige klachten. Zo wordt duidelijker welke patiënten zijn aangewezen op iMSR en welke criteria revalidatieartsen toepassen om dit te beoordelen.

NIETS DOEN IS NIET LANGER EEN OPTIE

Werk aan de winkel dus. De zorg is nu al vastgelopen. Dit is bijvoorbeeld te zien aan sluitingen van spoedeisende hulpdiensten, onbereikbare huisartsen en grote personeelstekorten in de wijkverpleging, kraamzorg en verpleegzorg. In de tweedelijnszorg ligt bijna de helft van de wachttijden boven de norm. De gezondheidsverschillen tussen mensen met een lage en hoge sociaaleconomische status zijn steeds groter geworden. Zo is er al een verschil van 18 jaar in gezonde levensjaren. Zorg wordt steeds meer een schaars goed. We kunnen dus niet langer niets doen.

Die uitdaging is ook goed voelbaar in de MSR. Op basis van demografische ontwikkeling alleen zal bij ongewijzigd beleid de vraag naar MSR over 10 jaar met 7% zijn gestegen. Onder mensen van 70+ wordt een nog grotere toename van 25% verwacht. Tegelijk breiden ook de behandelopties uit, onder meer door toepassing van technologie. Ook deze behandelingen vragen om de inzet van dezelfde mensen en middelen. En dat terwijl het aantal beschikbare revalidatieartsen en MSR-professionals afneemt. Dus de vraag stijgt, we kunnen meer, maar het aantal revalidatieprofessionals die de zorg kunnen verlenen neemt af.

WE HEBBEN ELKAAR NODIG

Elke partij heeft eigen taken en verantwoordelijkheden, maar we hebben elkaar nodig om zaken in beweging te krijgen. Bij passende zorg gaat het erom dat ieder vanuit zijn eigen perspectief en deelbelang de verbinding maakt naar het grotere belang. Samenwerking met andere partijen moet vanzelfsprekend worden, zowel op landelijk als op regionaal niveau.



Partijen in de revalidatiezorg zijn in eerste instantie zelf aan zet om een integrale visie uit te werken en van daaruit afspraken te maken over bijvoorbeeld indicatiestelling, organisatie van samenwerking of verhoging van doelmatigheid. De beroepsgroep en de instellingen hebben zich hieraan gecommitteerd en zijn gestart met de opzet van een kwaliteitsstandaard.

Het IZA biedt ruimte om de samenwerking in de regio's verder uit te werken. Partijen stellen regioplannen op die de basis vormen voor het organiseren van de nodige veranderingen om integrale zorg in de regio te kunnen bieden. De overheid is aan zet om de noodzakelijke randvoorwaarden te borgen, zoals het oplossen van knelpunten in de bekostiging.

HARDE PAKKETMAATREGELEN VOORKOMEN

Niet alle vraagstukken hebben een medisch specialistisch antwoord of zelfs een medisch antwoord nodig. Om de maatschappij leefbaar te houden en mensen waar nodig te ondersteunen is het essentieel dat er een goede verbinding is tussen de zorg en het gemeentelijke en sociale domein. De gezamenlijke opdracht om de zorg mensgericht, houdbaar en duurzaam te maken, betekent dat iedereen aan de slag moet.

Zorginstituut Nederland werkt hard mee aan passende zorg door onder andere passend pakketbeheer. Hierdoor verdwijnt zorg die niet nodig is of niet werkt uit het verzekerde pakket. Steeds vaker zal het Zorginstituut scherpere keuzes moeten maken om 'harde' pakketmaatregelen te voorkomen. Denk bij harde maatregelen aan het schrappen van zorg uit de basisverzekering die misschien wel effectief is, maar niet meer houdbaar vanwege personeelsgebrek of hoge kosten. Hoe beter passende zorg is uitgewerkt, hoe kleiner de kans dat deze maatregelen nodig zijn. ←

INTERVIEW MET PROF. DR. SANDER GEURTS EN DR. JAN-WILLEM MEIJER

Samenwerking tussen universiteiten en revalidatiecentra bij wetenschappelijk onderzoek. Hebben ze elkaar nodig?

Hoe kunnen de revalidatiecentra en universiteiten samenwerken bij het doen van wetenschappelijk onderzoek. Hebben ze elkaar eigenlijk wel nodig of kunnen ze het ook zelfstandig en los van elkaar? In het juninummer 2015 van het NTR kruisten Jan-Willem Meijer en Sander Geurts hierover de degens. Ze hadden elk een duidelijke maar verschillende mening over dit onderwerp. Hoe is dat nu? Is hun mening de afgelopen acht jaar veranderd of denken ze er nog hetzelfde over? Anke Meester sprak met hen.



Prof. dr. Sander Geurts



DR. A. (ANKE) MEESTER

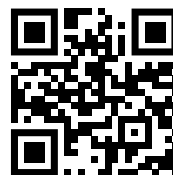
(Kinder)revalidatiearts n.p.



MARK ZEILSTRA

Sander Geurts is revalidatiearts, promoveerde in 1992 in Nijmegen, en is sinds 2005 hoogleraar revalidatiegeneeskunde en afdelingshoofd Revalidatie bij het Radboudumc. Hij is tevens wetenschappelijk adviseur van de Maartenskliniek en supervisor in het gezamenlijke Loopexpertisecentrum. In het Radboudumc is hij intensief betrokken bij wetenschappelijk onderzoek en onderwijs en vicevoorzitter van het bestuur Stafconvent.

Jan-Willem Meijer is revalidatiearts, promoveerde in Groningen in 2002 en was van 2009 tot 2018 medisch directeur bij Revant. Van 2018 tot 2023 was hij voorzitter Raad van Bestuur van De Hoogstraat Revalidatie en sinds 2023 heeft hij naast zijn aanstelling als revalidatiearts in RC Tolbrug/Jeroen Bosch Ziekenhuis zijn eigen adviesbureau Meijer ZorgConsult. Vanuit die functie verzorgt hij coaching (van kracht tot ontwikkeling), strategisch advies en interim opdrachten voor individuele medisch specialisten en instellingen. Daarnaast heeft hij nog diverse bestuurlijke functies bij zorginstellingen.



→ **Debat-artikel uit 2015 lezen?**

Wil je het artikel uit 2015 met het debat tussen Sander Geurts en Jan-Willem Meijer lezen? Kijk dan naar het online artikel op onze website, of gebruik de QR-code.

In 2015 hadden jullie stellige opvattingen over hoe en waar wetenschappelijk onderzoek het beste uitgevoerd zou kunnen worden. Jouw stelling, Jan-Willem, was: **Geen perifeer revalidatiecentrum zonder wetenschappelijk onderzoek en geen wetenschappelijk onderzoek zonder perifeer revalidatiecentrum en die van jou, Sander, was: Onderzoek, dat doe je mét de academie. We zijn nu acht jaar verder. Hoe kijken jullie nu aan tegen jullie stelling van toen?**

Sander: 'Ik heb nog steeds dezelfde mening. Voor het doen van goed wetenschappelijk onderzoek heb je de academie nodig. Daar zit de *knowhow*, de ervaring en de expertise voor het doen van wetenschappelijk onderzoek en die zou je moeten willen gebruiken. Dit is de laatste jaren alleen maar belangrijker geworden als je kijkt naar alle regelgeving rondom onderzoek, de benodigde

infrastructuur en daarmee samenhangende kosten, en de eisen die subsidiegevers stellen. Bovendien staat wetenschappelijk onderzoek niet op zichzelf. Elk academisch centrum heeft zijn speerpunten en dat is niet voor niets. Door jarenlange onderzoekservaring is er kennis ontwikkeld en zijn er (inter)nationale contacten opgebouwd met samenwerking op alle niveaus en ook interdisciplinair met andere vakgroepen en academische kernen. Er is in de loop der jaren een verdeling ontstaan in speerpunten om de beschikbare menskracht en middelen zo efficiënt mogelijk te besteden. Het heeft geen zin om in perifere revalidatiecentra opnieuw het wiel uit te vinden en ook daar zelfstandig onderzoek uit te voeren. Bovendien is de kerntaak van het perifere centrum patiëntenzorg en is er, op enkele uitzonderingen na, nauwelijks geld of tijd beschikbaar voor degelijk wetenschappelijk onder-

'Voor het doen van goed wetenschappelijk onderzoek heb je de academie nodig'

Sander Geurts

zoek. Ik pleit dus opnieuw voor structurele samenwerking van revalidatiecentra met academische groepen. We hebben elkaar nodig, maar onze onderzoeksvragen leven niet altijd in de periferie, en voor dat aspect moet de academie meer aandacht hebben. Het verzamelen van voldoende data is nogal eens een struikelblok. Andersom geldt hetzelfde, onderzoeksvragen uit de periferie kunnen niet altijd door ons gehonoreerd worden. Onlangs hebben we als academische kernen onze aandachtspunten geïnventariseerd om te zorgen voor meer transparantie over wie zich waarop richt, zodat instellingen met onderzoeksvragen gemakkelijker in contact kunnen komen met de academische kern die het beste aansluit bij hun specifieke vraag. Zo kun je samen kijken naar financieringsmogelijkheden.'

Jan-Willem: 'Tja, ik ben ook niet van mening veranderd. Ik begrijp het standpunt van Sander natuurlijk wel en in de perifere hebben we ook niet de ambitie om onderzoek te doen op het niveau van de academie. Ik zie het doen van onderzoek dan ook vooral als middel. Ik zou graag zien dat de medewerkers in de centra meer gestimuleerd worden om kritisch te denken, behandelingen wetenschappelijk te evalueren en behandelresultaten te meten. Daar schort het naar mijn mening nog te veel aan, alhoewel er in de opleiding wel steeds meer aandacht voor is. Wij komen in de dagelijkse praktijk vaak dilemma's tegen of onverwachte behandeluitkomsten die vragen om nader onderzoek. Als je dan aanklopt bij de academie voor ondersteuning bij het ontwikkelen →



Dr. Jan-Willem Meijer



van een (klein) onderzoeksproject sta je vaak voor de dichte deur. Het past niet in de academische agenda, het past niet bij hun aandachtsgebied, geen tijd, geen geld enz. Dus je komt er heel moeilijk tussen. Waar wij in de perifere behoefte aan hebben is laagdrempelige ondersteuning vanuit de academie bij onderzoeksprojecten, klein en groot, die echt uit de praktijk komen. En aangezien we bij de academie toch moeilijk binnenkomen, vind ik dat de periferie het dan maar wat vaker zelf moet gaan

opzetten en daar dan ook middelen als geld, tijd en menskracht voor moet verwerven. Uiteraard in beperkte mate en passend binnen het kader van het perifeer revalidatiecentrum.'

Onlangs is Ruud Selles benoemd als hoogleraar aan de afdeling Revalidatie van het Erasmus MC. In zijn oratie *Handige data* legde hij uit wat het gebruik van routine uitkomst data (Real World Data) zou kunnen betekenen voor de dagelijkse praktijk. Maakt dat het doen van onderzoek niet grotendeels overbodig en zouden de vragen in de periferie niet voor een groot deel ondervangen kunnen worden als je beschikt over een dashboard met datasets ontwikkeld op basis van routine uitkomst data?

Sander: 'Routine uitkomst data kunnen inderdaad belangrijke wetenschappelijke vragen beantwoorden over (lange termijn) behandelresultaten, tevredenheid van patiënten met het behandelresultaat, en eventuele complicaties. Dit is overigens net zo goed een vorm van wetenschappelijk onderzoek, alleen gaat het hierbij

'Resultaten van routine uitkomst data zijn vaak representatiever voor het dagelijks klinisch handelen dan de data van trials'

Sander Geurts

niet om (gerandomiseerde) trials. Het voordeel van onderzoek op basis van routine uitkomst data is dat de resultaten vaak representatiever zijn voor het dagelijks klinisch handelen dan de data van trials. Een fundamenteel nadeel van database-onderzoek blijft - wat in goed Nederlands heet - *selection by indication*. Er is per definitie sprake van selectiebias, omdat alleen die mensen een behandeling wel of niet krijgen die hiervoor door de dokter wel of niet zijn geselecteerd. Dit maakt vergelijking met een controleconditie in een a priori vergelijkbare groep onmogelijk, en dat is de kracht van gerandomiseerd onderzoek. Ik denk dat in de toekomst de sterke punten van beide typen onderzoek naast elkaar zullen worden benut.'

Jan-Willem: 'De opzet van dergelijke databases zoals Revalidatie Impact en het Revalidatieregister juich ik sterk toe. Daarmee is onderzoek in perifere revalidatiecentra niet overbodig, hiermee begint het juist. Ze vormen een prachtige basis voor beschrijvend onderzoek en kwaliteitsverbetering.'

Er is een nieuw promotietraject in ontwikkeling waarbij je kunt promoveren aan het HBO, je krijgt dan de titel Professional Doctorate (PD). Het is dus een HBO-versie van het bekende promotieonderzoek (PhD). Er is onlangs een pilot gestart met 30 onderzoekers die een dergelijk promotietraject volgen aan een hogeschool. Het idee is om wetenschappelijk onderzoek te doen op HBO niveau waarbij de uitkomsten dan ook meteen vertaald worden in praktische toepassingen. Zou dat een antwoord kunnen zijn op het hiaat aan kennis dat Jan-Willem signaleert in de periferie?

Jan-Willem: 'Dat lijkt me inderdaad wel een aantrekkelijke ontwikkeling. Het maakt het doen van onderzoek voor paramedici laagdrempeliger. Veel paramedici willen zich verder ontwikkelen,

'Kritisch evalueren welke zorg je levert en of je dat goed doet is onderdeel van het werk ook in perifere revalidatiecentra'

Jan-Willem Meijer

bijvoorbeeld in het onderzoek, maar een heel PhD-traject is dan soms een brug te ver en is ook niet wat ze eigenlijk willen. Kleinschalige onderzoeksprojecten met een link naar de dagelijkse praktijk en een directe toepasbaarheid is denk ik iets wat veel mensen werkzaam in het perifeer revalidatiecentrum aanspreekt.'

Sander: 'Ja, ik denk ook dat dergelijke projecten in een behoefte voorzien, want niet iedereen ambieert een volledig PhD-traject of heeft hiervoor de capaciteit. Het wetenschappelijk denken bij medewerkers in de perifere centra kan hierdoor worden gestimuleerd en de praktische toepasbaarheid van de gevonden resultaten kunnen heel inspirerend werken en weer leiden tot vervolgonderzoek, nieuwe innovaties en verbeterprojecten.'

Welke rol speelt het Integraal Zorgakkoord (IZA) in deze hele discussie?

Jan-Willem: 'In het IZA is overeengekomen dat we werken aan passende zorg: zorg die kwalitatief goed, betaalbaar en toegankelijk moet blijven. Dus het lijkt me dat het IZA mijn visie ondersteunt. Kritisch evalueren welke zorg je levert en of je dat goed doet, zoals bedoeld in het IZA, is onderdeel van het werk ook in perifere revalidatiecentra.'

Sander: 'Hierin verschil ik echt van mening. In het IZA wordt gesteld dat niet-effectieve en ondoelmatige behandelingen niet meer gegeven zouden moeten worden en dat vraagt om gedegen wetenschappelijk onderzoek, waarbij samenwerking tussen academische kernen en perifere instellingen essentieel is. Dit kun je niet als centrum alleen. Het IZA bepleit ook in belangrijke mate concentratie van zorg en regionale samenwerking vanuit de gedachte dat je moet doen waar je goed in bent en andere zaken beter aan anderen kunt overlaten of samen met anderen kunt →



doen. Het IZA gaat uit van een kraptemodel en daarin past mijns inziens niet dat perifere centra een eigen onderzoeksagenda hebben. Het risico is groot dat zorgmiddelen niet effectief worden benut.'

Jan-Willem: 'Het onderzoeken van effectiviteit van behandelingen vraagt zeker krachtenbundeling en gedegen onderzoek, maar is daarmee dus over de volle breedte van ons vak met de benodigde wetenschappelijke kwaliteit die het vraagt (RCT bijvoorbeeld) onuitvoerbaar voor onze kleine sector.'

Hoe zien jullie de ontwikkeling van ons vak? Bestaat de revalidatiegeneeskunde over tien jaar nog wel?

Beiden: 'Zonder twijfel. De revalidatiegeneeskunde is het enige vak dat de consequenties onderzoekt en behandelt van blijvende functiestoornissen voor de niveaus van dagelijkse activiteiten en maatschappelijke participatie en daarbij ook de bevorderende en belemmerende factoren betreft. Geen enkel ander medisch specialisme doet dat in die mate en zo gestructureerd en toetsbaar, gebruikmakend van een erkend begrippenkader (de ICF).'

Jan-Willem: 'Ik denk wel dat het werkveld van de revalidatiearts verandert. Ik verwacht dat er meer revalidatieartsen gaan werken in expertise-, advies- en triagerollen, bijvoorbeeld ter ondersteuning van de eerste lijn, als consulent voor paramedici in de eerste lijn of huisartsen, laagdrempelig. Om mensen zo lang mogelijk zelfstandig thuis te laten functioneren, zodat dure tweedelijnsbehandeling minder vaak nodig is.'

Sander: 'Het College Geneeskundig Specialismen (CGS) heeft recent een houtskoolschets gemaakt van het specialismenlandschap in 2035. Hierin wordt een groter kader van generalistisch opgeleide medisch specialisten voorzien. Als dit doorgaat, denk ik dat toekomstige aiossen revalidatiegeneeskunde hiervoor zullen gaan opteren, bijvoorbeeld als consulenten en medebehandelaars in 1e, 2e of 3e lijn, vergelijkbaar met hoe sommige specialisten ouderengeneeskunde dit al doen. Maar de behoefte aan meer gespecialiseerde revalidatieartsen voor specifieke aandachtsgebieden zoals dwarslaesie of NAH zal zeker ook blijven bestaan.'

Wat is volgens jullie nu de uitkomst van deze discussie? Is er eigenlijk wel sprake van het kruisen van degens? Zijn jullie eigenlijk wel oneens of hanteren jullie andere definities?

Jan-Willem: 'Het gaat mij om het stimuleren van continu leren en verbeteren van zorg en het laten zien wat onze toegevoegde waarde is voor patiënt en maatschappij. Wetenschappelijk onderzoek is voor mij een middel hiertoe en geen doel op zich. Ik denk

dat het grootste verschil in onze visie en opinie zit in de interpretatie van de definitie van wetenschappelijk onderzoek. Als je conform de wetenschappelijke regels kwaliteit van zorg evalueert, bijvoorbeeld in een beschrijvend evaluatief onderzoek en de uitkomsten deelt, dan is dat voor mij ook wetenschappelijk onderzoek. Dat kunnen we ook in de periferie doen. En uiteraard kan dat ook samen met de academische partners.'

Sander: 'Als ik Jan-Willem beluister denk ik dat hij inderdaad een andere definitie hanteert van wetenschappelijk onderzoek. Daarmee doe ik niets af aan de waarde van kwaliteits- of innovatieprojecten voor het beantwoorden van praktijkgerichte vragen, maar de echte grote vragen over effectiviteit en doelmatigheid van behandelingen kunnen alleen worden beantwoord door goed

'Meer revalidatieartsen gaan werken in expertise-, advies- en triagerollen'

Jan-Willem Meijer

wetenschappelijk onderzoek, liefst multidisciplinair en multicenter. Dat perspectief mogen we niet uit het oog verliezen, anders spannen we het paard achter de wagen. Ik heb meermaals meegemaakt dat wij onvoldoende revalidatiecentra bij nationaal onderzoek konden betrekken, omdat men een bepaalde behandeling al had geïmplementeerd en daarom niet meer wilde meedoen met vergelijkend onderzoek. En dat terwijl de effectiviteit van die behandeling nog helemaal niet bewezen was. Een dergelijke ontwikkeling bedreigt zowel het wetenschappelijk onderzoek als de klinische praktijk. Op lange termijn ontnemen wij ons bestaansrecht aan wetenschappelijk onderzoek van hoge kwaliteit dat publiceerbaar is volgens de daarvoor geldende criteria, want de uitkomsten van niet goed uitgevoerd onderzoek kunnen schadelijk zijn. Bovendien wordt niet gepubliceerd onderzoek steeds meer gezien als onacceptabele *research waste*.

Beiden: 'Misschien zijn we het, net als acht jaar geleden, niet helemaal oneens met elkaar. We kijken vanuit verschillende perspectieven en met verschillende doelen als we het hebben over wetenschappelijk onderzoek.' ←

Integraal Zorgakkoord: kansen voor de revalidatiesector

Nederland vergrijst, de vraag naar zorg neemt toe. Tegelijkertijd zijn de grenzen bereikt van wat aan zorg geboden kan worden door de toenemende krapte op de arbeidsmarkt. Hoe houden we dan de zorg goed, toegankelijk en betaalbaar, zoals het Integraal Zorgakkoord beoogt? Oplossingen die de zorg toegankelijk houden moeten, aldus het Integraal Zorgakkoord, gezocht worden in de juiste zorg op de juiste plek door andere en betere samenwerking in de regio.



DR. J. (JAN) WELMERS

Voorzitter raad van bestuur Heliomare



CORRESPONDENTIE

j.welmers@heliomare.nl



RENATE BOERE

IZA, CONTEXT EN VOORTGANG

Het integraal Zorgakkoord (IZA) is ondertekend door alle relevante stakeholders in de zorg, veel partijen dus. Het beslaat een groot en complex domein en beoogt verschillende doelen. Centraal staat het toegankelijk houden van de zorg. Per regio is de zorg vaak net weer anders georganiseerd en zijn er andere accenten in zorgvragen en uitdagingen. Daarom is de opdracht vanuit het IZA: maak per regio een eigen beeld én formuleer plannen voor de meest urgente uitdagingen. Afgelopen zomer leverden de 31 regio's dit regiobeeld op en eind december lagen de gedragen regioplannen op tafel. Regioplannen bieden een kader voor de transitieplannen. Deze transitieplannen moeten het zorglandschap herinrichten om de groeiende zorgvraag op te kunnen vangen. Hiervoor zijn middelen beschikbaar, op enkele plaatsen zijn al transitiemiddelen toegekend.

Dat de urgentie groot is, blijkt ook uit andere landelijke akkoorden en programma's die op onderdelen samenhangen met het vraagstuk dat wordt geadresseerd door IZA. Het gaat dan om het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA), programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) en het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (programma TAZ). Er is dus veel aandacht vanuit verschillende invalshoeken voor een transitie van een complex (zorg)landschap. Extra waakzaamheid is dan geboden. We moeten voorkomen dat instellingen met goede initiatieven deze 'beleidsrijkheid' als een moeras ervaren en verdwalen. Focus houden is belangrijk.

REVALIDATIESECTOR AAN ZET

Revalidatie-instellingen vormen van oudsher een schakel in de regionale zorgketen. Revalidatie biedt mensen met een complexe beperking een geïntegreerde aanpak en faciliteert de weg naar een zo zelfstandig mogelijk leven. Vanuit deze rol kunnen revalidatie-instellingen in de regio een betekenisvolle bijdrage leveren om te voorkomen dat het zorglandschap verstopt raakt en de noodzakelijke zorg onvoldoende geboden kan worden.

Diverse initiatieven tonen aan dat de revalidatie de (acute) zorg kan ontlasten en een soepele doorstroming binnen de keten mogelijk maakt. Hierdoor kunnen we met minder menskracht meer zorgaanbod realiseren. Het is van belang dat de revalidatiesector zich niet alleen verder specialiseert en intensiever samenwerkt, maar ook een breder behandelaanbod ontwikkelt en aanbiedt dan valt onder de medisch specialistische revalidatiezorg (MSRZ). →

De grootste impact op noodzakelijke arbeidsextensivering zal echter moeten komen van digitalisering en de inzet van e-health. De IZA-doelstellingen stimuleren deze ontwikkeling, terwijl zorgverzekeraars deze gewenste vooruitgang kunnen versnellen. Hoe? Door samen met de instellingen ruimte te creëren voor

‘We lopen niet warm voor zorg op afstand, maar géén zorg is slechter’

contractering van een maatschappelijke Business Case, naast de zakelijke Business Case. Deze ontwikkelingen vragen dat we anders naar ons werk moeten kijken. We kunnen niet meer *altijd* de zorg bieden in de vorm die we het liefst zien. Maar we weten ook: ‘geen zorg is de slechtste zorg’.

SPECIALISATIES IN REVALIDATIE

Met specialisaties en/of innovaties laten revalidatie-instellingen zien hoe zij kunnen bijdragen aan versnelling waardoor behandeling bekort wordt. Een voorbeeld is de inrichting van een *Respiratory Care Unit* (RCU). Patiënten verblijven regelmatig nog lang op

een intensive care als ze beademingsproblematiek hebben, maar stabiel zijn in de overige vitale functies. Overplaatsing vanuit een intensive care (IC) naar een revalidatiecentrum is vaak niet mogelijk als de patiënt nog beademingsapparatuur nodig heeft. Door een RCU in te richten met faciliteiten op het gebied van beademing en de bewaking van vitale functies wordt een snelle overname vanuit een IC mogelijk. Met als resultaat: een vroege revalidatie van de patiënt. Een soortgelijk effect heeft de inzet van de RYSEN™ bij Heliomare. De RYSEN™ is een 3D gewichts-ondersteunend systeem dat patiënten de mogelijkheid biedt om vrij in de ruimte te lopen (afbeelding). Multitrauma-patiënten die beperkt belastbaar zijn kunnen hierdoor eerder dan voorheen starten met hun revalidatie. Dit zijn voorbeelden waarbij met vroegtijdig starten van revalidatie complicaties kunnen worden voorkomen en de behandelingsduur wordt verkort.

VERBREDING REVALIDATIEAANBOD

Ook een breder behandelaanbod kan eraan bijdragen dat met de beschikbare menskracht de toenemende zorgvraag wordt opgevangen. Een voorbeeld is (verdere) uitrol van prehabilitatie waarbij patiënten voor hun operatie fit worden gemaakt. Uit studies blijkt bij specifieke operaties een significante reductie van



Looptraining met RYSEN™

complicaties en opnametijd. De investering vooraf beperkt de zorgvraag tijdens het gehele traject.

Ook de verschillende vormen waarin veel revalidatie-instellingen samenwerken met GRZ-instellingen zijn een mooi voorbeeld. Wat leidend is bij de samenwerking? Dat is het criterium welk behandelaanbod voor de cliënt/patiënt het meest passend (lees: doelmatig) is, niet (meer) de leeftijd. Maar ook 'ziekenhuis verplaatste zorg' voor patiënten met een revalidatiebehoefte kan zorgen voor minder druk op de zorg. Patiënten liggen soms voor langere tijd in het ziekenhuis en pas in een later stadium komt intensievere revalidatie aan de orde. Er is gezondheidswinst als we daar eerder mee starten, bijvoorbeeld bij hartfalen of na een orthopedische ingreep. De patiënt blijft bij 'ziekenhuis verplaatste zorg' onder behandeling van het ziekenhuis, maar ligt niet meer in een ziekenhuisbed. Kortom, een breder aanbod kan dus leiden tot gezondheidswinst, minder druk op de zorg en minder kosten op het gehele traject.

DIGITALISERING VAN REVALIDATIE: HET HYBRIDE REVALIDATIECENTRUM

Het IZA-akkoord en vooral de voelbare krapte op de arbeidsmarkt zet aan tot nadenken: hoe kunnen we zorgpaden doelmatiger organiseren? De grootste stap die we in dat kader met elkaar kunnen zetten is het sterk inzetten op gebruik van digitale hulpmiddelen en zorgtechnologie. Het gaat dan om een brede ondersteuning door gebruik van applicaties. Dit is een ontwikkeling die we binnen de revalidatiesector bij veel instellingen zien, deze ontwikkeling kan niet genoeg gestimuleerd worden.

De regionale aanlegroute van IZA vraagt wel om extra aandacht. Hybride zorg kan vooral besparen als applicaties ook op grotere schaal, liefst modulair en via standaarden, worden uitgerold. Voor samenwerking in de keten is een gedeelde basis over de toe te passen technologie (architectuur, infrastructuur, afsprakenstelsels) haast randvoorwaardelijk. Die is er nog niet. De organisatie hiervan is voor een belangrijk deel belegd bij de regionale samenwerkingsorganisaties (RSO) van zorg- en welzijnsinstellingen. Nederland is verdeeld in 11 RSO's, een RSO is daarmee groter dan een IZA-regio maar kent wel weer zijn eigen indeling. Een voorbeeld hoe complex ons zorglandschap kan zijn.

Het ontbreken van een gedeelde basis moet ons er echter niet van weerhouden om vol aan de slag te gaan met digitaliseren. Inzet en doorontwikkeling van hybride zorg of *blended care* krijgt in huidige fase het meeste vaart met *grassroot*-initiatieven. Dit zijn kleinschalige, laagdrempelige projecten van en door zorg-

Kansen voor de revalidatiesector

1. Specialisatie in revalidatie
2. Verbreding behandelaanbod buiten MSRZ
3. Hybride revalidatie met e-health
4. Maatschappelijke Business Cases voor innovatie
5. Kennis in zorgketen vergroten over meerwaarde revalidatie (ontlasten zorg, verkorte behandeltijd, gezondheidswinst)

professionals, die het zorgpad intensiveren met behulp van een ICT-toepassing. Het resultaat van het *grassroot*project wordt direct in het zorgpad ingezet. Een werkwijze waarbij zorgprofessionals zelf (mede)regie hebben op hoe het hybride zorgpad eruit gaat zien, is noodzakelijk. E-health staat soms ver af van hoe we zijn opgeleid en wat we als goede en betrokken zorgverlening zien. E-health-platforms als Minddistrict en Telerevalidatie lenen zich prima om zorgprofessionals binnen de revalidatiesector te laten experimenteren, met elkaar uit te wisselen en te monitoren of opschalen wenselijk is.

IZA STUURT DE GEZAMENLIJKE AGENDA

Het IZA vraagt aan de zorgsector om in de regio met de beperkte capaciteit aan menskracht de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. Revalidatie-instellingen kunnen de vraag mee beantwoorden. Door te specialiseren, te verbreden en vooral te digitaliseren. Of een behandeling straks wel of niet onder de MSRZ valt, moet daarbij niet leidend zijn. Wel de vraag of met de extra c.q. nieuwe geboden inzet de zorg (aantoonbaar en navolgbaar) betaalbaar en toegankelijk blijft.

Revalidatie-instellingen kunnen de vraag die vanuit het IZA gesteld wordt alleen beantwoorden als de vraag ook daadwerkelijk gesteld wordt. Daarvoor moeten de instellingen in de regio aan tafel zitten. Dat is niet altijd het geval en niet voor iedereen in de keten is bekend wat de revalidatiesector kan bieden. Het is daarom goed dat Revalidatie Nederland landelijk de propositie formuleert wat regionaal geboden kan worden en daar aandacht voor vraagt.

Zorgverzekeraars hebben een leidende rol in de transitie van het zorglandschap, zij beoordelen de transitieplannen en contracteren de zorg. Nu en in de toekomst. Als we in de regio intensiever en anders moeten samenwerken, moeten zorgverzekeraars innovaties anders beoordelen. Niet meer als een Business Case op instellingniveau maar als een maatschappelijke Business Case waarbij rekening wordt gehouden met kosten en opbrengsten in de gehele keten: van ziekenhuis tot thuis. ←

Het Integraal Zorgakkoord: zijn er gevolgen voor de MSR?

Het is heel lang stil gebleven in het land betreffende het Integraal Zorgakkoord en de mogelijke gevolgen voor de medisch specialistische revalidatie. De meeste van ons, revalidatieartsen, zullen in grote lijnen begrijpen wat het inhoudt; hoe leveren wij de 'revalidatiezorg' over 5 of 10 jaar. In dit betoog bespreek ik graag de belangrijkste gevolgen die het IZA heeft voor onze sector: mogelijke personeelstekorten, en spreiding en concentratie van zorg.



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

Hoogleraar en afdelingshoofd Revalidatiegeneeskunde
RUG/UMCG en voorzitter van het bestuur UMCG CvR



CORRESPONDENTIE

j.h.b.geertzen@umcg.nl

Het zorginfarct is aanstaande; in de revalidatiecentra en ziekenhuizen is het steeds lastiger om aan personeel te komen en door de dubbele vergrijzing neemt het aantal patiënten alleen nog maar toe. Er zijn momenteel in Nederland 150 vacatures per 100 werkzoekenden en over vijf jaar zal dit 330 vacatures per 100 werkzoekenden zijn.¹ De regiovisies/regio-beelden (dit zijn provinciale en soms regionale plannen opgesteld door onder andere gemeenten, zorgverzekeraars, ziekenhuizen, verpleeg- & verzorgingshuizen, thuiszorg en jeugdgezondheidszorg met niet alleen cijfers over de zorg maar waarin ook aandacht is voor demografie, sociaaleconomische status, eenzaamheid, etc.) laten dit keihard zien. Zorg draagt maar voor 11% bij aan onze gezondheid; de rest wordt bepaald door individueel gedrag, sociale omstandigheden, genetische en biologische factoren. In Groningen, met de grootste armoede en de ellende rond de gaswinning, zijn de gezondheidsdoelen over het algemeen ver te zoeken en is de gezondheidsverwachting dan ook veel minder dan in de rest van het land. Door het Nationaal Preventieakkoord en het GALA (Gezond en Actief Leven Akkoord) in wetten te verankeren zouden de gezondheidsdoelen beter te behalen zijn en daardoor zou de

druk op de (revalidatie-)zorg kunnen afnemen. Bij navraag tijdens meerdere bijkomsten van de revalidatiecentra in Nederland bleek er echter bijna geen enkele revalidatie-instelling aan tafel te zitten bij het GALA in hun regio. In de regiovisies/-beelden wordt een beeld gegeven van het aanbod van gezondheidsbevordering, zorg, welzijn en ondersteuning in de regio. Er wordt dan (ook) in deze regioplannen aandacht besteed aan preventie, GGZ, eerste lijnszorg, medisch specialistische zorg, VVT, gehandicaptenzorg, ondersteuning vanuit de WMO, jeugdhulp, langdurige zorg, aanwezigheid en locatie van zorg- en welzijnsvoorzieningen, mantelzorg en burger- & patiëntinitiatieven. De MSR wordt niet genoemd; we vallen onder de MSZ. De regiovisies geven een algemeen beeld/ontwikkeling en prognose van de arbeidsmarkt voor zorgpersoneel in de regio. Daarnaast worden de treeknormen - wachttijden voor de VVTs en andere personele capaciteitstekorten bij zorgaanbieders -

'Revalidatieartsen moeten landelijke keuzes durven maken over spreiding en concentratie van zorg op basis van inhoudelijke argumenten'

genoemd. De MSR/revalidatiecentra worden hierin niet benoemd. We hebben reeds tekorten aan ergotherapeuten, psychologen (neuro-, GZ-, gezondheids-, klinisch-, basis; of moeten we hier meer keuzes in maken?), psychomotore therapeuten, verpleegkundigen. Dit zal ons allemaal gaan raken. Jaren (>10) geleden schreef de voorzitter van de Raad van Bestuur van een grote ouderenzorginstelling in het noorden van het land in de krant: 'wie gaat straks onze ouderen douchen?' Moet hier extra voor betaald worden? Wie gaat ze eten geven? Veel ingestuurde reactiebrieven volgden, maar het lijkt dat ze gelijk gaat krijgen. Ook in de MSR zullen dergelijke

capaciteitsvragen gaan spelen of spelen wellicht al. Gaan we overschakelen naar meer groepstherapie? Gaan we meer e-health gebruiken? Er was voor de COVID-periode veel weerstand tegen; tijdens de COVID moest men hier wel van gebruik maken, maar daarna is dat weer grotendeels weggezakt. Toch zullen we hier meer van gebruik moeten maken. Moeten we weer buitenlandse zorgprofessionals naar Nederland halen? Ik was in september 2023 in Argentinië waar veel hoogopgeleide zorgprofessionals werkeloos zijn, dat zal vast in meerdere delen van de wereld zo zijn.

Het verkrijgen van IZA transformatiegelden (dat zijn gelden beschikbaar gesteld aan zorgaanbieders, patiëntenorganisaties, zorgprofessionals, gemeenten, etc. om in gezamenlijkheid te werken aan passende zorg: zorg die betaalbaar en toegankelijk is, ook in de toekomst) vereist een hoge impact op het personeel; hoe kunnen wij dezelfde en eigenlijk meer zorg verlenen met minder personeel; daar draait het allemaal om. Op regionaal niveau samenwerken met GRZ-instellingen levert een lage impact op (dezelfde zorg leveren maar met minder personeel), evenals in verschillende regio's het zorgvuldig uitplaatsen van mensen met een dwarslaesie die niet naar huis kunnen. Omdat we met relatief zeldzame diagnoses te maken hebben, zullen wij het als MSR toch met landelijke initiatieven moeten doen. Via het VRA hooglerarenconvent hoor ik dezelfde geluiden als bij ons in Groningen; in de Universitaire Medische Centra draait het veelal om de acute zorg en de landelijke afspraken over de oncologische zorg (de vijf tumortafels: maag/slokdarm, pancreas, nier, long en hoofd/hals) of de landelijke vaatchirurgische afspraken, de orthopedische en neurochirurgische afspraken; wie krijgt wat? Wat zal de norm zijn voor de aantallen? Ik kan mij nog goed herinneren in welke discussies ik belandde toen wij de eerste richtlijn Amputatie en prothesiologie van de onderste extremiteit uitbrachten en wij een volumennorm voorstelden voor wat het minimaal aantal te amputeren patiënten zou moeten zijn voor een vaatchirurg/maatschap; we werden weggehoond door de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, deelspecialisme Vaatchirurgie; mogelijk zijn wij verstandiger geworden of moet men wel mee met het instellen van volumennormen. Men zou zich kunnen afvragen of competenties/vaardigheden en aantallen gelijk opgaan. Een systematisch literatuuronderzoek bracht trends in zorgvolume-uitkomstenonderzoek in beeld.² Het is duidelijk dat alleen sturen op hoger volume niet zal leiden tot kwaliteitsverbetering. Gezamenlijk leren in regionale netwerken kan het verschil maken.

Het aantal dwarslaesiecentra in Nederland vormt ook al jaren een discussie; vijf jaar geleden was de discussie voor centralisatie van

de diagnosegroepen in de revalidatiewereld te vroeg; in de academische centra zijn al jaren geleden de expertisecentra (ongeveer 350) gestart; daar zijn zware eisen aan verbonden; dat ben je niet zomaar! Voor ons als revalidatieartsen dus de taak om zelf na te denken over kwaliteits- en dus volumennormen.

De tijd dringt; er is leiderschap voor nodig, van ons allen, om diagnoses in je eigen vakgroep en daarbuiten te laten vallen. Welk soort leiderschap: Ik weet het niet; overal worden leiderschaps-cursussen aangeboden: verbindend, vernieuwend, innovatief, persoonlijk leiderschap, etc. Japke-d. Bouma schreef daar laatst een mooie column over in de NRC.³ We moeten als revalidatieartsen over onze eigen schaduw heen durven stappen, en landelijke keuzes durven maken over spreiding en concentratie van zorg op basis van inhoudelijke argumenten, om te voorkomen dat deze door beleids-makers op politieke of economische argumenten gemaakt worden.

Hieronder volgt een bericht uit Skipr van 19 oktober 2023 met Ernst Kuipers aan het woord.

Zorgveld aan zet

De hoogcomplexere medisch specialistische zorg zet onvoldoende aanstalten om de zorg te concentreren, te spreiden en in een netwerk te opereren. Zorgaanbieders moeten profielkeuzes durven en willen maken. De uitdagingen zijn volgens Kuipers alleen overkomelijk als alle partijen, inclusief de overheid, een extra stap zetten. Hij verwijst daarvoor naar het Integraal Zorgakkoord (IZA), waarbij het zorgveld zelf aan zet is en de overheid randvoorwaarden optimaliseert. 'Het realiseren van kwaliteitsverbeteringen begint en eindigt bij zorgprofessionals zelf. Bevlogen zorgprofessionals en wetenschappelijke verenigingen identificeren samen met patiënten en patiëntenorganisaties waar de kansen liggen voor kwaliteitsverbeteringen en optimale inzet van schaars personeel en dure faciliteiten.' Vervolgens is het aan de patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars om opgedane inzichten vast te leggen en *daily business* van de zorgverlening te maken.

Skipr, 19 oktober 2023

Wij zullen dus niet alleen in de regio maar ook als VRA in actie te dienen komen. ←



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

Expertisecentra in de (revalidatie)zorg - nu en in de toekomst

Dit artikel beschrijft de complexiteit en het belang van expertisecentra in het huidige zorglandschap, in de context van netwerkzorg en zorgakkoorden. Het stuk dient om het gesprek te stimuleren hoe we deze centra kunnen ondersteunen en integreren voor de beste patiëntenzorg en hoe wij vanuit de revalidatiegeneeskunde invulling hieraan geven.



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

Hoogleraar Kinderrevalidatiegeneeskunde
Amsterdam UMC

Onze gezondheidszorg ontwikkelt zich snel, met betere inzichten in ziekteprocessen en geavanceerde opties voor diagnose en behandeling. Deze ontwikkelingen vergroten de mogelijkheden om aandoeningen nauwkeuriger te diagnosticeren, en patiënten gericht te behandelen. Dit leidt tot hogere zorgkwaliteit maar stelt ook hogere eisen aan zorgprofessionals, om te specialiseren en om samen te werken in netwerken.

WAT IS EEN EXPERTISECENTRUM?

Een expertisecentrum is een instelling waar specialisten hoogwaardige zorg verlenen voor bijzondere, vaak zeldzame of complexe aandoeningen. Deze centra zijn niet alleen een baken van kennis, maar zijn ook voortrekkers in onderzoek en ontwikkeling. De titel 'expertisecentrum' is niet beschermd en in theorie kan elke zorginstelling zichzelf expertisecentrum noemen voor één of meerdere aandoeningen of behandelingen.

Een greep uit het scala van expertisecentra in de revalidatiegeneeskunde illustreert de diversiteit: zo is er bijvoorbeeld een Expertisecentrum Pijn en Revalidatie (Adelante), een Loopexpertisecentrum (Sint Maartenskliniek) en een Expertisecentrum Kind & Communicatie (Rijndam Revalidatiecentrum).

Een specifieke vorm van expertisecentra zijn de door de minister van VWS erkende Expertise Centra voor Zeldzame Aandoeningen (ECZA).¹ Om patiënten met zeldzame aandoeningen (ziektes en syndromen die bij minder dan 1 op de 2.000 personen voorkomen) zo goed mogelijk te behandelen, werken ECZA's samen met nationale en internationale expertisecentra via Europese Referentie Netwerken (ERNS). Deze hebben elk hun eigen specialisme, bijvoorbeeld zeldzame neurologische aandoeningen, of congenitale malformaties.²

DE PLAATS VAN EXPERTISECENTRA IN HET INTEGRAAL ZORGAKKOORD (IZA)

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) wordt de rol van expertisecentra beschreven, vanuit het belang van de juiste zorg op de juiste plek, en vanuit de samenhang en schaalvoordelen voor kwaliteit en kennisontwikkeling.³ Hierbij is het idee om gespecialiseerde zorg te concentreren op bepaalde plekken, terwijl meer algemene, minder complexe zorg overall beschikbaar moet zijn - 'nabij als het kan, veraf als het moet'. Er wordt uitgegaan van differentiatie in zorginstellingen: centra zullen zich meer specialiseren in bepaalde behandelingen waarin zij uitblinken. Dit vereist het delen van kennis en kunde, en transparant zijn over resultaten. De zorg voor patiënten met zeldzame aandoeningen moet gecoördineerd worden met erkende expertisecentra.

SAMENWERKEN EN NETWERKZORG

Bij concentratie van gespecialiseerde zorg is samenwerking in netwerken essentieel. Dit betekent bijvoorbeeld dat de voor- en nazorg zo dicht mogelijk bij de patiënt wordt georganiseerd wanneer interventies en complexe diagnostiek zijn geconcentreerd, waarbij

'Bij concentratie van gespecialiseerde zorg is samenwerking in netwerken essentieel'

ook digitale zorg wordt ingezet. Het vereist een visie op welke zorg in de eerste, tweede en derde lijn thuishoort. Bij de organisatie van netwerkzorg hebben de verschillende expertisecentra een initiërende en ondersteunende rol.

WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK EN KENNISDELING

Expertisecentra spelen een cruciale rol in het ontwikkelen en testen van nieuwe therapieën, technologieën en behandelprotocollen en het delen van kennis. Hun onderzoek draagt bij aan een beter begrip van ziekteprocessen en kan de deur openen naar nieuwe behandelingen. Dit heeft niet alleen invloed op de patiënten die ze direct behandelen, maar ook op de bredere medische gemeenschap. Door samenwerkingsafspraken kan klinisch onderzoek



efficiënter worden georganiseerd en onderzoeksinfrastructuur van universitaire medische centra optimaal worden benut.

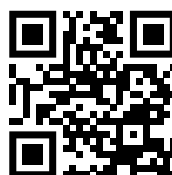
VALKUILEN EN RISICO'S

Een expertisecentrum wordt vaak gezien als een epicentrum van specialistische kennis en vaardigheden, maar een gevaar kan zijn dat het zich te veel isoleert van de algemene zorgpraktijk, wat kan leiden tot een kloof tussen gespecialiseerde en reguliere zorg. Een duidelijk zorgpad met heldere uitleg aan patiënten is van belang, met heldere afspraken over rollen van de verschillende behandelaren. Optimaal functionerende netwerken in de regio en landelijk zijn nodig om de concentratie van expertiseczorg tot een succes te maken. Een uitdaging voor de revalidatiegeneeskunde is dat wij als specialisme, door onze expertise in complexe aandoeningen, bij veel expertisecentra betrokken zijn, met name in de academische centra, waardoor keuzes gemaakt moeten worden hoe de aandacht en inzet te verdelen. Kortom, we moeten oppassen voor de risico's van isolatie en fragmentatie en streven naar een model waarbij kennisdeling en samenwerking vooropstaan. Het benadrukt de noodzaak voor een zorgvuldige overweging van hoe deze centra kunnen bijdragen aan een meer inclusief en samenhangend gezondheidssysteem en hoe wij onze rol vanuit de revalidatiegeneeskunde hierin invullen.

VOORBEELD

Een voorbeeld van een expertisecentrum waar de kinder-revalidatiegeneeskunde de functie van coördinator heeft, is het CP Expertisecentrum in Amsterdam UMC. Geen ECZA, want de diagnose cerebrale parese (CP) voldoet niet aan de criteria van een zeldzame aandoening, maar wel een centrum waar hoogcomplex-

laagvolume zorg wordt geleverd. In deze academische setting werken kinder-revalidatieprofessionals samen met kinderartsen, kinderneurologen, neurochirurgen, kinder- en wervelkolomorthopeden en plastisch chirurgen. Kinderen worden verwezen voor geavanceerde diagnostiek en voor complexe behandelingen zoals spasticiteitschirurgie (selectieve dorsale rhizotomie (alleen mogelijk in Amsterdam UMC) of een intrathecale baclofenpomp (voor kinderen alleen beschikbaar in Amsterdam UMC en MUMC+ Maastricht)). Kinderen komen voor deze ingrepen vanuit het hele land, en de nabehandeling vindt ook weer plaats in de eigen regio. Hiervoor is er nauwe samenwerking met de centra in het land, en met de eerste lijn. Wat helpt is dat er in Nederland een sterk landelijk netwerk is voor de CP-zorg. Stichting CP-Net is ingericht, die implementatie van de CP-richtlijn ondersteunt, en is er het Nederlands CP register. Het Nederlands CP register is een volg- en behandelregister waarin meerdere specialismen samenwerken en dat met systematische dataverzameling en terugkoppeling in de spreekkamer tot doel heeft zorg op maat te leveren voor elk kind in Nederland met CP, en landelijk onderzoek mogelijk te maken om de zorg voor kinderen met CP verder te verbeteren. Op alle niveaus is er samenwerking met de patiëntenvereniging, CP Nederland. Een voorbeeld van hoe expertisecentra en landelijke samenwerking en netwerkvorming elkaar kunnen versterken in de zorg. ←



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

PASSENDE ZORG: NIET MINDER MAAR ANDERS!

IZA en de zorgbelofte

De zorg moet veranderen, meer ruimte voor passende zorg. De wachttijden lopen op, de zorgverleners hebben het druk. En we worden ouder en hebben meer zorg nodig. Dit betekent dat iedereen in beweging moet gaan komen. Maar de Patiëntenfederatie is ervan overtuigd dat de zorg niet minder hoeft, maar wel anders. Wij hebben de Zorgbelofte aangeboden: wat kan de patiënt zelf doen en wat kan hij van de zorg verwachten?



DRS. K. (KLAARTJE) SPIJKERS

Senior adviseur team Medisch Specialistische Zorg
Patiëntenfederatie Nederland



CORRESPONDENTIE

k.spijkers@patiëntenfederatie.nl



PATIËNTENFEDERATIE NEDERLAND

fotograaf Colijn van Noort

Het Integraal Zorgakkoord (IZA) is een jaar op streek en heeft als doel de zorg voor de toekomst goed, toegankelijk en betaalbaar te houden. De Patiëntenfederatie is medeondertekenaar van dit akkoord. Niets doen is wat ons betreft geen optie. Veel patiënten ervaren nu al tekorten en beperkte toegang tot (huisartsen)zorg of staan op een wachtlijst voor ziekenhuis- en verpleeghuiszorg. De zorg wordt voor meer mensen steeds lastiger te betalen door de stijgende en stapeling van zorgkosten. Het is daarom belangrijk dat partijen gezamenlijk werken aan concrete veranderingen waarbij passende zorg centraal staat. De Patiëntenfederatie bestaat 30 jaar en representeert meer dan 200 patiëntenorganisaties die zich rondom patiënten met chronische aandoeningen hebben georganiseerd. Patiëntenfederatie Nederland is ervan overtuigd dat ondanks de steeds krappere werkdagen en toenemende vergrijzing in Nederland, de zorg voor patiënten niet minder hoeft te worden.

Daarvoor moeten we de zorg met elkaar wel anders organiseren. Patiëntenfederatie Nederland vindt dat het helder moet zijn waar patiënten op kunnen rekenen en dat patiënten(organisaties) beter betrokken moeten worden bij de inrichting van passende

'Patiënten moeten erop kunnen rekenen dat goede revalidatie voor iedereen relatief dichtbij beschikbaar is en blijft'

zorg. Dit vindt in onze optiek onvoldoende plaats; in de regio-beelden en plannen die momenteel worden gemaakt door alle partijen ontbreekt grotendeels actieve deelname van patiënten en burgerinitiatieven. Hun wensen en ervaringen worden onvoldoende benut.

PASSENDE ZORG

Om in Nederland tot passende zorg voor patiënten te komen, zijn er concrete veranderingen nodig. Uit recent onderzoek van de Patiëntenfederatie blijkt dat patiënten goed op de hoogte zijn van uitdagingen in de zorg en dat 80% van de huidige patiënten zich zorgen maakt om de toekomst van hun zorg. Hoe ziet de zorg in Nederland er in de toekomst uit voor patiënten? Wat kunnen of moeten zij dan zelf doen? Welke ondersteuning kunnen zij krijgen? En waar kunnen zij terecht voor goede zorg? Passende zorg betekent wat ons betreft in ieder geval dat zorg patiëntgericht is, met aandacht voor de mens achter de ziek(t)e: meer mens, minder patiënt. Dichtbij als het kan, verder weg als het moet. Niet elke (zorg)vraag heeft een oplossing vanuit de zorg nodig: zo kan ook ondersteuning vanuit de gemeente nodig zijn, of kan de oplossing volledig vanuit de sociale basis worden gevonden. Dit betekent wel dat ons zorglandschap écht anders ingericht moet



Directeur-bestuurder Patiëntenfederatie, Arthur Schelekens, presenteert de Zorgbelofte aan minister VWS Ernst Kuipers, oktober 2023.

worden. Zorg- en hulpverleners moeten dan goed samenwerken, vanuit de patiëntvraag en vanuit één dossier, zodat de patiënt regie kan voeren waar dat mogelijk is. Onze overtuiging is dat dit dé manier is om goede zorg te bieden die toegankelijk en betaalbaar is, met meerwaarde voor mens en samenleving.

DE ZORGBELOFTE: WAAR KUNNEN PATIËNTEN (STRAKS) OP REKENEN?

Wij (de IZA-partijen) moeten in staat zijn om zowel aan patiënten als professionals een heldere, concrete toekomstvisie te schetsen. De Patiëntenfederatie heeft daarom het initiatief genomen voor de Zorgbelofte: waar kunnen inwoners in Nederland straks op rekenen? Wat moet het resultaat zijn van al onze inspanningen – wat beloven we?

Die Zorgbelofte moet en kan niet alleen van ons als patiëntenkoepel zijn, maar juist samen met alle IZA-partners moet er invulling aan worden gegeven. Vanzelfsprekend hebben we wel ideeën over waar inwoners van Nederland straks op moeten kunnen rekenen, namelijk dat:

- het in de zorg om kwaliteit van leven draait; meer mens, minder patiënt;
- de zorg erop gericht is mensen zoveel mogelijk thuis of dichtbij huis regie over hun leven te laten houden en dat ze daarbij zo nodig ondersteund kunnen worden;
- de basis goed op orde is: denk aan een toegankelijk en met de zorg samenwerkend sociaal domein, voldoende goede huisartsenzorg, tijdig medisch specialistische zorg in de regio (of daarbuiten bij complexe of zeldzame zaken), wijkverpleging en langdurige verpleging;

- de zorg volop gebruik maakt van - veilige en laagdrempelige - digitale mogelijkheden, zodat je niet voor alles naar een zorgaanbieder hoeft;
- mensen die het zelf en met hun omgeving niet meer redden, passende zorg en ondersteuning krijgen; thuis of in een zorginstelling.

ANDERE INRICHTING ZORGLANDSCHAP

Het kunnen voldoen aan deze zorgbelofte vraagt om veranderingen in de zorg vanuit de overheid, verzekeraars, zorgaanbieders, maar ook patiënten zelf hebben een rol om de zorg voor iedereen beschikbaar te houden. Wij geloven in deze wederkerigheid. Patiënten moeten bijvoorbeeld erop kunnen rekenen dat goede revalidatie voor iedereen relatief dichtbij beschikbaar is en blijft. Wij denken ook dat dat kan. Door bijvoorbeeld aan de kant van de revalidatieartsen digitale innovaties te versnellen, (zoals meer gebruikmaken van e-consults of thuismonitoring van oefeningen) maar aan de andere kant er ook voor te zorgen dat de zorg toegankelijk en beschikbaar is, en altijd aansluit bij de behoefte van de individuele patiënt. Alleen op die manier houden we voldoende capaciteit beschikbaar voor patiënten die een revalidatiearts fysiek moet zien.

Daarnaast is het belangrijk dat er breder dan alleen strikt medisch gekeken en gehandeld wordt, omdat er dan ook oplossingen opkomen die niet binnen het zorgdomein opgelost moeten en kunnen worden. Voor goede transmurale samenwerking, met de patiënt in de lead, is voor correcte informatie-uitwisseling uitermate belangrijk dat deze gestroomlijnd wordt. Daarom is het belangrijk dat niet-zorgpartijen aansluiten bij het IZA. Zoals de VNG mede-partner is bij dit akkoord en goede samenwerking tussen medisch en sociaal domein in de praktijk tot stand wordt gebracht. Zo zijn we ook beter in staat om te werken aan preventie, waar ook gemeenten een belangrijke rol in hebben. Hierdoor kan vanuit het sociaal domein bijgedragen worden aan het aanbod ter verbetering van zelfredzaamheid.

Dit vraagt dus om een écht andere inrichting van ons zorglandschap. Waarin zorg- en hulpverleners goed samenwerken vanuit de patiëntvraag en vanuit één dossier, zodat mensen met een ziekte zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven functioneren met een goede kwaliteit van leven. De wijzigingen in de zorg zullen breed zijn, inclusief de revalidatiezorg. Ik ben benieuwd hoe deze zorg in een veranderend zorglandschap een plek heeft in het herstel van patiënten of preventief ter voorkoming van zwaardere zorg. Hierover blijven wij graag in gesprek met alle partijen, inclusief de revalidatie. ←

Centraliseren betekent samenwerken

Samenwerken in onderzoek brengt de revalidatiegeneeskunde verder. Veelal wordt aangesloten bij onderzoek in de UMC's in samenwerking met andere specialismen. Een recente inventarisatie geeft meer duidelijkheid over mogelijkheden tot ontwikkeling en samenwerking.



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

Secretaris hooglerarenconvent VRA

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

Voorzitter hooglerarenconvent VRA

Dit artikel is geschreven naar aanleiding van recente discussie bij het hooglerarenconvent, op persoonlijke titel

In zes van de zeven UMCs worden een of meerdere leerstoelen revalidatiegeneeskunde bezet en veelal zijn de hoogleraren ook hoofd van de afdeling revalidatiegeneeskunde in een UMC.

De hoogleraren en hun onderzoeksgroepen hebben een cruciale rol in het initiëren en aansturen van het revalidatieonderzoek en het positioneren van de revalidatiegeneeskunde binnen de medische faculteiten. De laatste tien jaar is hier hard aan gewerkt en dat is goed gelukt.¹ De academische afdelingen zijn niet meer weg te denken. Daarnaast hebben de meeste UMCs een samenwerkingsverband met het revalidatiecentrum in dezelfde stad. Dit versterkt en vergroot de onderzoekscapaciteit en het onderzoeksklimaat.

Het revalidatieonderzoek is vaak een combinatie van klassiek wetenschappelijk onderzoek (kennis ontwikkelen, theoriegericht) en praktijkgericht onderzoek (context gebonden).² Deze combinatie maakt ons onderzoek in de UMCs uniek en nodigt uit om ook op het gebied van onderzoek intensief samen te werken met andere medisch specialismen. Ons vak wordt aangeduid als versterkend in de zorg en in onderzoek. Interdisciplinair onderzoek wordt steeds belangrijker omdat dit type onderzoek patiëntgericht is en zo het belang van de patiënt vooropstelt. Wij zijn vaak onderdeel van expertisecentra en complementeren deze expertisecentra door kennis over participatie - over functioneren en prognostiek - paramedische/psychologische interventies en het patiëntperspectief in te brengen.

SPEERPUNTEN UMCS

De revalidatieonderzoeksgroepen sluiten aan bij de speerpunten in het UMC. Het is daarom ook logisch dat er bijvoorbeeld in Amster-

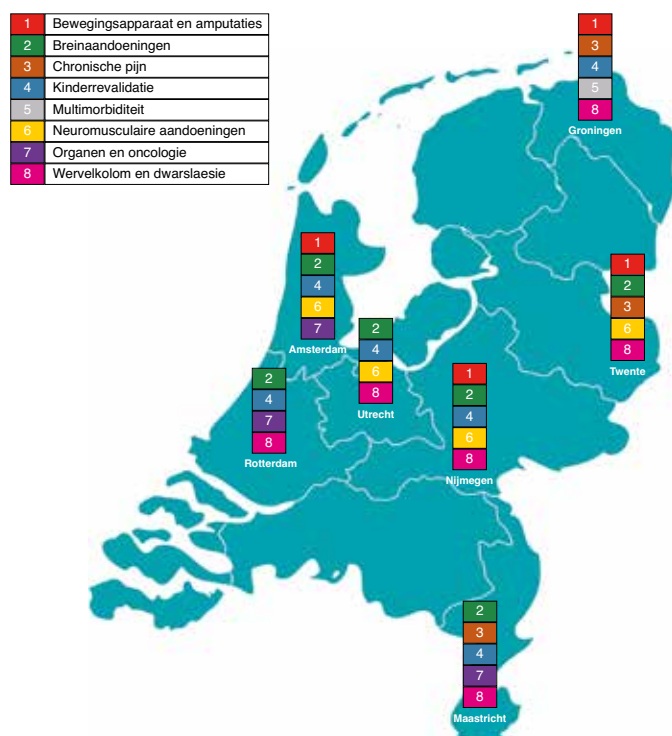
dam UMC revalidatie-onderzoek plaatsvindt naar MS; in het Radboudumc naar Parkinson en in het UMC Utrecht naar ALS. Aansluiten bij speerpunten en ziekenhuisbrede onderzoeksthema's vergemakkelijkt het samenwerken met andere medische specialisten en biedt heel veel mogelijkheden voor wetenschappelijke ondersteuning (denk aan mensen die kennis hebben over statistiek, methodologie, *health economics*, contracten, data-management, datakwaliteit, etc. etc.) en vergroot zo ook kansen op krijgen van subsidies. Soms is het ook verplichtend en zit je daarmee als hoogleraar in een keurslijf omdat het niet makkelijk is om ook onderzoek buiten de scope van het UMC te doen.

REVALIDATIEONDERZOEK IN UMCS EN UT

De eerste stappen in het kader van het Integraal Zorgakkoord (IZA) worden gezet om regionaal en nationaal de zorg te verschuiven. In de regio's wordt er gekwartet door de Raden van Bestuur (RvB's) van de UMCs met ziekenhuizen in de regio en tussen de RvB's van de UMCs onderling. Het wordt steeds duidelijker dat er nog scherpere keuzes gemaakt gaan worden en de zorg - en zo het onderzoek - verder gecentraliseerd zal worden. In het hooglerarenconvent hebben we recent in kaart gebracht welk onderzoek (diagnosegroepen, thema's) waar plaatsvindt (figuur 1 en tabel 1). Als eerste stap is alleen gekeken naar het onderzoek in de UMCs en Universiteit Twente. Dit overzicht zal worden uitgebreid met het onderzoek dat plaatsvindt in perifere ziekenhuizen en revalidatiecentra. Dit overzicht is dynamisch en hopelijk uitnodigend voor de hele vereniging om contact te zoeken met onderzoeksgroepen bij vragen over onderzoek. De samenwerkingsverbanden zijn uit de figuur en tabel af te lezen: pijnonderzoek vindt plaats in Universiteit Twente, UMC Groningen, UMC Maastricht én revalidatiecentra; dwarslaesie-onderzoek in nagenoeg alle UMCs/bijbehorende centra; en onderzoek naar neuromusculaire ziekten in UMCs Amsterdam, Utrecht, Nijmegen en Universiteit Twente, als voorbeeld. Binnen de revalidatiegeneeskunde ontstaan zo samenwerkingsverbanden. De onderwerpen zijn vaak verdeeld op niveau van de academische ziekenhuizen en die verdeling maakt samenwerken 'de facto' noodzakelijk en zo ook makkelijker.

KENNISHIATEN EN KENNISAGENDA

Hoe zit het dan met de kennishiaten en kennisagenda? De Kennisagenda Revalidatiegeneeskunde is onderdeel van het integraal



Figuur 1. Onderzoek academische groepen met leerstoel(en) revalidatiegeneeskunde: deelgebieden (deelgebied is genoemd indien er meer dan 1 promovendus werkzaam is in dit gebied)

Tabel 1. Academische groepen met leerstoel(en) revalidatiegeneeskunde: onderzoeksthema's.

Amsterdam	<ul style="list-style-type: none"> Klinische bewegingsanalyse, incl. neuromechanica en inspanningsanalyse Paramedische zorg in en vanuit het ziekenhuis Revalidatie en arbeid Orthesiologie onderste extremiteit Cerebrale parese bij kinderen
Groningen	<ul style="list-style-type: none"> Data gedreven onderzoek Hulpmiddelen Leefstijl Participatie / patiëntenuitkomsten Klinimetrie
Maastricht	<ul style="list-style-type: none"> Doelmatigheid Klinimetrie Organisatie van zorg Psychologische factoren en coping
Nijmegen	<ul style="list-style-type: none"> Arm-hand Balans-lopen Vermoeidheid en participatie Spraak-slik-ademhaling
Rotterdam	<ul style="list-style-type: none"> Fysieke fitheid en leefstijl Gepersonaliseerde behandeling van 'upper extremity disorders' Innovatieve revalidatie technologie Monitoring van 'physical behaviour'
Twente	<ul style="list-style-type: none"> Innovatieve revalidatie technologie 'Human movement' analyse Arm-Hand technologie Lopen en Balans
Utrecht	<ul style="list-style-type: none"> Organisatie in de zorg Partnerschap/samenwerking met doelgroep Cognitie en autonomie Gezin/familie zorg Beweeggedrag en slaap (24 uren bewegen)

kwaliteitsbeleid van de VRA en er zijn aparte subsidiecalls gericht op kennisagenda's van wetenschappelijke verenigingen. De kennishiaten zijn door input vanuit de volle breedte van het veld, vanuit de richtlijnen, andere medisch specialismen, paramedische beroepen en de Patiëntenfederatie tot stand gekomen.³ De hiaten zijn een weergave van wat we met elkaar de belangrijkste zorgevaluatievragen voor komende jaren vinden. Deze passen niet automatisch in de leeropdrachten en in de thema's van het betreffende UMC (zie figuur en tabel). Gelukkig is een deel van de kennishiaten breed geformuleerd. De onderzoeksgroepen in de UMCs kunnen daarom de kennishiaten 'adopter' en zo helpen om nieuwe kennis te vergaren en zorgevaluaties uit te voeren. Het is tenslotte een gedeeld belang om de kennishiaten op te lossen. Daarnaast zijn veel van de kennishiaten ook in te vullen door onderzoek te doen met anderen of door andere onderzoekers zoals hoogleraren/onderzoeksgroepen fysiotherapie, logopedie, psychologie en met collegae medisch specialisten.

SAMENWERKING OPZOEKEN

Onderzoek vraagt tegenwoordig veel kennis en mankracht vanuit zeer verschillende hoeken. De UMCs zijn hiervoor goed toegerust. Je ziet steeds meer multidisciplinaire samenwerking tussen UMC's en tussen meerdere medisch specialisten: denk aan Spierziekten-centrum Nederland, waar neurologen, revalidatieartsen, genetica en preklinische wetenschappers verenigd zijn en Contrast (beroerte) waar onder andere neurologen, revalidatieartsen, radiologen, neurowetenschappers elkaar opzoeken. Maar ook met hogescholen wordt er vaak goed samengewerkt. Onderzoek zou niet meer competitief georganiseerd moeten worden maar in samenwerkingsverband. We doen dit steeds beter.

TAKE-HOME MESSAGE

Om goed samen te werken moeten we de verbinding zoeken. We nodigen iedereen uit om mee te denken hoe we dat nog beter kunnen doen; verbinding tussen UMC's onderling, academie-periferie, verbinding met de hogescholen, met ervaringsdeskundigen en met de kennishiaten.

DANKWOORD

We danken de researchcoördinator van de VRA, Esther Hosli, voor haar bijdrage aan het samenstellen van de figuur en tabel. ←



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

Prikbord: samenwerken is anders gaan denken en doen

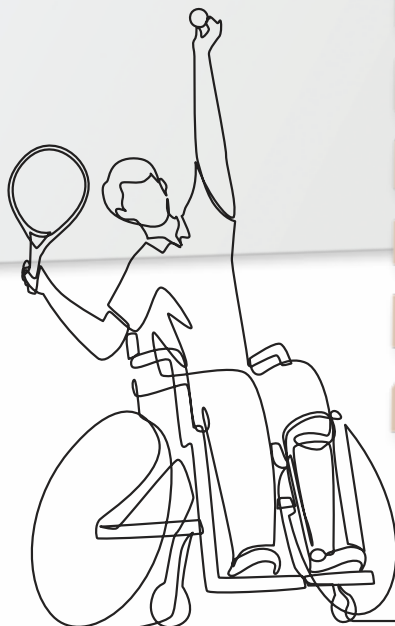
Een prikbord met allerlei ideeën om de zorg te centraliseren ook wel de juiste zorg op de juiste plek. Maar wat is de juiste plek? Een ieder heeft daar weer andere gedachten bij. Zullen we daarbij, om te werken in de gedachten van het IZA, over onze eigen schaduw heen durven stappen?



Netwerk dwarslaesiezorg in Noordoost-Nederland

Ellen Roels, revalidatiearts UMCG

‘Dichtbij huis waar het kan en centraal waar het nodig is!’, dat is het motto van het dwarslaesienetwerk Noordoost-Nederland (NONed). Dit netwerk werd in 2016 opgericht als een samenwerking tussen het UMCG Centrum voor Revalidatie, Roessingh centrum voor revalidatie, Vogellanden Zwolle en Revalidatie Friesland. Met deze samenwerking willen we optimale en gespecialiseerde revalidatiebehandeling bieden aan personen met een dwarslaesie of caudalaesie, inzetten op kwaliteitsverbetering en inspelen op de veranderende dwarslaesiepopulatie. Dit doen we o.a. middels onderwijs (aan elkaar en aan eerste lijn), expertiseteams, elkaar ondersteunen bij wachtlijsten en afstemmen behandelprogramma’s. Meer informatie vind je op de website van het dwarslaesienetwerk.



Centralisering binnen de dwarslaesierevalidatie

Dr. Ilse van Nes, Helma Bongers-Janssen, revalidatieartsen Sint Maartenskliniek

Dwarslaesierevalidatie is één van de diagnosegroepen binnen de revalidatiegeneeskunde, die de laatste jaren vaak is genoemd in het vraagstuk ‘juiste zorg op de juiste plek’. Het betreft namelijk een kleine groep onderhevig aan snelle veranderingen in patiëntkenmerken: hogere leeftijd, vaker cervicaal, vaker incompleet én met meer comorbiditeit. De opnameduur in de ziekenhuizen en de revalidatiecentra wordt steeds korter, met als gevolg snellere overplaatsing, intensivering van medische zorg en wens tot revalideren in een optimale omgeving met gespecialiseerde revalidatiezorg, samen met lotgenoten. Om deze zorg zo te organiseren én mogelijk te maken dat dwarslaesiepatiënten in de thuissituatie ook altijd een (digitaal) beroep kunnen doen op een gespecialiseerd centrum is aan verdere centralisering eigenlijk niet te ontkomen.

Netwerkvorming overlaten aan onderzoekers

Prof. dr. Henk Stam, revalidatiearts

De vraag 'hoe zorgen we ervoor dat onderzoek op grotere schaal in onderzoeksnetwerken wordt uitgevoerd' komt voort uit het gegeven dat bijna alle studies te weinig patiënten (kunnen) includeren. Onderzoeksnetwerken zijn dan inderdaad de oplossing. Echter, niemand hoeft daarvoor te zorgen, dat doen onderzoekers zelf wel uit eigenbelang. Bijna al het succesvolle revalidatieonderzoek in Nederland gebeurt in samenwerking tussen academische afdelingen en revalidatie-instellingen in steeds wisselende samenstelling. Dit systeem behoeft geen regelgeving of formele structuur. Kijk naar het dwarslaesie-koepelproject, een internationaal geprezen onderzoeksnetwerk. Zo zijn er meer voorbeelden. Kortom, niet gaan regelen, maar het overlaten aan de onderzoekers.



Op naar een meer integraal revalidatieaanbod

*Dr. Gesiena van der Wal, revalidatiearts,
Matthijs Oosterhoff, revalidatiearts en chef de
clinique UMCG Centrum voor revalidatie*

Onze 65-jarige patiënt met een traumatische complete hoogcervicale dwarslaesie blijft fors beperkt in zijn functioneren waarbij ook sprake van pulmonale achteruitgang en een indicatie voor non-invasieve beademing. Er wordt een WLZ-aanvraag gedaan voor permanente overplaatsing naar een verpleeginstelling. Negen (!) maanden en tientallen afwijzingen later vinden we een passende plek. Totale klinische opnameduur: 18 (!) maanden. Toegegeven, een complexe situatie met een stevige zorgvraag. Echter, de complexiteit binnen de zorg neemt inhoudelijk en organisatorisch alleen maar verder toe, met meer kans op uitstroomproblemen als deze. Op naar een meer integraal revalidatieaanbod (MSR mét GRZ) waarbij kortere lijnen met de VVT-sector voor meer gestroomlijnde, wellicht ook meer geconcentreerde plaatsingscapaciteit voor de patiënt met WLZ-indicatie van de toekomst?

Concentreren of werken in netwerken?

*Sandra te Winkel, kinderrevalidatiearts Merem,
transiticoördinator netwerk Kind&NAH*

In de chronische zorg bleek weinig kennis of geclusterde expertise voor kinderen met complexe NAH. Het plan werd opgevat om de kennis vanuit de revalidatie naar de chronische zorg te brengen en gecentraliseerd vanuit een netwerk NAH-coaches op te leiden. Zo is een netwerk ontstaan met vijf grote instellingen voor chronische zorg die landelijke expertise kunnen halen bij de revalidatie en psychiatrie. Het netwerk heeft een kenniscentrum waarbij onderzoeksgroepen, ook vanuit chronische zorg (volwassenen) en revalidatie (NAH bij kinderen) betrokken zijn. Binnenkort wordt gesproken over een landelijke onderzoeksagenda. Het netwerk verspreidt kennis online en via landelijke bijeenkomsten. We hopen binnenkort een geaccrediteerd netwerk in de chronische zorg te worden. Zie www.netwerkkindennah.nl.



Volumenormen voor chirurgische ingrepen: worden we daar beter van?

We hebben het vaak over de toegevoegde waarde van de concentratie van zorg. Maar wat is nu eigenlijk de wetenschappelijke onderbouwing hiervoor? In een recent artikel in het NTvG werd de literatuur met betrekking tot de concentratie van chirurgische ingrepen op een rijtje gezet.



DR. M.W. (MATTIJS) ALSEM

Kinderrevalidatiearts, UMC Utrecht



CORRESPONDENTIE

M.W.Alssem-3@umcutrecht.nl

WAAROM DIT ONDERZOEK?

Het lijkt zo logisch: als een chirurg een ingreep vaker doet, wordt hij (m/v) er beter in en zal dat betere uitkomsten opleveren voor patiënten. Deze propositie vormt een van de drijfveren van het centraliseren van zorg. Het is echter de vraag of en in welke mate volumenormen inderdaad leiden tot betere zorguitkomsten, en hoe deze volumenormen dan goed te stellen zijn.

WAT IS DE ONDERZOEKSVRAAG?

Wat is er bekend in de wetenschappelijke literatuur over volume-uitkomstrelaties? Hoe wordt er in Nederland omgegaan met gegevens over volume en kwaliteit?

HOE WERD DIT ONDERZOEKT?

In 2013 verscheen een systematische review,¹ die in 2022 door dezelfde auteurs is geüpdatet.² De auteurs hebben in de literatuur 2.404 publicaties gescreend op nieuwe inzichten, in het bijzonder in volume-uitkomstrelaties.

BELANGRIJKSTE RESULTATEN

Op het gebied van de concentratie van hoogcomplexere zorg zijn er studies die een relatie laten zien tussen hoger volume en patiëntenuitkomsten, zoals bij maagkanker en alveeskliekkanker. Er zijn ook studies die een dergelijke relatie niet laten zien. Deze bevindingen zijn in lijn met de bevindingen uit de eerdere review: er lijkt wel een relatie te zijn tussen volume en kwaliteit, waarbij de auteurs met name pleiten voor het doorgronden van onderlig-

gende mechanismen en bijdragende factoren, om de translatie naar beleidskaders betrouwbaarder en werkbaarder te maken. Het concrete getal van de volumenorm lijkt daarbij minder belangrijk dan de kennis over bijdragende factoren aan behandelkwaliteit.



CONSEQUENTIES VOOR DE PRAKTIJK

Er is enige evidentie voor concentreren van (chirurgische) zorg om de kwaliteit daarvan te verbeteren. Echter om de kwaliteit van zorg te optimaliseren is het belangrijk om de zorg binnen het totale zorgnetwerk te verbeteren. Naast uitkomsten op direct

'Belangrijker dan volumenormen is het goed kunnen benchmarken van kwaliteit'

patiëntenniveau spelen logistieke aspecten ook een rol. Ten slotte is het belangrijk om kritisch na te denken over hoe we de zorg op een betrouwbare manier kunnen benchmarken om kwaliteitsverbetering binnen en tussen de zorgnetwerken verder te kunnen stimuleren. ←

Literatuur

1. Mesman R, Faber MJ, Westert GP, Berden B. Volumenormen: kwaliteit door kwantiteit? *Ned Tijdschr Geneesk* 2013;157:A5466.
2. Mesman R, Berden B, Westert, GP. Van voldoen aan volumenormen naar leren van zorguitkomsten. *Ned Tijdschr Geneesk* 2022;166:D6277.

De kennisagenda: zorg of zegen?

De Commissie Wetenschap en Innovatie van de VRA heeft recent de nieuwe Kennisagenda Revalidatiegeneeskunde gepubliceerd. Dit heeft veel tijd en moeite gekost, maar de auteurs van dit artikel vragen zich af of deze kennisagenda ons vakgebied de komende jaren verder gaat brengen. Zij bespreken hun zorgen over gemaakte keuzes en concluderen dat een meer strategisch beleid wellicht tot een kennisagenda kan leiden die deze zorgen kan wegnemen om zo een zegen voor ons vakgebied te kunnen worden.



PROF. DR. C.K. (CORY) VAN DER SLUIS

Revalidatiearts, afdeling Revalidatiegeneeskunde,
Universitair Medisch Centrum Groningen

DR. I. (IRIS) VAN WIJK

Revalidatiearts, revalidatiecentrum De Hoogstraat,
Utrecht

DRS. M. (MAAIKE) LANGE

Revalidatiearts, revalidatiecentrum De Hoogstraat,
Utrecht

DR. W.G.M. (WIM) JANSSEN

Revalidatiearts, Erasmus Medisch Centrum,
revalidatiecentrum Rijndam, Rotterdam

DR. R. (RUUD) LEIJENDEKKERS

Fysiotherapeut, onderzoeker, afdeling Revalidatie-
geneeskunde Radboud Universitair Medisch Centrum
Nijmegen



CORRESPONDENTIE

c.k.van.der.sluis@umcg.nl



In 2022 werd het Integraal Zorgakkoord (IZA) gepubliceerd, waarin het begrip ‘passende zorg’ centraal staat. Passende zorg is waardegedreven, wat betekent dat zorg effectief is, voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk, meerwaarde heeft voor de patiënt, met daarnaast een doelmatige inzet van mensen, middelen en materialen. Passende zorg is zorg waarvan op basis van de stand van de wetenschap en praktijk aannemelijk is dat het op groepsniveau effectief en doelmatig is. In het IZA staat daarnaast beschreven dat wetenschappelijke en beroepsverenigingen verantwoordelijk zijn voor het inzichtelijk maken van de onderbouwing van en de bewijslast voor passende zorg. Het opstellen en uitvoeren van een kennisagenda is één van de manieren om uitvoer te geven aan de doelstellingen beschreven in het IZA en de Commissie Weten- →

schap en Innovatie (WeCo) van de VRA heeft hier het afgelopen jaar hard aan gewerkt.

Een kennisagenda is een beschrijving van de belangrijkste kennishiaten binnen een discipline, volgens de Federatie Medisch Specialisten (FMS). Daarbij hoort een plan van aanpak dat beschrijft hoe deze kennislacunes kunnen worden opgelost door middel van klinisch onderzoek. In een kennisagenda kunnen ook andere typen kennishiaten zijn opgenomen, zoals organisatie van zorg en innovatieve onderwerpen. De FMS begeleidt wetenschappelijke verenigingen bij het opstellen van kennisagenda's en werkt daarbij volgens een stappenplan. Dit alles is er op gericht om een kennisagenda te verkrijgen die breed gedragen wordt door de wetenschappelijke vereniging en de betrokken patiëntengroep(en) en tot meer evidentie leidt voor geleverde zorg. Samen met de FMS wordt een rapport opgesteld dat voldoet aan de randvoorwaarden voor financiering van onderzoeksprojecten door ZonMw, waardoor de kans groter is dat een onderzoeksaanvraag wordt gehonoreerd. ZonMw heeft subsidierondes specifiek voor zorgevaluatie-onderzoek, waarbij prioritering van het onderwerp op een kennisagenda randvoorwaarde is. Daarmee is het voor onderzoekers die zich richten op revalidatiegeneeskundig onderzoek van belang om 'hun' onderwerp op de kennisagenda van de VRA en andere beroepsverenigingen te krijgen.

De VRA verwoordt haar doelstellingen ten aanzien van het opstellen van een kennisagenda als volgt: 'Het beantwoorden van de kennishiaten leidt tot meer kennis, betere richtlijnen en meer doelmatige patiëntenzorg'. Het zijn grote doelstellingen en dat werpt de vraag op of de kennisagenda die nu is samengesteld de gewenste resultaten gaat opleveren.

Bij het opstellen van de kennishiaten is gebruik gemaakt van bestaande richtlijnen, naast input van VRA-leden, patiëntenorganisaties en overige stakeholders. Dit leverde 559 kennishiaten op. Er is dus nog enorm veel te onderzoeken binnen de revalidatiegeneeskunde. Na een prioriteringsbijeenkomst en vele discussies binnen de projectgroep zijn 15 kennishiaten geselecteerd en daarnaast zijn nog 12 kennishiaten als 'reserveonderwerpen' benoemd. Waarom zijn de geprioriteerde onderwerpen nu zo veel belangrijker en urgenter dan de niet-geprioriteerde onderwerpen? En welke gevolgen heeft dit voor de niet-geprioriteerde onderwerpen?

Bij de prioriteringsbijeenkomst op 31 oktober 2022 waren 61 revalidatieartsen, 6 patiëntvertegenwoordigers, 5 vertegenwoordigers van overige organisaties, zoals de paramedische beroepsorganisaties en de projectgroepleden, aanwezig. Het aantal VRA-leden dat



gestemd heeft op een bepaald onderwerp tijdens de prioriteringsbijeenkomst lijkt beperkt leidend te zijn geweest voor het wel of niet in de top-15 komen. In de top-15 staat een aantal onderwerpen dat beduidend minder stemmen heeft gekregen dan onderwerpen die als 'reserve' zijn aangemerkt. Ook is het opvallend dat maximaal 47 VRA-leden (totaal aantal stemmen 53) en minimaal maar 13 VRA-leden (totaal aantal stemmen 15) voor een top-15 onderwerp hebben gestemd en dat het 13-stemmen-onderwerp toch als 'urgent' is aangemerkt. Onderwerpen die in totaal 31, 34 of 38 stemmen kregen, zijn daarentegen op de reservelijst terechtgekomen. Volgens het rapport hebben de projectgroepleden en de VRA-werkgroepen de uiteindelijke urgentie en prioritering bepaald. Helaas kregen VRA-leden die niet aanwezig konden zijn bij de prioriteringsbijeenkomst in Utrecht geen mogelijkheid om te stemmen op de geprioriteerde onderwerpen. Bij voorkeur had het aantal VRA-leden dat aanwezig was bij de prioriteringsbijeenkomst (61 van de circa 900 leden = 7%) groter moeten zijn, zodat het draagvlak breder zou zijn. Echter, niet iedereen is in de gelegenheid om op een avond naar Utrecht te gaan en het was jammer dat er geen online mogelijkheid was om te stemmen, ook niet nadien. We kunnen daarom geen antwoord geven op de vraag of de urgentie van de geprioriteerde onderwerpen terecht is. We vragen ons daarnaast af of de doelstelling 'breed draagvlak' wel is bereikt.

De geprioriteerde onderwerpen zijn soms breed, met als voordeel dat een groter deel van de revalidatiegeneeskunde er 'gebruik' van zou kunnen maken (zoals Innovatie: 'Kunnen toepasbare, technologie-ondersteunde methoden worden ontwikkeld en geïmplementeerd om klinisch relevante karakteristieken van bewegen te meten in de leefomgeving van de patiënt?'), maar soms ook erg gedetailleerd, wat maakt dat slechts een zeer klein onderdeel van een bepaald vakgebied kan worden onderzocht (Bewegingsappa-

raat en amputaties: ‘Wat is het meest geschikte moment om bij een persoon met diabetes mellitus en een (dreigend) ulcus, van gips- of andere druk-ontlastende behandeling over te gaan op orthopedisch schoeisel gezien de kwetsbaarheid van de huid en het hoge risico op recidief?’).

Tijdens de prioriteringsbijeenkomst werd duidelijk dat onderzoeksonderwerpen die een kleine patiëntengroep betreffen, zoals amputaties of reductie-defecten van de bovenste extremiteit of patiënten met botverankerde prothesen, niet zo gemakkelijk op de kennisagenda komen. Het recht van de sterkste of grootste lijkt hier te zegevieren, ondanks voldoende stemmen voor bijvoorbeeld het kennishiaat over botverankerde prothesen (31 stemmen). Nu kan de vraag gesteld worden of dit erg is voor de onderzoekers die

‘We moeten groter én strategischer denken’

zich bezighouden met kleine doelgroepen. Aan de ene kant lijkt dat mee te vallen, omdat niet bij alle subsidierondes verplicht is dat ‘jouw’ onderwerp op de kennisagenda staat. Het is echter wel onze ervaring dat het niet eenvoudig is om subsidies te verwerven voor kleine doelgroepen, dus prioritering op de kennisagenda zou aan dit onderzoek een goede stimulans geven. Aan de andere kant kan juist een kennisagenda richting geven aan de zorg die we voor ons vakgebied belangrijk vinden. Laten we als voorbeeld de botverankerde prothesen nemen. Voor veel innovatieve behandelingen, zoals botverankerde prothesen, bestaat geen vergoeding vanuit het zorgverzekeringspakket, terwijl de clinici aangeven dat de zorg effectief en doelmatig lijkt en de impact op het dagelijks leven van de patiënten positief lijkt te zijn. Deze zorg is momenteel alleen beschikbaar voor degenen die zelf de benodigde financiering kunnen regelen, hetgeen ongelijkheid tot gevolg heeft. Prioritering van dergelijke onderwerpen op een kennisagenda zou kunnen bijdragen aan het innoveren van de zorg en het kunnen voldoen aan de ‘Stand van wetenschap en praktijk’, wat door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd wordt alvorens over te kunnen gaan op vergoeding vanuit het basispakket. Maar dit vergt een strategische keuze van de VRA en een daarmee een andere aanpak bij het opstellen van de kennisagenda.

Strategische keuzes maken bij het opstellen van een kennisagenda lijkt ook van groot belang voor die delen van ons vak waar duidingstrajecten voor zijn geweest of die mogelijk nog ingezet gaan wor-

den, zoals oncologische revalidatie, pijnrevalidatie en handrevalidatie. In de toekomst kan dit ook andere delen van ons vak treffen. Het prioriteren en definiëren van onderwerpen waarmee we kunnen ‘bewijzen’ dat deze onderdelen van ons vak voldoen aan de stand van de wetenschap (en praktijk) zou kunnen helpen deze onderdelen van het vakgebied te behouden en actief te ondersteunen. Dergelijke keuzes vragen om een goed doordacht langetermijnbeleid vanuit de VRA en richtinggevend beleid voor het samenstellen van de kennisagenda.

Onderwerpen waar geen richtlijn over bestaat, hebben een veel kleinere kans om geprioriteerd te worden, omdat kennishiaten die in richtlijnen beschreven staan, sowieso op de *longlist* van geprioriteerde onderwerpen komen. Onderdelen van ons vakgebied waar geen richtlijn voor bestaat, zoals de armamputaties en reductie-defecten bovenste extremiteit, staan al 1-0 achter wanneer het prioritering van onderzoeksonderwerpen betreft. Daarnaast worden richtlijnen die zijdelings grenzen aan ons vakgebied wel meegenomen in de prioritering. Bij het opstellen van een kennisagenda zouden belangrijke ontbrekende richtlijnen geïdentificeerd kunnen worden en de VRA zou werkgroepen hierop kunnen attenderen en kunnen stimuleren om een richtlijn te schrijven. De onderzoekscoördinator van de VRA zou hier een faciliterende rol in kunnen spelen. Op deze wijze kunnen we ons vakgebied op de volle breedte stimuleren in plaats van op die onderwerpen waarvoor al richtlijnen geschreven zijn.

We moeten dus groter denken door geprioriteerde onderwerpen niet te beperkt te beschrijven. Het nauw formuleren van kennishiaten beperkt onderzoeksgroepen te veel in het aanvragen van subsidies. Daarnaast moeten we veel strategischer denken: welke richtlijnen zijn nodig om ons vakgebied verder te versterken, welke onderdelen van het vakgebied kunnen mogelijk buiten de MSR-boot vallen, welke veelbelovende innovaties hebben meer behoefte aan evidentie voor hun handelen en moeten we om die reden prioriteren? Ook moeten we bepalen welke onderwerpen, waar moeilijk subsidies voor te krijgen zijn, maar die wel belangrijk zijn voor ons vakgebied en voor de patiënten, op de kennisagenda geplaatst worden, zodat het recht van de sterkste of grootste niet per definitie zegeviert.

Wij concluderen dat de kennisagenda, alhoewel met veel moeite en aandacht samengesteld, op een veel strategischer manier kan worden ingezet met als doel ons hele vakgebied een stap verder te brengen. De kennisagenda is ons inziens momenteel een zorg, maar zou met een goed strategisch beleid wel een zegen kunnen worden. ←

Repliek

Repliek op: Prof. dr. C.K. (Corry) van der Sluis, et al. De kennisagenda: zorg of zegen?
Ned Tijdschr Revalidatiegeneeskde 2024;1: 31-33



PROF. DR. R.(RIENK) DEKKER

Revalidatiearts, afdeling Revalidatiegeneeskunde, Universitair Medisch Centrum Groningen, voorzitter projectgroep Kennisagenda Revalidatiegeneeskunde 2023

DR. N.B.M. (NICOLE) VOET

Revalidatiearts, Klimmendaal, Arnhem en Radboudumc Nijmegen, voorzitter van de commissie wetenschap en innovatie (WeCo) van de VRA

DR. R.F. (ROBERT) PANGALILA

Revalidatiearts, Rijndam, Rotterdam, en afdeling Revalidatiegeneeskunde Erasmus Medisch Centrum Rotterdam, lid van de WeCo, VRA

DR. J.B.J. (HANS) BUSSMANN

Senior onderzoeker/universitair hoofddocent, afdeling Revalidatiegeneeskunde Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam. Lid van de WeCo VRA.



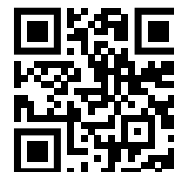
CORRESPONDENTIE

r.dekker01@umcg.nl

Onderzoek en onderbouwing van ons vak is van groot belang. De redactie van het NTR heeft daarom een aantal VRA-leden gevraagd om een opiniestuk te schrijven over de Kennisagenda Revalidatiegeneeskunde 2023. Die uitnodiging is opgepakt, onder andere door de collegae Van der Sluis, Van Wijk, Lange, Janssen en Leijendekkers. Het is een goede ontwikkeling dat leden zich betrokken voelen bij de kennisagenda en meedenken over en reageren op de werkwijze en de uitkomst.

Hiervan kan geleerd worden en met die leerpunten kan de werkwijze bij de samenstelling van een volgende kennisagenda worden aangepast. Net zoals dat bij het opstellen van de kennisagenda in 2023 is gedaan. Daarbij zal echter altijd meespelen dat niet iedereen zijn of haar belang optimaal terugziet in het resultaat, omdat er veel verschillende belangen spelen en er veel verschillende ideeën zijn over wat belangrijke kennishiaten zijn en over de te volgen werkwijze.

Om het opiniestuk en deze reactie in het juiste perspectief te plaatsen volgt nu eerst een korte beschrijving van de gevolgde werkwijze bij het opstellen van de Kennisagenda Revalidatiegeneeskunde. Het uitgangspunt was dat via een transparante werkwijze een breed gedragen kennisagenda wordt ontwikkeld. Daartoe is door het VRA-bestuur een projectgroep samengesteld bestaande uit een brede vertegenwoordiging van VRA-leden en onderzoekers, een senior-adviseur patiëntbelang van de Patiëntenfederatie Nederland, een bestuurslid van Revalidatie Nederland, een projectleider van de VRA en een procesbegeleider van de Federatie Medisch Specialisten (FMS). Er is gebruikge- maakt van de door de FMS ter beschikking gestelde werkwijze zoals die ook bij de andere wetenschappelijke verenigingen wordt toegepast. Daarbij werd een beproefd stappenplan doorlopen, leidend tot een set van kennishiaten en een reservelijst van onderwerpen. Voor de details van de uitvoering wordt verwezen naar het eindrapport.



Eindrapport
kennisagenda

Het opiniestuk van Van der Sluis et al. begint met een toelichting over het doel en de werkwijze om tot een kennisagenda te komen. Vervolgens wordt een aantal constructief kritische noten geplaatst bij de gang van zaken en het resultaat en wordt een aantal suggesties ter verbetering benoemd.

Zo wordt nader ingegaan op het doel van de kennisagenda, zoals door de VRA gedefinieerd, namelijk: 'Het beantwoorden van de kennishiaten leidt tot meer kennis, betere richtlijnen en meer doelmatige patiëntenzorg'. De auteurs vragen zich af of die doelstelling wel behaald kan worden met de kennisagenda zoals die nu is opgesteld. *Reactie:* De kennisagenda is een van de vele hulpmiddelen om te komen tot meer kennis, betere richtlijnen en meer doelmatige patiëntenzorg. Het is niet mogelijk door middel van de kennisagenda alléén deze doelstelling te

behalen. Echter, vanuit verschillende werkvelden van ons vakgebied (kinderrevalidatie, neuropathische voet, revalidatie en leefstijl, vermoeidheid bij chronisch neurologische ziektes en spasticiteit bij CP) zijn nu al initiatieven ontwikkeld die gericht zijn op beantwoording van een aantal van de kennishiaten. Die initiatieven verstevigen de verwachting dat met de kennisagenda als middel, tezamen met andere initiatieven, zoals door onderzoeksgroepen verkregen SKMS-subsidies voor richtlijnontwikkeling, aan die doelstelling een bijdrage zal worden geleverd. Daarnaast worden vraagtekens geplaatst bij de werkwijze bij het prioriteren: is met de gebruikte werkwijze wel de juiste prioritering bereikt?

Reactie: Afgezien van de vraag of de juiste prioritering is bereikt, wordt met name de keuze die gemaakt is om als onderdeel van het prioriteringsproces een fysieke bijeenkomst te organiseren, bekritiseerd. De FMS adviseerde op basis van haar uitgebreide ervaring nadrukkelijk te kiezen voor een fysieke bijeenkomst en niet voor een hybride of online versie. Dit met als reden de slechte ervaringen (onder andere minder gelegenheid voor dialoog en discussie) met laatstgenoemde opties. Echter, ook uit evaluatie binnen de projectgroep blijkt dat bij het ontwikkelen van een volgende kennisagenda opnieuw zorgvuldig naar de manier van prioriteren dient te worden gekeken.

Ook wordt in het opiniestuk benoemd dat onderzoeksonderwerpen die een relatief kleine patiëntengroep betreffen, niet zo makkelijk op de kennisagenda komen.

Reactie: Dit punt is herkenbaar en is zeker een aandachtspunt bij het opstellen van de werkwijze voor een volgende kennisagenda. Een perspectief is daarbij wel dat bij zorgonderzoek ook dan weer gekeken moet worden naar het (grotere) maatschappelijk belang.

De auteurs breken verder een lans voor het ontwikkelen van richtlijnen als belangrijk instrument en als basis voor een mogelijk hiaat in de kennisagenda.

Reactie: Als onderdeel van de werkwijze van de kennisagenda is uitgebreid gekeken naar de bestaande richtlijnen. Het ontwikkelen van ontbrekende richtlijnen is daarbij een relevant advies aan de VRA en haar werkgroepen. Anderzijds zou richtlijnontwikkeling juist ook een gevolg kunnen zijn van kennisagenda gerelateerd onderzoek. Tevens wordt in het opiniestuk verwoord dat de geprioriteerde onderwerpen niet te beperkt moeten worden beschreven.

Reactie: Ook dat is een goed punt van discussie: feit is dat meerdere van de hiaten zoals die nu zijn opgenomen in de kennisagenda breed zijn verwoord. Daarmee wordt ruimte geboden om binnen een kennishiaat meerdere specifiekere onderzoeksvragen op te pakken. Anderzijds blijkt uit een FMS-analyse dat vooral smaller en specifiekere gedefinieerde kennishiaten opgelost worden. Het zijn juist de breder geformuleerde hiaten waar minder voortgang op geboekt wordt. Daarnaast maakt ook evaluatie binnen de projectgroep duidelijk dat het belangrijk is meer te komen tot scherp en duidelijk beschreven hiaten. Bij het formuleren van leerpunten voor een volgende kennisagenda is het goed dit dilemma mee te wegen. Tegelijkertijd is dit voor ons als VRA-leden de komende jaren een mooie uitdaging: te laten zien dat ook op die breder geformuleerde hiaten voortgang geboekt kan worden.

Tot slot werpen de schrijvers nog de suggestie op om onderwerpen die wel belangrijk zijn voor ons vakgebied maar waar moeilijk subsidie voor te krijgen is, toch op de kennisagenda te krijgen.

Reactie: De overweging of de kansrijkheid op het verkrijgen van subsidie voor een voorstel een criterium is voor het opnemen in de kennisagenda is, zoals ook het geval is bij andere wetenschappelijke verenigingen, een punt van discussie. Die discussie dient zeker gevoerd te worden bij het ontwikkelen van een volgende kennisagenda.

Al met al wordt in het opiniestuk een aantal constructief kritische noten geplaatst en ook een aantal gerichte suggesties verwoord die ons inziens een mooie basis vormen voor adviezen die gebruikt kunnen worden bij het opstellen van een volgende versie.

We willen de schrijvers van het opiniestuk, maar uiteraard ook de overige VRA-leden echter ook van harte uitnodigen mee te (blijven) denken en een rol te (blijven) nemen in de uitvoering van de huidige kennisagenda en bij andere onderzoeksactiviteiten om op die manier het al benoemde ambitieuze doel van de kennisagenda dichterbij te krijgen. En daarmee de kennisagenda niet alleen voor een aantal leden een zorg maar ook voor de VRA in brede zin toch het middel te laten zijn waarvoor het bedoeld is. ←

Wat verandert er in de opleiding door het integraal zorgakkoord?

Het werk van de revalidatiearts gaat de komende decennia sterk veranderen vanwege de rigoureuze ingrepen die volgens het Integraal Zorgakkoord nodig zijn om de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg te waarborgen. In de opleiding moeten we hierop anticiperen en de toekomstige revalidatieartsen de competenties aanleren die nodig zijn om deze veranderingen mede vorm te geven.



PROF. DR. V. (VINCENT) DE GROOT

Voorzitter Concilium, revalidatiearts Amsterdam UMC



CORRESPONDENTIE

v.degroot@amsterdamumc.nl

Door maatschappelijke en wetenschappelijke ontwikkelingen is ons vak gelukkig steeds in beweging. Dat heeft gevolgen voor het werk van de revalidatiearts en voor het opleiden van aiossen. Het landelijke opleidingsplan (LOP), dat op 1 juli 2020 in werking is getreden, heeft de titel ‘BETER in Beweging’ gekregen om aan te geven dat veranderingen erbij horen en tot op zekere hoogte gewenst zijn.¹ Toekomstige revalidatieartsen moeten in staat zijn ons vak en de opleiding in veranderende omstandigheden vorm te blijven geven.

Het is inmiddels geen nieuws meer dat de gezondheidszorg voor buitengewoon grote uitdagingen staat. Dat patiënten en cliënten in de nabije toekomst geen tijdige zorg en ondersteuning meer kunnen krijgen is helaas een reëel scenario. Daarnaast raken zorgprofessionals steeds vaker overbelast. Dit zijn geen bescheiden veranderingen meer en inmiddels ziet vrijwel iedere instantie in de zorg de urgentie om het zorgsysteem te hervormen.

Het Integraal Zorgakkoord (IZA) is vanwege het brede commitment het uitgangspunt voor deze hervormingen.² Het IZA stelt dat zowel de financierbaarheid als de bemensbaarheid van de zorg ernstig onder druk staan. Zonder rigoureuze ingrijpen worden de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg



Figuur 1. Waar gaan we naartoe en wat gaan we doen de komende jaren?²

bedreigd. Het IZA stelt een aantal concrete acties voor (figuur 1), die zich laten samenvatten met de termen passende zorg, juiste zorg op de juiste plek, preventie, digitalisering, samenwerking binnen en tussen echelons, en vergroten van het werkplezier.

De KNMG (Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst), het College Geneeskundige Specialismen (CGS) en de Federatie Medisch Specialisten (FMS) hebben zich, ieder afzonderlijk, uitvoerig gebogen over de volgens hen benodigde veranderingen van de medisch specialistische vervolgopleidingen (MSVOs) om deze uitdagingen het hoofd te bieden. Nadere beschouwing van de standpunten van deze instanties is nodig om de gevolgen voor de opleiding tot revalidatiearts te kunnen inschatten.

KNMG EN CGS

De KNMG heeft vijf trends gesignaleerd die gevolgen hebben voor de inrichting van de zorg:³

1. De verschuiving naar Samen Besslissen (*Shared decision making*), waarbij de arts een meer coachende rol krijgt.
2. Naast curatieve zorg zal preventieve zorg belangrijker worden: er ontstaat een verschuiving van 'beter maken' naar 'gezond houden'.
3. In 2040 wordt zorg verleend in netwerken zonder schotten, vormgegeven in multidisciplinaire samenwerking rondom de patiënt.
4. Ondersteuning door technologie en e-health.
5. Ook het systeem achter de zorg evolueert. Zo is de verwachting dat de zorg in 2040 is ingericht op specifieke behoeftes van lokale populaties.

Het CGS stelt in juli 2023 in de 'Houtskoolschets van het specialismenlandschap 2035'⁴ dat 'specialiseren in generalisme' de norm moet worden, waardoor er in de toekomst een beperkt aantal brede generalistische kernspecialismen bestaan. Een kernspecialisme omvat de basisspecialistische onderdelen van meerdere van de huidige specialismen. Daarnaast is er een nog onbepaald aantal subspecialismen voor de hoogcomplexere zorg (vooralsnog de huidige specialismen). Uitgaande van de zorgbehoefte van de bevolking wordt 75% van de zorgbehoefte door kernspecialismen en 25% door de subspecialismen geleverd.

Met deze voorgestelde ingrijpende hervorming wordt beoogd dat de capaciteit beter is afgestemd op voorkomende zorgvragen, er beter wordt samengewerkt, de specialist meer kennis op het gebied van preventie ontwikkelt, de opleiding beter aansluit op

de basisopleiding en er meer flexibiliteit is om tijdens de carrière van functie te veranderen.

FMS

De FMS ziet ook een plek voor generalisten en subspecialisten.⁵ Iedere specialist moet zowel over brede generalistische als over specialistische kennis en vaardigheden beschikken om versnippering van de zorg te voorkomen. Dit principe is schematisch weergegeven in de *T-shaped professional* (figuur 2), waarbij een specialist zich afhankelijk van interesse meer in het horizontale of verticale deel van de figuur kan ontwikkelen. De samenwerking in netwerkgeneskunde zou door de nadruk op generalisme beter vorm kunnen krijgen door meer te focussen op onderlinge consultatie in plaats van verwijzing. Preventie krijgt vorm door nauwere samenwerking met de beroepen in cluster 3 (bedrijfsgeneskunde, maatschappij en gezondheid, sociale geneskunde). Om de maatschappelijke uitdagingen aan te kunnen moeten specialisten zich ook meer bezighouden met bestuurlijke en managementtaken ter bevordering van innovatie, preventie en kwaliteitsbewaking. Tot slot zijn acties nodig om de duurzame inzet en het welzijn van de medisch specialist en aios te bevorderen.



Figuur 2. *T-shaped professional*.⁵

Hoewel de noodzaak tot hervorming door de KNMG, CGS en FMS gedeeld worden en de oplossingsrichtingen op hoofdlijnen niet veel van elkaar verschillen, stelt het CGS een rigoureuze hervorming van het specialismenlandschap voor terwijl de FMS inzet op generalisme binnen de huidige specialismen.

GEVOLGEN VOOR DE OPLEIDING TOT REVALIDATIEARTS

'BETER in Beweging' is een grondige herziening van het vorige LOP!¹ Het meest in het oog springend zijn de verbeterde mogelijkheden tot individualisering, *just-in-time* leren en activiteitgericht opleiden. Deze herzieningen hebben geleid tot een veranderde inrichting van de opleiding die in de afgelopen paar jaar goed geïmplementeerd is. →

Net zo belangrijk is de veranderde inhoud die gebaseerd is op het vernieuwde beroepscompetentieprofiel en de herziene rolbeschrijving van revalidatiearts. De inhoud is nog actueel en sluit goed aan bij de oplossingsrichtingen die het IZA schetst. In de geactualiseerde versie van 'BETER in Beweging' worden enkele onderwerpen aangescherpt en zijn er specifieke accenten gelegd. Zo krijgt vitaliteit van de aios een prominente plek in de herziening.

Het LOP biedt ruime mogelijkheden om op basis van actuele ontwikkelingen en persoonlijke voorkeuren van aiossen bepaalde onderwerpen te benadrukken. Dit kan tot uiting komen in verdiepingstages, in onderwijs of in keuzes binnen de generieke activiteiten. De opleiding is hierdoor flexibel in te vullen en draagt tevens bij aan de diversiteit in competenties en flexibiliteit die van toekomstige specialisten verwacht wordt.

Desondanks zijn er veel uitdagingen en onzekerheden die in de komende jaren tot bijstelling van de opleiding of onderwijs- en opleidingsregio's (OOR) kunnen leiden.

De uitwerking van het principe 'de juiste zorg op de juiste plek' kan ertoe leiden dat zorg verplaatst wordt naar andere instellingen met het risico dat een aios onvoldoende exposure heeft aan bepaalde diagnosegroepen. Dit kan twee kanten op: decentralisatie van de laagcomplexe zorg en centralisatie van de hoogcomplexe zorg. Zolang deze verschuiving van zorg tussen erkende opleidingsinstellingen plaatsvindt, is aanpassing van de stages of de stageduur de meest voor de hand liggende oplossing. Indien de concentratie van hoogcomplexe zorg zo ver voert dat bepaalde voor de opleiding noodzakelijke exposure verdwijnt uit een OOR is samenwerking tussen OORs noodzakelijk. Hoewel deze samenwerking ook nu al mogelijk is (denk aan verdiepingstages), zal in een dergelijke situatie op landelijk niveau gezocht moeten worden naar structurele oplossingen. Bij verplaatsing van zorg naar instellingen zonder opleidingserkenning ontstaat een probleem, waarvoor per situatie een passende oplossing gezocht moet worden. Een zelfstandige opleidingserkenning van een dergelijke instelling zal veelal niet nodig zijn vanwege de mogelijkheid om een bestuurlijke opleidingsseenheid (BOE) te vormen. Een BOE biedt de mogelijkheid om een deel van de opleiding aan te bieden onder verantwoordelijkheid van een reeds voor de revalidatiegeneeskunde erkende opleidingsinstelling; de opleider van de erkende instelling is dan verantwoordelijk voor dit deel van de opleiding. Het tijdig signaleren van verschuivingen in de zorg op lokaal, regionaal en landelijk niveau, en de consequenties ervan voor de opleiding vereist de komende jaren alertheid bij de OORs en het Concilium om tijdig te kunnen reageren.

'De juiste zorg op de juiste plek' zal ook leiden tot decentralisatie van zorg naar eerstelijnsnetwerken, zelfstandige behandelcentra of geriatrische revalidatiezorg. In deze netwerken zal de revalidatiearts zelf een consulterende rol krijgen zonder team. In deze rol zal de revalidatiearts vooral medisch specialistische vaardigheden inbrengen. Dit vereist vaardigheden om leiding te geven aan dergelijke netwerken en kennis over te dragen door het geven van onderwijs. Het opleidingsplan benoemt dit als een van de kernactiviteiten, die de aios bij uitstek in de praktijk kan aanleren. Deze hervorming gaan we de komende jaren met elkaar verder vormgeven en in de opleiding integreren.

De hervorming richting meer generalisme, de verschuiving van de focus op ziekte naar gezondheid en preventie zal de komende jaren gestalte krijgen in de MSVO. Dat zal niet direct leiden tot grote veranderingen in onze opleiding, omdat deze onderwerpen al onder-

'De grootste uitdaging is het stevig inrichten van de juiste zorg op de juiste plek'

deel zijn van het LOP. Wel kan de revalidatiegeneeskunde waardevolle bijdragen leveren aan uitwerking van deze hervorming voor andere specialismen. Het Concilium neemt hierin via vertegenwoordiging in de Raad Opleiding van de FMS een actieve rol op zich.

TOT SLOT

Het IZA gaat gevolgen hebben voor de revalidatiegeneeskundige zorg. Veel van de in het IZA genoemde oplossingsrichtingen zijn reeds als basis gebruikt om de opleiding tot revalidatiearts vorm te geven. Het LOP en de opleiding bieden de benodigde ruimte om deze oplossingen verder uit te werken en aan te scherpen. Veruit de grootste uitdaging is het stevig inrichten van 'de juiste zorg op de juiste plek'. Hoe gaan we dit met elkaar vormgeven en hoe leiden wij aiossen hierin op? Aan de ene kant zal de laagcomplexe zorg verschuiven in het kader van decentralisatie en netwerkvorming, en aan de andere kant zal de hoogcomplexe zorg - soms OOR-overstijgend - gecentraliseerd worden. Dat vereist een verandering in attitude en gedrag, en daar is leiderschap voor nodig. Laten we het vooral gaan doen, en onze aiossen hier actief bij betrekken en in opleiden! ←



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

Samen toewerken naar passende, integrale en toekomstbestendige spierziektenzorg

Momenteel zijn er circa 200.000 patiënten met een spierziekte in Nederland.¹ Deze mensen met een spierziekte willen de beste zorg, indien mogelijk dichtbij, indien nodig zijn veel mensen bereid te reizen. De huidige kwaliteit van de zorg voor mensen met een spierziekte in Nederland is hoog. Maar die zorg staat onder druk.



DR. N. (NICOLE) VOET

Revalidatiearts Klimmendaal Arnhem/Radboudumc
Nijmegen, projectvoorzitter spierziekten zorgnetwerk

DRS. M. (MARTIN) BEUZEL

Beleidsmedewerker Revalidatie Fysiotherapiewetenschap en Sport UMC Utrecht, projectleider spierziekten zorgnetwerk

DR. A. (ANJA) HOREMANS

Hoofd kwaliteit van zorg Spierziekten Nederland, lid werkgroep spierziekten zorgnetwerk namens Spierziekten Nederland

DR. S. (SASKIA) HOUWEN

Revalidatiearts Radboudumc Nijmegen, lid stuurgroep en werkgroep spierziekten zorgnetwerk namens het Radboudumc

DR. E. (ESTHER) KRUITWAGEN

Revalidatiearts UMC Utrecht, lid stuurgroep en werkgroep spierziekten zorgnetwerk namens het UMC Utrecht



CORRESPONDENTIE

Nicole.Voet@Radboudumc.nl

Door verbeterde diagnostiek en zorgverlening en de toenemende beschikbaarheid van medicatie neemt het aantal patiënten met een spierziekte toe en verandert de zorgvraag van mensen met een spierziekte. Onderzoek geeft steeds meer inzicht in diversiteit van spierziekten die elk een eigen aanpak nodig hebben wat vraagt om persoonsgerichte zorg. Een van de genoemde oplossingen in het onderdeel de Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP) van het Integraal Zorgakkoord (IZA) omhelst zorg in de vorm van netwerkzorg. De VRA heeft behandelkaders NMA opgesteld waarin is gedefinieerd welke zorg dichtbij kan en voor welke zorg het wenselijk is verder te reizen.² In de derde lijn zijn er voor veel diagnose(groepen) expertisecentra. Expertise-

'Zorgprofessionals in de 1e en 2e lijn hebben nu vaak niet de mogelijkheid (veel) ervaring op te doen met een specifieke spierziekte'

centra zijn door het ministerie van VWS erkende centra met taken op het gebied van zorg, advies, onderwijs en wetenschappelijk onderzoek en trekken daarin samen met patiëntenverenigingen op.² Deze expertisecentra zijn verenigd in Spierziekten Centrum Nederland. Desondanks is de spierziektenzorg in Nederland fors versnipperd: momenteel zijn in totaal 74 teams in de kinder- en volwassenrevalidatie met behandelniveau 3 of 4 uit het behandelkader werkzaam. Daarnaast zijn er bijna 10.000 eerstelijns fysiotherapiepraktijken en ruim 5.000 huisartsenpraktijken. Door het lage aantal patiënten met een spierziekte per praktijk en team in met name de eerste en tweede lijn hebben de meeste zorgprofessionals nu niet de mogelijkheid (veel) ervaring op te doen met en bij een specifieke aandoening.

De moeder van Sam, een jongeman met SMA, heeft hun zorgnetwerk getekend (figuur 1). Sam heeft meerdere zorgverleners →

per discipline omdat iedere instelling opnieuw zorgprofessionals uit het eigen team inzet. De zorgverleners tussen instellingen communiceren grotendeels via de moeder van Sam met elkaar, maar niet onderling. De moeder van Sam besteedt een halve dag per week aan coördinerende taken. De zorglast is hierdoor onnodig hoog. Sam heeft zelden een normale schoolweek, vanwege alle medische afspraken.

Aansluitend bij het thema JZOJP was het doel van dit project om een blauwdruk te ontwikkelen voor netwerkzorg voor mensen met een spierziekte.³

METHODE

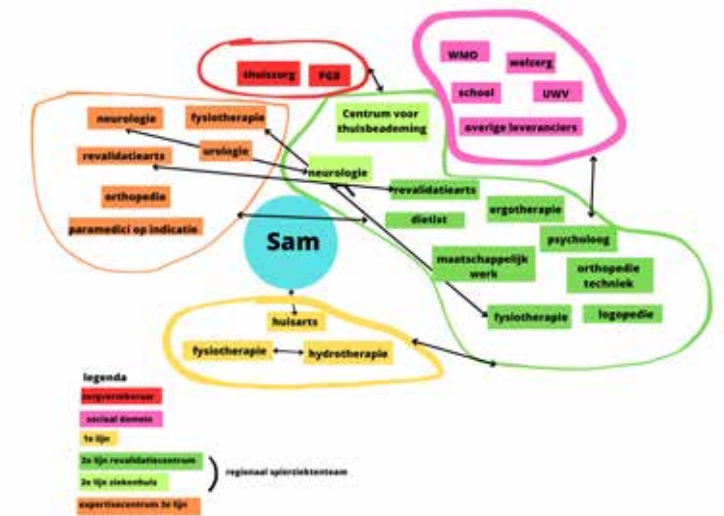
In de periode van september 2020 tot september 2023 is het project ‘Ontwikkeling van een zorgnetwerk voor kinderen en volwassenen met een spierziekte’ uitgevoerd. Het project werd gefinancierd door de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS; projectnummer Z68522123), met de Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) als penvoerder. Binnen het project lag de focus op paramedische - en revalidatiezorg bij de diagnosegroepen

'De urgentie ligt bij het ontwikkelen van de juiste infrastructuur voor optimale spierziektenzorg'

facioscapulohumerale dystrofie (FSHD) en spinale musculaire atrofie (SMA). Hierbij is gestreefd naar generieke aanbevelingen voor het zorgnetwerk zodat deze als leidraad kunnen dienen voor de uiteindelijke ontwikkeling van een spierziektenbreed en domein- en sectoroverstijgend zorgnetwerk. Om het zorgnetwerk te ontwikkelen is een multidisciplinaire stuur- en werkgroep ingesteld met vertegenwoordigers van relevante specialismen die betrokken zijn bij de zorg voor mensen met een spierziekte. Er is gewerkt volgens de principes van *Design Thinking*, waarbij het perspectief van de gebruikers centraal staat.⁴ In de ontdekkingsfase stonden vijf thema's centraal: zorg/behandeling, communicatie, klinimetrie, deskundigheidsbevordering en transitie van jeugd naar volwassenheid.

RESULTATEN

In de afgelopen 2,5 jaar zijn 338 vragenlijsten en 90 interviews afgenomen en 25 focusgroepen georganiseerd bij en met zowel patiënten en hun betrokkenen, zorgprofessionals, beleidsmakers en andere zorgnetwerken. Op basis van de opgehaalde kennis en informatie en overige bestaande kennis en ervaring (vanuit organisaties, bestaande netwerken of andere *best-practices*) is in een



Figuur 1. Patiëntperspectief: de zorg rondom Sam*, jongeman met spinale musculaire atrofie, bovenste figuur de huidige situatie, onderste figuur de nieuwe verwachte situatie. In de nieuwe situatie zijn minder zorgverleners betrokken, en vindt er meer communicatie en kennisoverdracht plaats tussen zorgverleners over instellingsmuren heen, waardoor Sam en ouders ontlast worden in de coördinatie.
*: gefingeerde naam

iteratief proces een blauwdruk opgesteld met diverse aanbevelingen, onderverdeeld in drie modules: JZOJP, de juiste expertise op de juiste plek (JEOJP) en de juiste informatie op de juiste plek (JIOJP).⁵ Veel producten bleken al aanwezig waaronder richtlijnen, communicatiemiddelen en afspraken over klinimetrie. De urgentie ligt bij het ontwikkelen van de juiste infrastructuur voor optimale spierziektenzorg.

RESULTATEN VAN HET PROJECT

De juiste zorg op de juiste plek

In de blauwdruk wordt aanbevolen de landelijke spierziektenzorg in regio's in te delen waarbinnen intensief wordt samengewerkt in korte lijnen. In elke regio vormt een gespecialiseerd spierziekten-team (GeSp) de schakel tussen de regio en de landelijke exper-

Stuurgroep

Afvaardiging vanuit:

- Expertisecentrum FSHD (Radboudumc)
- Expertisecentrum FSHD (LUMC)
- Expertisecentrum SMA (UMC Utrecht)

Werkgroep

Gemandateerden vanuit:

- Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)
- Diagnosewerkgroepen FSHD en SMA van Spierziekten Nederland (SN)
- Spierziekten Centrum Nederland (SCN)*

- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
- Ergotherapie Nederland (EN)
- Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLf)
- Expertisecentra voor FSHD en SMA

* De SCN vertegenwoordigde:

- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK)
- Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN)
- Vereniging Klinische Genetica Nederland (VKGN)

tisecentra in de academische centra.⁵ Hiermee wordt versnippering tegengegaan en de voorwaarde gecreëerd om coördinatie van (proactieve) zorg, kennisdeling en delen van informatie te verbeteren voor zowel patiënt als professional, en voor zowel de eerste, tweede en derde lijn. De GeSp zullen expert worden in de regio en de verbinding vormen tussen de lokale zorgverleners in de eerste lijn en het sociaal domein enerzijds en de expertisecentra in de derde lijn anderzijds. Er is aandacht voor de verschillen tussen kinder- en volwassenzorg, met daarbij wel een optimale transitie.

De juiste expertise op de juiste plek

Door het lage aantal patiënten met een specifieke spierziekte in combinatie met de versnippering van het zorglandschap zijn tijdsinvesteringen in het opdoen van kennis over (specifieke) spierziekten (vaak) niet rendabel. Doordat de GeSp meer spierziektepatiënten zullen vervolgen en behandelen zullen zij meer ervaring opdoen en meer kunnen investeren in deze specifieke doelgroep, vergroot hun expertise door kennis en ervaring en kan een groter deel van de zorg dichterbij huis in de regio plaatsvinden. Aanbevolen wordt zorgprofessionals te faciliteren horizontaal te laten samenwerken en leren over de grenzen van hun vakgebied, organisatie of discipline. Te denken valt aan gezamenlijke (digitale) consulten en het scholen van de eerste lijn door de regionale teams. Deze leermomenten kunnen gestimuleerd worden door het toekennen van accreditatie. Hiermee zal in plaats van de patiënt, juist de kennis en expertise gaan reizen.

De juiste informatie op de juiste plek

Patiënten met een spierziekte zijn nu vaak zelf verantwoordelijk voor de coördinatie van hun zorg en het verspreiden van informatie. Dit kost veel tijd. Daarnaast ervaren patiënten een lagere continuïteit van zorg doordat verschillende zorgprofessionals klinimetric herhalen en ze hun verhaal opnieuw moeten vertellen. In de blauwdruk wordt actieve uitwisseling van patiëntinformatie en testresultaten gestimuleerd door het aanbevelen van een uni-

form (bij voorkeur bestaand) communicatiemiddel en heldere afspraken ten aanzien van inhoud en momenten van informatieoverdracht.

HOE GAAN WE VERDER

Er is een pilot beoogd waarin een landelijke en regionale infrastructuur wordt ontworpen om de adviezen/aanbevelingen die staan beschreven in de blauwdruk te kunnen implementeren.⁵ Hiervoor is door de VRA in samenwerking met andere projectpartners een vervolgsubsidie (bij SKMS) aangevraagd en inmiddels toegekend. In de werkgroep zijn nu ook de beroepsverenigingen voor maatschappelijk werkers, psychologen en de Vereniging Samenwerkingsverband Chronische Ademhalingsondersteuning betrokken. Belangrijke aandachtspunten voor de implementatie zijn het ontwikkelen en gebruikmaken van al bestaande regionale samenwerkingsverbanden, afspraken rondom vergoedingen en compensatie van netwerk-ondersteunende activiteiten met onder andere zorgverzekeraars. Samen met patiënten, zorgprofessionals en zorgmanagers zetten we daarmee de stap naar passende, integrale en toekomstbestendige spierziektenzorg voor kinderen en volwassenen met een spierziekte en hun naasten. Zodat Sam weer een normale schoolweek krijgt.

DANKWOORD

De auteurs bedanken de leden van de stuurgroep en de werkgroep. Het project is begeleid door dr. Mirre den Ouden-Vierwind, adviseur Kennisinstituut FMS en dr. Janke de Groot, senior adviseur Kennisinstituut FMS en projectleiders drs. Martin Beuzel en Nikolas Fahlskog, innovation manager en ervaringsdeskundige. ←



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

HANDIG INSTRUMENT OM TIJDIG RELEVANTE PATIËNTINFORMATIE TE GEVEN
AAN PATIËNTEN MET EEN BEENAMPUTATIE

De Menukaart Beenprothesegebruikers

Patiënten met een beenamputatie krijgen veel informatie te verwerken tijdens hun revalidatiebehandeling. De Menukaart Beenprothesegebruikers faciliteert hierbij en helpt de patiënt de voor hem of haar relevante vragen te stellen, bijvoorbeeld tijdens de patiëntencursus *Leven met een beenamputatie* die we in Vogellanden verzorgen. De Menukaart vormt de agenda voor de cursusbijeenkomst en geeft het behandelteam inzicht in de voor de patiënt relevante gesprekstema's.



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

Revalidatiearts, Vogellanden, Zwolle



CORRESPONDENTIE

e.c.t.baars@vogellanden.nl

Patiëntvoorlichting is een essentieel onderdeel van de behandeling van patiënten met een beenamputatie.¹ In de praktijk krijgt de patiënt, zowel vooraf aan de amputatie als daarna, veel informatie van verschillende zorgverleners waaronder de chirurg, de revalidatiearts, de verpleegkundige en de fysiotherapeut. Deze informatie omvat veelal medische aspecten over de amputatie, adviezen over stompverzorging en voorlichting over prothese-technische mogelijkheden. Maar ook thema's als het psychologisch verwerken van de amputatie en het weer participeren in de maatschappij zijn van belang voor de patiënt. Een deel van de informatie krijgt de patiënt schriftelijk uitgereikt of leest hij uit eigen beweging op internet. Veel informatie krijgt de patiënt mondeling te horen en niet altijd op de momenten dat hij of zij er behoefte aan heeft. Het is belangrijk dat patiënten de voor hen relevante informatie tijdig ontvangen, in hoeveelheden die zij kunnen verwerken. Het doel hierbij is het optimaliseren van patiëntvoorlichting en -educatie, met het accent op samen beslissen, en het verkrijgen van maximale prothesetevredenheid.²⁻⁶

LEVEN MET EEN BEENAMPUTATIE

Binnen het revalidatiecentrum De Vogellanden verzorgen wij al vele jaren de patiëntencursus *Leven met een beenamputatie* voor zowel klinisch opgenomen patiënten als patiënten in poliklinische revalidatiebehandeling. De cursus was opgezet met een tweeledige doelstelling. De eerste doelstelling was om, aanbodgericht, patiënten en naasten een zo compleet mogelijk overzicht te geven van beschikbare informatie over aspecten die betrekking hebben op de amputatie en de prothese, omdat behandelaren dachten dat patiënten daar behoefte aan hadden. De tweede doelstelling was om, vraaggestuurd, informatie te geven over specifieke items waar de patiënt en hun naasten op een bepaald moment behoefte aan hebben.

De cursus was in oorsprong vrij didactisch vormgegeven. Sprekers uit het behandelteam gaven onderwijs over standaard onderwerpen die zij zelf inschatten als nuttig voor de patiënten met thema's als: indicaties voor een amputatie en verschillende operatietechnieken, stompverzorging en hygiëne, nuttige hulpmiddelen, aanpassingen en voorzieningen, prothesetechniek en prothesetraining. In de praktijk kregen patiënten tijdens de cursus te weinig tijd voor het stellen van vragen. Dit kwam ook uit de evaluaties van de patiënten naar voren. Hierdoor werd onvoldoende voldaan aan het tweede uitgangspunt: het geven van voor patiënten relevante informatie op het voor hen juiste moment. Een duidelijk pluspunt was wel dat de cursus voorzag in de behoefte voor lotgenotencontact.

DE MENUKAART BEENPROTHESEGEBRUIKERS

Gevoed door de patiëntevaluaties is vervolgens de cursusopzet aangepast, waarbij ook gebruik werd gemaakt van het model

Tabel 1. De Menukaart Beenprothesegebruikers met ingevulde thema's.

Thema	n (aantal deelnemers die dit een belangrijk thema vinden)* (%)
Medisch en technisch	
Stomp- en wondverzorging	10
Stomppijn, wondpijn, fantoompijn (oorzaken en behandeling)	12
Lichamelijke klachten (o.a. gewrichtsklachten) na amputatie	8
Soorten prothesen, prothesetechniek	18
Wisselen van schoenen bij een prothese	13
Het kiezen van een zorgverzekering	4
Totaal	65 (29%)
Hobby, beroep en vrije tijd	
Aanpassingen op het werk	1
Werken met een amputatie	5
Hobby's kunnen uitvoeren met een amputatie	9
Op reis met een prothese	17
Totaal	32 (15%)
Functioneren in en om huis	
Voorzieningen en aanpassingen in huis	13
Aangepaste kleding	8
Autorijden, fietsen, openbaar vervoer	13
Valincidenten en valpreventie	9
Zelfstandigheid in zelfverzorging	5
Slim plannen (zo min mogelijk lichamelijke energie verbruiken)	7
Totaal	55 (25%)
Sporten en bewegen	
Hoe je conditie te onderhouden (spierkracht, mobiliteit, uithoudingsvermogen, klachten aan het andere been)	15
(aangepast) sporten en bewegen na een amputatie	3
Totaal	18 (8%)
Psychosociaal	
Intimiteit en seksualiteit na een amputatie	2
Verwerken van de amputatie, omgaan met verlies	8
Om leren gaan met het veranderde uiterlijk	5
Amputatie en de invloed op sociale relaties	3
Stagnatie in de verwerking door trauma, angst, depressie of neven diagnoses	5
Patiëntenverenigingen/lotgenotencontact	3
Letselschade	2
Totaal	28 (13%)
Leefstijl	
Stoppen met roken	5
De invloed leefgewoontes (o.a. roken) op de gezondheid	7
Voeding en gewicht	11
Totaal	23 (10%)
Totaal	221 (100%)

*Deelnemers mochten meerdere thema's aankruisen

groepsconsult.^{7,8} Deze aanpassing hield in dat de onderlinge beleevingsverhalen van de patiënten centraal kwamen te staan en het belangrijkste thema vormde voor de cursusinhoud. Verder kreeg de patiëntenvereniging Korter Maar Krachtig (KMK) meer ruimte om voorlichting te geven over specifieke onderwerpen. Met deze nieuwe opzet zagen we een toename van interactie met de deelnemende patiënten ontstaan tijdens de cursus. Ook constateerden we dat meerdere gesprekstema's terugkeerden. Op basis van deze gesprekstema's hebben wij de 'Menukaart Beenprothesegebruikers' opgesteld (tabel 1). De Menukaart vormt zo de agenda voor de cursusbijeenkomsten en vervangt de standaard presentaties.

NIEUWE WERKWIJZE

In de huidige cursusopzet krijgen de patiënten en hun naasten vooraf aan de eerste bijeenkomst de Menukaart voorgelegd om in te vullen, waarbij zij de voor hen belangrijke thema's kunnen aankruisen. Tevens is er ruimte voor eigen inbreng van onderwerpen. Daarna krijgen de sprekers de ingevulde kaart te zien ter voorbereiding op hun inbreng tijdens de cursus. De sprekers zijn gedurende de cursus in koppels aanwezig. Koppel A: de ergotherapeut, de revalidatiearts en de verpleegkundige, koppel B: de fysiotherapeut, psychomotorische therapeut en de instrumentmaker. Hier-

'Met deze nieuwe opzet zagen we tijdens de cursus een toename van interactie met de deelnemende patiënten'

bij geeft de ergotherapeut bijvoorbeeld voorlichting over de mogelijkheden voor aanpassingen en voorzieningen in de woning en buitenvervoer. Daarnaast is er een bijeenkomst met de patiëntenvereniging KMK. Bij de start van een cursus, onder voorzitterschap van de maatschappelijk werkster, krijgen de patiënten en hun naasten uitgebreid de gelegenheid om vragen te stellen over zowel onderwerpen uit de Menukaart als daarbuiten. Dit zorgt voor een interactieve bijeenkomst die goed aansluit op de verwachtingen en wensen van de patiënten.

ERVARINGEN UIT DE PRAKTIJK

Tabel 1 illustreert, aan de hand van vier ingevulde menukaarten door 26 patiënten, de voorkeuren voor verschillende thema's uit de Menukaart. Zij mochten meerdere vinkjes zetten bij de verschillende thema's (n). In totaal werden 221 thema's aangekruist. Thema's in relatie tot de items Medisch & technisch (n=65) en Functioneren in en rond huis (n=55) werden het meest aange- →

kruist. Binnen het thema Hobby, beroep en vrije tijd was er met name vraag naar informatie over het onderwerp Op reis met een prothese (n=17).

In het open-tekstdeel zijn de verschillende rubrieken door de patiënten toegelicht waarbij vooral aandacht uitging naar de items: Soorten prothesen & prothesetechniek en Autorijden, fietsen, openbaar vervoer.

MENUKAART-ITEMS

Binnen het thema Medisch & technisch waren er diverse vragen over stompverzorging en het voorkomen van overbelasting van het contralateraal been (Quote: 'Wat kan ik doen als mijn reuma actief is?').

In relatie tot prothesetechniek varieerden de vragen van de wens om informatie over soorten prothesen en prothesevoeten tot vragen over prothesecosmetiek (Quote: 'Kan een koker door middel van een airbrush versierd worden?').

Verder waren er vragen over de medische verzekering en de gebruiksduur van de prothese. Ook het gebruik van schoeisel was een aandachtspunt (Quote: 'Welke schoenen zijn geschikt voor een prothese?')

Binnen het thema Hobby, beroep en vrije tijd kwamen er veel vragen over het reizen met een prothese (Quote: 'Hoe gaat het met een prothese op het strand? Hoe is de toegankelijkheid van hotels?')

'De Menukaart vormt de agenda voor de cursusbijeenkomst en zorgt voor een interactief en effectief samenzijn'

Hoe gaat het in het vliegtuig en langs de douane?', (Quote: 'Wij willen graag trekken met de caravan, hoe omgaan met hygiëne op de camping en eigen sanitair?'). Eveneens was er behoefte aan informatie over het gebruik van de prothese tijdens vrijetijdsbesteding waaronder hobbyvissen, saunabezoek en motorrijden.

Binnen het thema Functioneren in en om huis kwamen er vragen over het gebruik van een huishoudtrap met de prothese, het communiceren met de gemeente ten behoeve van het realiseren van aanpassingen en voorzieningen en het autorijden met een amputatie (Quote: 'Wat zijn de mogelijkheden als het gaat om aanpassingen in huis, traplift, verhuizen?'). Verder was er behoefte aan informatie over het aanpassen van kleding bij prothesegebruik (Quote: 'Waar kan ik het beste mijn kleding kopen of laten maken?').

Patiënten hadden binnen het thema Sport en bewegen vragen over hoe zij het beste hun lichaamsconditie konden onderhouden en waar zij dit konden doen (Quote: 'Bijvoorbeeld zwemmen en kanoën, kan dat? Waar moet ik rekening mee houden? Ik heb zelf geen beeld bij het zwemmen met een amputatie.'). Daarnaast kwamen er vragen over het sporten (Quote: 'Wat zijn de mogelijkheden voor het sporten? Ik heb altijd waterpolo gedaan.'). en over het aanvragen van speciale prothesen voor zwemmen en hardlopen.

Patiënten en partners hadden behoefte aan meer informatie over psychosociale aspecten zoals het verwerken van de amputatie en wensten meer inzicht te krijgen in het rouwproces na de amputatie en de rol van de partner hierbij (Quote: 'Ik heb als partner er moeite mee dat hij (patiënt) soms aan het stuntelen is en dat hij niet alles kan doen wat hij zou willen doen.'). Ook wilde men meer weten over de patiëntenvereniging KMK.

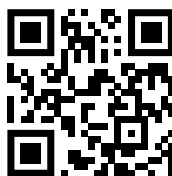
Binnen het thema Leefstijl waren er vooral vragen over het afval- len en stoppen met roken (Quote: 'Ik ben gestopt met roken en 20 kg aangekomen, ook door minder beweging. Ik wil erg graag die 20 kg kwijt.').

BESCHOUWING

Zowel vooraf als na het ondergaan van een beenamputatie krijgt de patiënt veel informatie aangeboden. Hierbij is het van groot belang dat deze informatie gedoseerd wordt gegeven op momenten dat de patiënt er behoefte aan heeft en er iets mee kan doen. Het gebruik van de Menukaart Beenprothesegebruikers faciliteert hierbij en helpt de patiënt tijdens de patiëntencursus *Leven met een beenamputatie* de voor hem of haar op dat moment relevante vragen te stellen. Op deze wijze vormt de Menukaart de agenda voor de cursusbijeenkomst en zorgt zo voor een interactief en effectief samenzijn. Eveneens geeft het ons als behandelteam meer inzicht in de voor de beenamputatie-patiënten relevante thema's en onderwerpen.

DANKWOORD

Met dank aan Mevrouw Riemy Dijkstra (maatschappelijk werker), en de heer Ivo Lindner (fysiotherapeut), beide werkzaam in het team amputatie/prothesologie De Vogellanden, voor hun aanvullingen op het artikel. ←



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

Early Career onderzoeksmiddag

De VRA Commissie Wetenschap & Innovatie (WeCo) organiseerde samen met het hooglerarenconvent op 18-09-2023 de eerste *Early Career* onderzoeksmiddag. Het doel was om klinische, *early career* onderzoekers (aiossen en revalidatieartsen) in contact te brengen met senior onderzoekers en hoogleraren binnen de revalidatiesector voor uitwisseling van kennis en expertise, en uitbreiden van het eigen netwerk. Het bijbehorende thema *funding* was gekozen op basis van een poll onder deze *early career* onderzoekers.



DR. J. (JOHAN) LIM

Arts in opleiding tot revalidatiearts, Amsterdam UMC



CORRESPONDENTIE

j.lim@amsterdamumc.nl

Op de zonnige middag van 18 september 2023 kwamen wij, twintig *early career* revalidatieonderzoekers, bijeen in het Academiegebouw in Utrecht. Dit ceremoniële hart van de Universiteit Utrecht was de perfecte setting om over revalidatieonderzoek van gedachten te wisselen en te reflecteren op uitdagingen en kansen van centralisering in (zorg en) kennis.

Dr. Nicole Voet trapte de dag af met een inkijkje in haar wetenschappelijke carrière, gevormd door het motto ‘volg je eigen weg’ dat ze al sinds haar peuterjaren met zich meedraagt. En ja, daar hoort ook leren door (letterlijk) te vallen, opstaan en meeliften met anderen bij.

Het advies om onze eigen weg te volgen, kwam ook terug in het College Tour met dr. Janneke Stolwijk en prof. dr. Sander Geurts. Een van de *early career* onderzoekers vroeg of het mogelijk was om tussentijds van onderzoeksonderwerp te veranderen. ‘Ja, zelfs als dat betekent dat je weer vanaf (bijna) nul moet beginnen’, was het antwoord. Want je interesse volgen, is essentieel voor je intrinsieke motivatie. Ook moedigden ze ons aan om aansluiting te zoeken bij elkaar: bijvoorbeeld kennisuitwisseling met UMCs, onderzoek agenderen met collega-stafleden en inhoudelijk aansluiting zoeken bij andermans onderzoeksagenda's. Centralisatie in kennis = aansluiten bij bestaande onderzoeksknooppunten of deze zelf creëren!



Twintig onderzoekers bezochten de eerste *Early Career* onderzoeksmiddag.

Dr. Esther Hosli vertelde vanuit haar ervaring als medewerker bij onderzoeksfinancierders over het belang van denken vanuit hun perspectief (en dat van andere *stakeholders*) bij subsidieaanvragen. Inmiddels waren we aangekomen bij de workshop over *funding*. Dr. Jorik Nonnekes voegde hieraan toe dat *funding* op zichzelf niet het doel zou moeten zijn, maar slechts een middel. Een goed onderzoeksvoorstel beantwoordt de vraag ‘wat wil je bereiken?’ en past op een bierviltje, zo prikkelde hij ons verder. Centralisatie in kennis = onderzoekscoalities vormen in de breedste zin van het woord (denk: PERRIN onderzoeksprogramma)!

De dag werd afgesloten met een workshop over intervisie en peer support. Op de academische binnenplaats deden we nog een drankje en deelden we elkaars dromen en zorgen. We bespraken kansen (synergistische samenwerking) en uitdagingen (aanpassingsvermogen en bereidheid tot samenwerking) van centralisatie in kennis. Contacten legden we al snel en om deze te onderhouden creëerden we een WhatsApp-groep (toegang via weco@revalidatiegeneeskunde.nl). Toen we het gebouw verlieten, droegen we zo niet alleen kennis uit het verleden met ons mee, maar ook hernieuwde energie om de toekomst van revalidatieonderzoek vorm te geven! ←

Hoe fit moet je zijn voor het dagelijkse leven na een beroerte?

Dit proefschrift onderzocht hoe de (verlaagde) fysieke fitheid na een beroerte de uitvoering van dagelijkse activiteiten beïnvloedt. We keken naar de verhouding tussen de fysieke fitheid en de fysieke belasting van verschillende dagelijkse activiteiten en de impact hiervan op het bewegingstempo. De resultaten wijzen erop dat het trainen van fysieke fitheid een belangrijk aangrijpingspunt is om het functioneren na een beroerte te verbeteren.

Mensen die een beroerte hebben gehad zijn fysiek vaak minder fit dan hun leeftijdsgenoten. Dagelijkse activiteiten, zoals lopen, traplopen of schoonmaken, kosten hen daarnaast juist vaak meer energie. Een activiteit die voor mensen zonder beperking gemakkelijk een lange tijd is vol te houden, wordt dan een zware inspanning die je niet lang kunt volhouden, langzamer moet uitvoeren of die je gaat ontwijken.

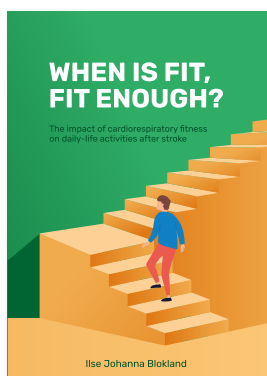
Mogelijk worden mensen na een beroerte niet slechts beperkt door hun neurologisch letsel maar ook door deze onbalans

tussen fysieke fitheid en fysieke belasting. Het doel van dit proefschrift was tweeledig: ten eerste hebben we de fysieke fitheid van mensen na een beroerte in de revalidatie in kaart gebracht, vervolgens hebben we de fysieke belasting van verschillende dagelijkse activiteiten bij mensen na een beroerte gemeten. Zo kon onderzocht worden wat de consequentie van de mogelijke beperkingen van fysieke fitheid op het functioneren is.

Om de daadwerkelijke ervaren belasting in kaart te brengen, moet niet alleen worden gekeken naar hoeveel energie een activiteit vergt, maar ook naar de fysieke fitheid van de persoon die deze activiteit uitvoert.

Een taak die als licht ervaren wordt door een zeer fit individu, kan namelijk erg zwaar zijn voor iemand met een verminderde fitheid. Deze verhouding tussen fysieke fitheid en fysieke belasting - die we in dit proefschrift de relatieve aerobe belasting noemen - geeft weer hoe zwaar een activiteit daadwerkelijk is voor een persoon. Iemand die een hoger percentage van zijn fysieke fitheid inzet, zal de activiteit als zwaarder ervaren.

Allereerst is in ons onderzoek de fysieke fitheid van een grote groep mensen na een beroerte in de revalidatie in kaart gebracht. Op basis van maximale cardiorespiratoire inspanningstesten van meer dan 400 mensen die revalideerden in Heliomare hebben we referentiewaarden opgesteld voor fysieke fitheid na een beroerte - in termen van piek aerobe capaciteit en de ventilatoire drempel.¹ Zoals eerder in kleinere studies was waargenomen bleek de fysieke fitheid van mensen na een beroerte lager dan die van leeftijdsgenoten zonder beroerte. Het bleek dat mensen met grotere motorische problemen en mensen die bètablokkers gebruiken vaker een lagere fysieke fitheid hadden dan andere mensen na een beroerte. Met deze populatie-specifieke referentiewaarden kan iemand die revalideert na een beroerte zichzelf vergelijken met iemand van hetzelfde geslacht en leeftijd in dezelfde situatie. Zo kunnen gemakkelijker



Promovenda: I.J. (Ilse) Blokland, Junior onderzoeker, Heliomare R&D

Datum promotie: 17 november 2023

Promotoren: prof. dr. H. (Han) Houdijk, prof. dr. J.H. (Jaap) van Dieen

Copromotoren: prof. dr. C.A.M. (Coen) van Bennekom, dr. J.J. (Jos) de Koning



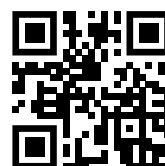
DR. I.J. (ILSE) BLOKLAND



CORRESPONDENTIE

bloklandilse@gmail.com

Een digitale versie van het proefschrift is te downloaden via DOI: <http://doi.org/10.5463/thesis.340>





Promovenda Ilse Blokland te midden van de promotiecommissie.

prioriteiten worden gesteld in het revalidatieprogramma, bijvoorbeeld doordat we mensen kunnen selecteren die het meest baat zouden hebben bij fysieke training om hun fysiek functioneren te verbeteren.

In verschillende experimenten in revalidatiecentrum Heliomare brachten we daarnaast de relatieve aerobe belasting van verschillende dagelijkse activiteiten – zoals lopen, traplopen en boodschappen doen – in kaart voor mensen na een beroerte en hun leeftijdsgenoten die geen beroerte hebben gehad.^{2,3} De fysieke fitheid werd gemeten middels een cardiorespiratoire inspanningstest. De fysieke belasting werd gemeten middels ademgasanalyse terwijl mensen de activiteiten uitvoerden.

Mensen na een beroerte zetten gemiddeld een groter gedeelte van hun fysieke fitheid in tijdens dagelijkse activiteiten. Ze ondervonden dus een hogere relatieve aerobe belasting. En dit terwijl ze de activiteit uitvoerden op een (veel) lager tempo dan de controlegroep. Mensen na een beroerte voerden de activiteiten uit op een intensiteit rondom de eerste ventilatoire drempel, de drempel waarboven fysieke vermoeidheid optreedt. De controlegroep bleef bij vrijwel alle activiteiten ruim onder de ventilatoire drempel. Het lijkt er dus op dat mensen na een beroerte hun bewegingstempo laten hangen van de ervaren relatieve belasting. Ze kiezen een lager tempo dat zij langere tijd kunnen volhouden. Bij mensen die geen beroerte hadden gehad was de relatieve aerobe

belasting geen beperking van hun bewegingstempo.

De hogere relatieve aerobe belasting en lage snelheid bleek het meeste voor te komen bij mensen met een relatief lage fitheid en een relatief hogere motorische vaardigheid. Mensen met een lage motorische vaardigheid leken meer beperkt door andere factoren zoals balansproblematiek of een verstoorde bewegingsaansturing.

FYSIEKE TRAINING VOOR VERBETEREN VAN HET FUNCTIONEREN

Dit promotieonderzoek toonde aan dat mensen na een beroerte een groter deel van hun fysieke fitheid aanspreken tijdens dagelijkse activiteiten, terwijl ze (veel) langzamer bewegen dan leeftijdsgenoten die geen beroerte hebben gehad. Sneller bewegen zou leiden tot verbeterd functioneren, maar is waarschijnlijk niet mogelijk door een te hoge relatieve aerobe belasting. De beperkte fysieke fitheid van mensen na een beroerte zou dus een belangrijke oorzaak kunnen zijn van hun beperkte bewegingstempo.

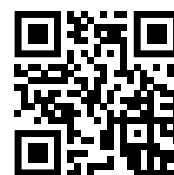
Het is dus van belang om bij het verbeteren van fysiek functioneren na een beroerte niet alleen bewegingsvaardigheden te trainen, maar ook de fysieke fitheid. Het vergroten van de fysieke fitheid zou kunnen leiden tot een lagere relatieve aerobe belasting tijdens dagelijkse activiteiten bij mensen na een beroerte. Dit zou kunnen leiden tot verbeterd functioneren. Iemand kan bijvoorbeeld de gewenste acti-

viteit weer langer volhouden, zijn partner bijhouden of is minder moe aan het einde van de dag. Sneller kunnen bewegen zou zelfs nog een voordeel hebben: we vonden in ons onderzoek dat het tevens zou leiden tot een efficiënter beweegpatroon waardoor eenzelfde afgelegde afstand minder energie kost.

Fysieke training om het functioneren te verbeteren zou op basis van de onderzoeksresultaten het meest relevant zijn voor mensen met een lage fysieke fitheid die gemiddeld tot hoge motorische scores laten zien. Bij mensen met lagere motorische vaardigheden lijkt de motorische vaardigheid een belangrijkere beperking op het functioneren te geven dan de fysieke fitheid.

Met de populatie-specifieke referentiewaarden die we hebben opgesteld kan iemand die revalideert na een beroerte zichzelf vergelijken met iemand van hetzelfde geslacht en leeftijd in dezelfde situatie. De referentiewaarden uit dit proefschrift kunnen worden ingezet om te bepalen wie er het meeste voordeel zou hebben van fysieke training.

Ten slotte kunnen de gegevens uit dit onderzoek helpen bij de motivatie voor training. Het kan motiverender zijn om te trainen voor een specifieke activiteit die je graag direct weer wilt oppakken, dan voor algemene langetermijndoelen zoals het verbeteren van gezondheid en een verminderde kans op een (herhaalde) beroerte. Dit proefschrift geeft een indicatie van hoeveel energie activiteiten kosten na een beroerte en dus ook hoe fit je zou moeten zijn om deze vol te kunnen houden. ←



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

De Pronkhoek



CORRESPONDENTIE

Chantal.Bakker@mmc.nl

QUIICER: WELK EFFECT HAD REVALIDEREN OP DE IC VOOR COVID-19 PATIËNTEN?

Dr. Chantal Bakker, revalidatiearts, Máxima MC



Per november 2023 is het QuiiCCeR onderzoek gestart (*Quality of Life after Interdisciplinary ICU-started Covid-19 Rehabilitation*), met een ZonMw-subsidie van ruim 250.000 euro.

De ziekenhuizen van Nederland reageerden op verschillende manieren op de COVID-19 pandemie. In het Máxima MC ontwierpen we een interdisciplinair revalidatie-zorgpad voor de mensen die met COVID-19 op de IC belandden. Hoofddoel was natuurlijk verhogen van het uiteindelijke niveau van functioneren en participatie. Daarnaast wilden we op verantwoorde wijze bijdragen aan verkorting van de opnameduur op de IC en in het ziekenhuis, om zoveel mogelijk mensen in ons ziekenhuis te helpen. Het zorgpad betekende dagelijkse behandeling door het revalidatieteam, individuele revalidatie-dagschema's, gestructureerde MDO's en vroege betrokkenheid van naasten. Tot een jaar na ontslag uit het ziekenhuis volgden wij onze patiënten op de multidisciplinaire nazorg-carrousel. Zo nodig startten we extra begeleiding en we verzamelden kennis over hun ziektebeloop. De belangrijke vraag was of wij dit beloop hadden beïnvloed, en daarom namen we het initiatief tot een multicenter studie naar interdisciplinaire revalidatiebehandeling op de IC bij COVID-19.

Ook in andere Nederlandse ziekenhuizen revalideerden patiënten al vanaf de IC onder medebehandeling of supervisie van de revalidatiearts. Toch was er tijdens de pandemie een grote diversiteit aan organisatie en inhoud van de revalidatiebehandeling. Daarentegen gebeurde het verzamelen van langetermijngegevens wel relatief uniform, mede dankzij de richtlijn 'Nazorg en revalidatie van intensive care patiënten' die versneld uitkwam en de *coreset* van uitkomstmaten voor post-IC-screening die de VRA verspreidde.

Om erachter te komen welk effect vroege revalidatie op de IC heeft gehad voor COVID-19 patiënten, analyseren we de behandelresultaten van een landelijk cohort. Het consortium dat de subsidie-aanvraag heeft ingediend (zie kader) bestaat uit diverse ziekenhuizen en centra. Aangevuld met gegevens van verschillende instellingen buiten het consortium kunnen we zo een grote onderzoekspopulatie vormen. We zijn trots op de brede samenwerkingsverbanden van dit onderzoek, die mooi de reikwijdte van optimale revalidatie weerspiegelen. Begin 2025 zullen we onze resultaten publiceren.

Collega's die mensen met COVID-19 op de IC of na IC-opname behandelden en nog niet eerder bij QuiiCCeR betrokken waren, nodigen we hierbij van harte uit om met spoed contact met ons op te nemen.

Het onderzoek consortium

- Dr. Chantal Bakker (revalidatiearts, Máxima MC)
- Drs. Toine Klarenbeek (IC-verpleegkundige en klinisch epidemioloog, Máxima MC)
- Dr. Tamar Bovend'Eerd (gezondheidswetenschapper, Máxima MC)
- Dr. Marike van der Schaaf (associate professor, Amsterdam UMC)
- Dr. Erik Slim (revalidatiearts, Ziekenhuis Rivierland)
- Drs. Bart de Brouwer (longarts, Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis)
- Dr. Kamiel Kuijpers (revalidatiearts, Medisch Spectrum Twente)
- Prof. Edwin van den Heuvel (statistics professor, Technische Universiteit Eindhoven)
- Dr. Margo van Mol (patiëntvertegenwoordiger, FCIC/IC Connect en assistant professor, Erasmus MC)
- Dr. Esther Hosli (onderzoekskoördinator Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen)

DE PRONKHOEK

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

Verkorte productinformatie van BOTOX - zie pag. 52.

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

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

Therapeutische indicaties BOTOX is o.a. geïndiceerd voor de (symptomatische) behandeling van: *Focale spasticiteit van de enkel en voet bij ambulante pediatrische patiënten met hersenverlamming, van twee jaar of ouder als aanvulling op revalidatietherapie. *Focale spasticiteit van de pols en hand bij volwassen patiënten na een beroerte. *Focale spasticiteit van de enkel en de voet bij volwassen patiënten na een beroerte (zie rubriek Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik). *Blefarospasme, hemifaciale spasme en geassocieerde focale dystoniën.*Cervicale dystonie (torticollis spastica). **Contra-indicaties** BOTOX is gecontra-indiceerd: voor personen met een bekende overgevoeligheid voor botulinumtoxine type A of voor één van de hulpstoffen; bij een infectie op de voorgestelde injectieplaats(en). **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik** De aanbevolen doses en toedieningsfrequenties van BOTOX mogen niet worden overschreden omdat de patiënt dan risico loopt op overdosis, overmatige spierzwakte, grote verspreiding van het toxine en de vorming van neutraliserende antilichamen. De eerste dosis voor een nieuwe patiënt dient de laagste aanbevolen dosis voor de specifieke indicatie te zijn. Dit geneesmiddel bevat minder dan 1 mmol natrium (23 mg) per facon, dat wil zeggen dat het in wezen 'natriumvrij' is. Voorschrijvers en patiënten moeten zich ervan bewust zijn dat bijwerkingen kunnen optreden, ook al werden eerdere injecties goed verdragen. Daarom is voorzichtigheid geboden bij elke toediening. Bijwerkingen door verspreiding van het toxine weg van de plaats van toediening werden gemeld (zie rubriek Bijwerkingen), soms met een dodelijke afloop, die in sommige gevallen in verband werd gebracht met dysfagie, longontsteking en/of significante zwakte. Deze symptomen komen overeen met het werkingsmechanisme van botulinumtoxine en werden uren tot weken na de injectie gemeld. Het risico op symptomen is waarschijnlijk het grootst bij patiënten met onderliggende aandoeningen of met comorbiditeiten die hen vatbaar maken voor deze symptomen; waaronder kinderen en volwassenen die worden behandeld voor spasticiteit en hoge doses krijgen. Patiënten die worden behandeld met therapeutische doses kunnen meer spierzwakte vertonen. Er moet rekening worden gehouden met de risico's en voordelen voor elke afzonderlijke patiënt voordat de behandeling met BOTOX wordt gestart. Dysfagie werd ook gemeld na injectie op andere plaatsen dan de halsspieren (zie onder "Cervicale dystonie"). BOTOX mag alleen met zeer veel voorzichtigheid en onder streng toezicht worden gebruikt bij patiënten met subklinische of klinische symptomen van gebrekkige neuromusculaire overdracht, zoals myasthenia gravis of het Eaton-Lambertsyndroom bij patiënten met perifere motor neuropathische aandoeningen (zoals amyotrofe laterale sclerose of motorische neuropathie) en bij patiënten met onderliggende neurologische aandoeningen. Deze patiënten kunnen gevoeliger zijn voor middelen zoals BOTOX, zelfs bij toediening van standaarddoseringen. Het gebruik bij deze patiënten kan leiden tot extreme spierzwakte en een verhoogd risico op klinisch significante systemische effecten, zoals ernstige dysfagie en ademhalingsproblemen. Het botulinumtoxine dient bij die patiënten te worden gebruikt onder toezicht van een specialist en het mag alleen worden gebruikt als de voordelen van de behandeling opwegen tegen het risico. Bijzondere voorzichtigheid is geboden bij de behandeling van patiënten met een voorgeschiedenis van dysfagie en aspiratie. Patiënten of zorgverstrekkers moeten onmiddellijk een arts raadplegen als er slik-, spraak- of ademhalingsproblemen optreden. Zoals bij andere behandelingen die voordien niet-mobiele patiënten in staat stellen hun activiteiten te hervatten, dient men de niet-mobiele patiënt erop te wijzen dat hij of zij de activiteiten geleidelijk moet hervatten. De relevante anatomie en alle wijzigingen van de anatomie als gevolg van eerdere operaties moeten duidelijk zijn voordat BOTOX wordt toegediend en injectie in kwetsbare anatomische structuren moet worden vermeden. Pneumothorax geassocieerd met de injectieprocedure werd gemeld na de toediening van BOTOX in de buurt van de borstkas. Voorzichtigheid is geboden bij het injecteren in de buurt van de longen (vooral de toppen) of andere kwetsbare anatomische structuren. Ernstige bijwerkingen, waaronder fatale afloop, zijn gemeld bij patiënten die niet-geregistreerde injecties ("off-label") van BOTOX rechtstreeks in de speekselklieren, het orolinguaal-faryngeaal gebied, de slokdarm en de maag kregen toegediend. Sommige patiënten hadden reeds bestaande dysfagie of significante zwakte. Ernstige en/of onmiddellijke 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 en/of bloeding/blauwe plekken. Pijn en/of angst gerelateerd met de naald kunnen leiden tot vasovagale reacties, zoals syncope, hypotensie, enzovoort. Voorzichtigheid is geboden als BOTOX wordt gebruikt in de aanwezigheid van ontstekingen op de voorgenomen injectieplaats(en) of als de te behandelen spier overmatige zwakte of atrofie vertoont. Voorzichtigheid is ook geboden als BOTOX wordt gebruikt voor de behandeling van patiënten met perifere motorische neuropathische ziekten (zoals amyotrofe laterale sclerose of motorische neuropathie). Er zijn ook meldingen van bijwerkingen na de toediening van BOTOX met betrekking tot het cardiovasculaire systeem, met inbegrip van aritmie en myocardinfarct, soms met fatale afloop. Sommige van deze patiënten vertoonden risicofactoren, zoals een cardiovasculaire ziekte. Nieuwe of terugkerende epileptische aanvallen zijn gemeld, in het bijzonder bij volwassen en pediatrische patiënten die daarvoor vatbaar zijn. Het exacte verband tussen deze aanvallen en de injectie van botulinumtoxine is niet vastgesteld. Bij de kinderen kwamen de meldingen voornamelijk van patiënten met hersenverlamming die werden behandeld voor spasticiteit. De vorming van neutraliserende antilichamen tegen 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 injectiefacons, injectie-intervallen, geïnjecteerde spieren en ietwat afwijkende potentiewaarden die door de gebruikte biologische testmethode worden gegeven. Terugvinden herkomst Om het terugvinden van de herkomst van biologicals te verbeteren moeten de naam en het batchnummer van het toegediende product goed geregistreerd worden. 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 Vlle zenuw. Als de ogen eerder zijn geopereerd, moet de gevoeligheid van het hoornvlies zorgvuldig worden getest. Het onderste ooglid wordt best niet geïnjecteerd om een ectropion te voorkomen en een eventueel epitheeldefect moet grondig worden behandeld. Hiervoor kunnen beschermende druppels, zelf, therapeutische zachte contactlenzen of sluiting van het oog met een pleister of andere middelen worden gebruikt. Ecchymose treedt gemakkelijk op in de weke delen van het ooglid. U kunt dit voorkomen door onmiddellijk na de injectie voorzichtig op de injectieplaats te drukken. Gezien de anticholinergische werking van botulinumtoxine moet u voorzichtig zijn bij de behandeling van patiënten met een risico op een geslotenkamerhoekglaucom, waaronder patiënten met anatomisch nauwe hoeken. Cervicale dystonie Patiënten met cervicale dystonie moeten worden ingelicht over de mogelijkheid van dysfagie. Die kan zeer licht, maar kan ook ernstig zijn. Dysfagie kan twee tot drie weken na de injectie aanhouden, maar er zijn ook gevallen gemeld waarbij de dysfagie tot vijf maanden na de injectie heeft geduurd. Mogelijke gevolgen van dysfagie zijn aspiratie, dyspneu en soms de noodzaak tot sondevoeding. In zeldzame gevallen is dysfagie gevolgd door verslikingspneumonie en overlijden gemeld. Het ontstaan van dysfagie kan worden tegengegaan door niet meer dan 100 eenheden te injecteren in de m. sternocleidomastoideus. Patiënten met een kleinere nekspiermassa of patiënten die bilaterale injecties in de m. sternocleidomastoideus krijgen, lopen een hoger risico op dysfagie. Dysfagie wordt veroorzaakt door de verspreiding van het toxine naar de slokdarmspieren. Injecties in de m. levator scapulae kunnen het risico op een infectie van de bovenste luchtwegen en dysfagie verhogen. Dysfagie kan leiden tot een verminderde voedsel- en 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 25% 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 ($\geq 1/10$); vaak ($\geq 1/100$, $< 1/10$). 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 Productinformatie van de Productenmerken. Focale spasticiteit van het onderste lidmaat bij pediatrische patiënten **Huid- en onderhuidaandoeningen**. Vaak: uitslag. **Letsel, vergiftiging en complicaties van de ingreep**. Vaak: ligamentverstuiking, huidschafwond. **Algemene aandoeningen en aandoeningen van de toedieningsplek**. Vaak: loopasverstoring, pijn op de injectieplaats. Focale spasticiteit van de bovenste ledematen als gevolg van een beroerte bij volwassenen **Maagdarmsstelselaandoeningen**. Vaak: Misselijkheid **Skeletspierstelsel- en bindweefsel-aandoeningen**. 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-aandoeningen**. Vaak: gewrichtspijn, stijfheid van de skeletspieren, spierzwakte. **Algemene aandoeningen en aandoeningen van de toedieningsplek**. Vaak: perifere oedeem. **Letsels, intoxicaties en verrichtingscomplicaties**. Vaak: vallen. Er werd bij herhaaldosering geen wijziging in het algemene veiligheidsprofiel waargenomen. **Blefarospasme, hemifaciale spasme en geassocieerde dystoniën** **Oogaandoeningen**. Zeer vaak: ptosis. Vaak: puntvormige hoornvliesontsteking (keratitis), lagofthalmus, droog oog, fotofobie, oogirritatie, meer traansecretie. **Huid- en onderhuidaandoeningen**. Vaak: ecchymose. **Algemene aandoeningen en aandoeningen van de toedieningsplek**. Vaak: irritatie, oedeem in het gezicht. **Cervicale dystonie** **Infecties en parasitaire aandoeningen**. Vaak: irritatie in de neus (rhinitis), infectie van de bovenste luchtwegen. **Aandoeningen van het zenuwstelsel**. Vaak: duizeligheid, hypertensie, hypo-esthesie, slaperigheid, hoofdpijn. **Maagdarmsstelselaandoeningen**. Zeer vaak: sliktstornis (dysfagie). Vaak: droge mond, misselijkheid. **Skeletspierstelsel- en bindweefsel-aandoeningen**. Zeer vaak: spierzwakte. Vaak: stijfheid in bij 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