

NEDERLANDS TIJDSCHRIFT VOOR

REVALIDATIE GENEESKUNDE



NEDERLANDSE
VERENIGING VAN
REVALIDATIEARTSEN

JAARGANG 46 | NUMMER 3 | JUNI 2024

UITGAVE VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING VAN REVALIDATIEARTSEN



FOCUS OP JURIDISCHE ZAKEN

IN DIT NUMMER ONDER ANDERE

Pagina 11
**Calamiteiten
en de rol
van de IGJ**

Pagina 14
**De Geschillen-
commissie**

Pagina 25
**Persoonlijke ervaringen
met tuchtrecht
en calamiteit**

Pagina 38
**Interview met
gezondheidszorg-
advocaat Koen Mous**

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

In dit nummer

FOCUS OP JURIDISCHE ZAKEN

5

EDITORIAL

Slapeloze nachten...

6

KORTOM

Toetsvragen

10

EDITORIAL THEMAREDACTIE

Focus op juridische zaken

11

ACTUEEL

Calamiteiten in de zorg en de rol van de IGJ

14

ACTUEEL

De Geschillencommissie als alternatief voor rechtszaak

16

ACTUEEL

Klachtenfunctionaris:
Een klacht is géén cadeautje!

20

ACTUEEL

VIM-commissie

22

INTERVIEW

Interview met prof. dr. Rob Smeets en René Oosterwijk
'Pijnrevalidatie in een ZBC?'

Nuttig en nodig?

28

ACTUEEL

Ervaring met
peer-supportprogramma UMCG

30

ACTUEEL

Een medische expertise

32

Persoonlijke ervaringen van drie
revalidatieartsen met tuchtrecht
en calamiteit

38

INTERVIEW

Interview met gezondheidszorg-
advocaat Koen Mous
*'Revalidatieprofessionals mogen
veel meer ruimte innemen in het
contact met zorgverzekeraars'*

44

ACTUEEL

Ervaringen in het
Centraal Tuchtcollege

46

ACTUEEL

Patiëntenparticipatie in
revalidatieonderzoek

49

ACTUEEL

Ervaringsdeskundigheid
in de MSR

52

CASUÏSTIEK

De kracht van revalidatiezorg
na IC-opname

55

JUNIOR VRA

Verdiepingsstage Kwaliteit
binnen de opleiding

58

PROEFSCHRIFT

Duchenne spierdystrofie:
toekomstperspectieven

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

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

Therapeutische indicaties BOTOX is o.a. geïndiceerd voor de (symptomatische) behandeling van: *Focale spasticiteit van de enkel en voet bij ambulante pediatrie patiënten met hersenverlamming, van twee jaar of ouder als aanvulling op revalidatietherapie. *Focale spasticiteit van de pols en hand bij volwassen patiënten na een beroerte. *Focale spasticiteit van de enkel en de voet bij volwassen patiënten na een beroerte (zie rubriek Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik). *Blefarospasme, hemifaciale spasme en geassocieerde focale dystoniën.*Cervicale dystonie (torticollis spasica). **Contra-indicaties** BOTOX is gecontra-indiceerd voor personen met een bekende overgevoeligheid voor botulinumtoxine type A of voor één van de hulpstoffen; bij een infectie op de voorgestelde injectieplaats(en). **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik** De aanbevolen doses en toedieningsfrequenties van BOTOX mogen niet worden overschreden omdat de patiënt dan risico loopt op overdosis, overmatige spierzwakte, grote verspreiding van het toxine en de vorming van neutraliserende antilichamen. De eerste dosis voor een nieuwe patiënt dient de laagste aanbevolen dosis voor de specifieke indicatie te zijn. Dit geneesmiddel bevat minder dan 1 mmol natrium (23 mg) per flacon, dat wil zeggen dat het in wezen 'natriumvrij' is. Voorschrijvers en patiënten moeten zich ervan bewust zijn dat bijwerkingen kunnen optreden, ook al werden eerdere injecties goed verdragen. Daarom is voorzichtigheid geboden bij elke toediening. Bijwerkingen door verspreiding van het toxine weg van de plaats van toediening werden gemeld (zie rubriek Bijwerkingen), soms met een dodelijke afloop, die in sommige gevallen in verband werd gebracht met dysfagie, longontsteking en/of significante zwakte. Deze symptomen komen overeen met het werkingsmechanisme van botulinumtoxine en werden uren tot weken na de injectie gemeld. Het risico op symptomen is waarschijnlijk het grootst bij patiënten met onderliggende aandoeningen of met comorbiditeiten die hen vatbaar maken voor deze symptomen; waaronder kinderen en volwassenen die worden behandeld voor spasticiteit en hoge doses krijgen. Patiënten die worden behandeld met therapeutische doses kunnen meer spierzwakte vertonen. Er moet rekening worden gehouden met de risico's en voordelen voor elke afzonderlijke patiënt voordat de behandeling met BOTOX wordt gestart. Dysfagie werd ook gemeld na injectie op andere plaatsen dan de halspijnen (zie onder "Cervicale dystonie"). BOTOX mag alleen met zeer veel voorzichtigheid en onder streng toezicht worden gebruikt bij patiënten met subklinische of klinische symptomen van gebrekkige neuromusculaire overdracht, zoals myasthenia gravis of het Eaton-lambertsyndroom bij patiënten met perifere motorische neuropathische aandoeningen (zoals amyotrofe laterale sclerose of motorische neuropathie) en bij patiënten met onderliggende neurologische aandoeningen. Deze patiënten kunnen gevoeliger zijn voor middelen zoals BOTOX, zelfs bij toediening van standaarddoseringen. Het gebruik bij deze patiënten kan leiden tot extreme spierzwakte en een verhoogd risico op klinisch significante systemische effecten, zoals ernstige dysfagie en ademhalingsproblemen. Het botulinumtoxine dient bij de patiënten te worden gebruikt onder toezicht van een specialist en het mag alleen worden gebruikt als de voordelen van de behandeling opwegen tegen het risico. Bijzondere voorzichtigheid is geboden bij de behandeling van patiënten met een voorgeschiedenis van dysfagie en aspiratie. Patiënten of zorgverstrekkers moeten onmiddellijk een arts raadplegen als er slik-, spraak- of ademhalingsproblemen optreden. Zoals bij andere behandelingen die voordien niet-mobiele patiënten in staat stellen hun activiteiten te hervatten, dient men de niet-mobiele patiënt erop te wijzen dat hij of zij de activiteiten geleidelijk moet hervatten. De relevante anatomie en alle wijzigingen van de anatomie als gevolg van eerdere operaties moeten duidelijk zijn voordat BOTOX wordt toegediend en injectie in kwetsbare anatomische structuren moet worden vermeden. Pneumothorax geassocieerd met de injectieprocedure werd gemeld na de toediening van BOTOX in de buurt van de borstkas. Voorzichtigheid is geboden bij het injecteren in de buurt van de longen (vooral de toppen) of andere kwetsbare anatomische structuren. Ernstige bijwerkingen, waaronder fatale afloop, zijn gemeld bij patiënten die niet-geregistreerde injecties ("off-label") van BOTOX rechtstreeks in de speekselklieren, het orolinguale-faryngeaal gebied, de slokdarm en de maag kregen toegediend. Sommige patiënten hadden reeds bestaande dysfagie of significante zwakte. Ernstige en/of onmiddellijke overgevoelighedsreacties, waaronder anafylaxie, serumziekte, urticaria, oedeemvorming en dyspneu, zijn slechts zelden gemeld. Sommige van deze reacties zijn gemeld na het gebruik van BOTOX, afzonderlijk of in combinatie met andere producten die worden gekoppeld aan vergelijkbare reacties. Als een dergelijke reactie zich voordoet, mogen geen injecties met BOTOX meer worden toegediend en moet er een geschikte medische behandeling, zoals epinefrine, worden toegepast. 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, parasthesie, hypesthesie, gevoeligheid, zwelling, erytheem en of bloeding/blauwe plekken. Pijn en/of angst gerelateerd met de naald kunnen leiden tot vasovagale reacties, zoals syncope, hypotensie, enzovoort. Voorzichtigheid is geboden als BOTOX wordt gebruikt in de aanwezigheid van ontstekingen op de voorgenomen injectieplaats(en) of als de te behandelen spier overmatige zwakte of atrofie vertoont. Voorzichtigheid is ook geboden als BOTOX wordt gebruikt voor de behandeling van patiënten met perifere motorische neuropathische ziekten (zoals amyotrofe laterale sclerose of motorische neuropathie). Er zijn ook meldingen van bijwerkingen na de toediening van BOTOX met betrekking tot het cardiovasculaire systeem, met inbegrip van aritmie en myocardinfarct, soms met fatale afloop. Sommige van deze patiënten vertoonden risicofactoren, zoals een cardiovasculaire ziekte. Nieuwe of terugkerende epileptische aanvallen zijn gemeld, in het bijzonder bij volwassen en pediatrie patiënten die daarvoor vatbaar zijn. Het exacte verband tussen deze aanvallen en de injectie van botulinumtoxine is niet vastgesteld. Bij de kinderen kwamen de meldingen voornamelijk van patiënten met hersenverlamming die werden behandeld voor spasticiteit. De vorming van neutraliserende antilichamen voor botulinumtoxine type A kan de doeltreffendheid van een BOTOX-behandeling verminderen, doordat deze de biologische activiteit van het toxine inactiveren. Resultaten uit sommige onderzoeken suggereren dat BOTOX-injecties op frequentere intervallen of met hogere doses kunnen leiden tot een grotere incidentie van de vorming van antilichamen. Indien van toepassing, kan de kans op de vorming van antilichamen worden geminimaliseerd door te injecteren met de laagste doeltreffende dosis en met de langste klinisch geïndiceerde intervallen tussen injecties. Klinische fluctuaties tijdens het herhaaldelijk gebruik van BOTOX (evenals bij alle botulinumtoxines) kunnen het gevolg zijn van andere procedures voor de reconstitutie van injectieflacons, injectie-intervallen, geïnjecteerde spieren en ietwat afwijkende potentiewaarden die door de gebruikte biologische testmethode worden gegeven. Terugvinden herkomst Om het terugvinden van de herkomst van biologicals te verbeteren moeten de naam en het batchnummer van het toegediende product goed geregistreerd worden. Pediatrie patiënten De veiligheid en werkzaamheid van BOTOX voor andere indicaties dan deze beschreven voor de pediatrie patiënten in de rubriek Indicaties werden niet vastgesteld. Nadat het geneesmiddel op de markt verscheen, zijn er zeer zeldzame meldingen geweest van toxineverspreiding naar andere plaatsen in het lichaam, bij pediatrie patiënten met comorbiditeiten, vooral bij hersenverlamming. Over het algemeen was de gebruikte dosis in deze gevallen hoger dan de aanbevolen dosis (zie rubriek Bijwerkingen). Er zijn zeldzame, spontane meldingen van overlijden, soms geassocieerd met aspiratiepneumonie bij kinderen met ernstige hersenverlamming na de behandeling met botulinumtoxine, inclusief na off-label gebruik (bijv. in de nek). Uiterste voorzichtigheid is geboden bij de behandeling van pediatrie patiënten met significante neurologische zwakte, dysfagie of een recent verleden van aspiratiepneumonie of longziekte. Patiënten met een slechte gezondheidstoestand mogen alleen worden behandeld als de mogelijke voordelen van de behandeling voor de individuele patiënt opwegen tegen de risico's. Focale spasticiteit van de enkel en voet als gevolg van hersenverlamming bij kinderen en focale spasticiteit van de enkel, 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 gefixeerd 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 "Pediatrie patiënten". Blefarospasme Minder knippen met de ogen na de injectie van botulinumtoxine in de m. orbicularis kan leiden tot blootstelling van het hoornvlies, aanhoudend epitheeldefect en verzuring van het hoornvlies, vooral bij patiënten met aandoeningen van de Ville 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, zalf, 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 slokdarmspijnen. Injecties in de m. levator scapulae kunnen het risico op een infectie van de bovenste luchtwegen en dysfagie verhogen. Dysfagie kan leiden tot een verminderde voedsel- en vochtinname met gewichtsverlies en uitdroging als gevolg. Patiënten met subklinische dysfagie lopen meer kans op ernstigere dysfagie na injectie van BOTOX. **Bijwerkingen Algemeen** In gecontroleerde klinische onderzoeken werden bijwerkingen gemeld die door de onderzoekers in verband werden gebracht met BOTOX, bij 35% van de patiënten met blefarospasme, bij 28% met cervicale dystonie, bij 8% met pediatrie spasticiteit 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, parasthesie, hypesthesie, gevoeligheid, zwelling/oedeem, erytheem, plaatselijke infectie, bloeding en/of blauwe plekken. Pijn en/of angst gerelateerd met de naald kunnen leiden tot vasovagale reacties, waaronder voorbijgaande symptomatische hypotensie en syncope. Koorts en een griepachtig syndroom werden eveneens gemeld na injectie van botulinumtoxine. De bijwerkingen zijn onderverdeeld in onderstaande categorieën, afhankelijk van hun frequentie: zeer vaak (≥1/10); vaak (≥1/100, <1/10). Hieronder vindt u de bijwerkingen, die verschillen afhankelijk van het deel van het lichaam waar BOTOX wordt ingespoten. De volledige lijst van bijwerkingen kan worden geraadpleegd in de volledige versie van de Samenvatting van de Productkenmerken. Focale spasticiteit van het onderste lidmaat bij pediatrie patiënten Huid- en onderhuidaandoeningen. Vaak: uitslag. Letzel, vergiftiging en complicaties van de ingreep. Vaak: ligamentverstuiking, huidschaafwond. Algemene aandoeningen en aandoeningen van de toedieningsplek. Vaak: looppasverstoring, pijn op de injectieplaats. Focale spasticiteit van de bovenste ledematen als gevolg van een beroerte bij volwassenen Maagdarmstelselaandoeningen. 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: perifer oedeem. Letzel, intoxicaties en verichtingscomplicaties. Vaak: vallen. 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, parasthesie, hypesthesie, gevoeligheid, zwelling/oedeem, erytheem, plaatselijke infectie, bloeding en/of blauwe plekken. Pijn en/of angst gerelateerd met de naald kunnen leiden tot vasovagale reacties, waaronder voorbijgaande symptomatische hypotensie en syncope. Koorts en een griepachtig syndroom werden eveneens gemeld na injectie van botulinumtoxine. De bijwerkingen zijn onderverdeeld in onderstaande categorieën, afhankelijk van hun frequentie: zeer vaak (≥1/10); vaak (≥1/100, <1/10). Hieronder vindt u de bijwerkingen, die verschillen afhankelijk van het deel van het lichaam waar BOTOX wordt ingespoten. De volledige lijst van bijwerkingen kan worden geraadpleegd in de volledige versie van de Samenvatting van de Productkenmerken. Focale spasticiteit van het onderste lidmaat bij pediatrie patiënten Huid- en onderhuidaandoeningen. Vaak: uitslag. Letzel, vergiftiging en complicaties van de ingreep. Vaak: ligamentverstuiking, huidschaafwond. Algemene aandoeningen en aandoeningen van de toedieningsplek. Vaak: looppasverstoring, pijn op de injectieplaats. Focale spasticiteit van de bovenste ledematen als gevolg van een beroerte bij volwassenen Maagdarmstelselaandoeningen. 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: perifer oedeem. Letzel, intoxicaties en verichtingscomplicaties. Vaak: vallen. 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, parasthesie, hypesthesie, gevoeligheid, zwelling/oedeem, erytheem, plaatselijke infectie, bloeding en/of blauwe plekken. Pijn en/of angst gerelateerd met de naald kunnen leiden tot vasovagale reacties, waaronder voorbijgaande symptomatische hypotensie en syncope. Koorts en een griepachtig syndroom werden eveneens gemeld na injectie van botulinumtoxine. De bijwerkingen zijn onderverdeeld in onderstaande categorieën, afhankelijk van hun frequentie: zeer vaak (≥1/10); vaak (≥1/100, <1/10). Hieronder vindt u de bijwerkingen, die verschillen afhankelijk van het deel van het lichaam waar BOTOX wordt ingespoten. De volledige lijst van bijwerkingen kan worden geraadpleegd in de volledige versie van de Samenvatting van de Productkenmerken. Focale spasticiteit van het onderste lidmaat bij pediatrie patiënten Huid- en onderhuidaandoeningen. Vaak: uitslag. Letzel, vergiftiging en complicaties van de ingreep. Vaak: ligamentverstuiking, huidschaafwond. Algemene aandoeningen en aandoeningen van de toedieningsplek. Vaak: looppasverstoring, pijn op de injectieplaats. Focale spasticiteit van de bovenste ledematen als gevolg van een beroerte bij volwassenen Maagdarmstelselaandoeningen. 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: perifer oedeem. Letzel, intoxicaties en verichtingscomplicaties. Vaak: vallen. 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, parasthesie, hypesthesie, gevoeligheid, zwelling/oedeem, erytheem, plaatselijke infectie, bloeding en/of blauwe plekken. Pijn en/of angst gerelateerd met de naald kunnen leiden tot vasovagale reacties, waaronder voorbijgaande symptomatische hypotensie en syncope. Koorts en een griepachtig syndroom werden eveneens gemeld na injectie van botulinumtoxine. De bijwerkingen zijn onderverdeeld in onderstaande categorieën, afhankelijk van hun frequentie: zeer vaak (≥1/10); vaak (≥1/100, <1/10). Hieronder vindt u de bijwerkingen, die verschillen afhankelijk van het deel van het lichaam waar BOTOX wordt ingespoten. De volledige lijst van bijwerkingen kan worden geraadpleegd in de volledige versie van de Samenvatting van de Productkenmerken. Focale spasticiteit van het onderste lidmaat bij pediatrie patiënten Huid- en onderhuidaandoeningen. Vaak: uitslag. Letzel, vergiftiging en complicaties van de ingreep. Vaak: ligamentverstuiking, huidschaafwond. Algemene aandoeningen en aandoeningen van de toedieningsplek. Vaak: looppasverstoring, pijn op de injectieplaats. Focale spasticiteit van de bovenste ledematen als gevolg van een beroerte bij volwassenen Maagdarmstelselaandoeningen. 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: perifer oedeem. Letzel, intoxicaties en verichtingscomplicaties. Vaak: vallen. 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, parasthesie, hypesthesie, gevoeligheid, zwelling/oedeem, erytheem, plaatselijke infectie, bloeding en/of blauwe plekken. Pijn en/of angst gerelateerd met de naald kunnen leiden tot vasovagale reacties, waaronder voorbijgaande symptomatische hypotensie en syncope. Koorts en een griepachtig syndroom werden eveneens gemeld na injectie van botulinumtoxine. De bijwerkingen zijn onderverdeeld in onderstaande categorieën, afhankelijk van hun frequentie: zeer vaak (≥1/10); vaak (≥1/100, <1/10). Hieronder vindt u de bijwerkingen, die verschillen afhankelijk van het deel van het lichaam waar BOTOX wordt ingespoten. De volledige lijst van bijwerkingen kan worden geraadpleegd in de volledige versie van de Samenvatting van de Productkenmerken. Focale spasticiteit van het onderste lidmaat bij pediatrie patiënten Huid- en onderhuidaandoeningen. Vaak: uitslag. Letzel, vergiftiging en complicaties van de ingreep. Vaak: ligamentverstuiking, huidschaafwond. Algemene aandoeningen en aandoeningen van de toedieningsplek. Vaak: looppasverstoring, pijn op de injectieplaats. Focale spasticiteit van de bovenste ledematen als gevolg van een beroerte bij volwassenen Maagdarmstelselaandoeningen. 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: perifer oedeem. Letzel, intoxicaties en verichtingscomplicaties. Vaak: vallen. 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, parasthesie, hypesthesie, gevoeligheid, zwelling/oedeem, erytheem, plaatselijke infectie, bloeding en/of blauwe plekken. Pijn en/of angst gerelateerd met de naald kunnen leiden tot vasovagale reacties, waaronder voorbijgaande symptomatische hypotensie en syncope. Koorts en een griepachtig syndroom werden eveneens gemeld na injectie van botulinumtoxine. De bijwerkingen zijn onderverdeeld in onderstaande categorieën, afhankelijk van hun frequentie: zeer vaak (≥1/10); vaak (≥1/100, <1/10). Hieronder vindt u de bijwerkingen, die verschillen afhankelijk van het deel van het lichaam waar BOTOX wordt ingespoten. De volledige lijst van bijwerkingen kan worden geraadpleegd in de volledige versie van de Samenvatting van de Productkenmerken. Focale spasticiteit van het onderste lidmaat bij pediatrie patiënten Huid- en onderhuidaandoeningen. Vaak: uitslag. Letzel, vergiftiging en complicaties van de ingreep. Vaak: ligamentverstuiking, huidschaafwond. Algemene aandoeningen en aandoeningen van de toedieningsplek. Vaak: looppasverstoring, pijn op de injectieplaats. Focale spasticiteit van de bovenste ledematen als gevolg van een beroerte bij volwassenen Maagdarmstelselaandoeningen. 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: perifer oedeem. Letzel, intoxicaties en verichtingscomplicaties. Vaak: vallen. 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, parasthesie, hypesthesie, gevoeligheid, zwelling/oedeem, erytheem, plaatselijke infectie, bloeding en/of blauwe plekken. Pijn en/of angst gerelateerd met de naald kunnen leiden tot vasovagale reacties, waaronder voorbijgaande symptomatische hypotensie en syncope. Koorts en een griepachtig syndroom werden eveneens gemeld na injectie van botulinumtoxine. De bijwerkingen zijn onderverdeeld in onderstaande categorieën, afhankelijk van hun frequentie: zeer vaak (≥1/10); vaak (≥1/100, <1/10). Hieronder vindt u de bijwerkingen, die verschillen afhankelijk van het deel van het lichaam waar BOTOX wordt ingespoten. De volledige lijst van bijwerkingen kan worden geraadpleegd in de volledige versie van de Samenvatting van de Productkenmerken. Focale spasticiteit van het onderste lidmaat bij pediatrie patiënten Huid- en onderhuidaandoeningen. Vaak: uitslag. Letzel, vergiftiging en complicaties van de ingreep. Vaak: ligamentverstuiking, huidschaafwond. Algemene aandoeningen en aandoeningen van de toedieningsplek. Vaak: looppasverstoring, pijn op de injectieplaats. Focale spasticiteit van de bovenste ledematen als gevolg van een beroerte bij volwassenen Maagdarmstelselaandoeningen. 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: perifer oedeem. Letzel, intoxicaties en verichtingscomplicaties. Vaak: vallen. 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, parasthesie, hypesthesie, gevoeligheid, zwelling/oedeem, erytheem, plaatselijke infectie, bloeding en/of blauwe plekken. Pijn en/of angst gerelateerd met de naald kunnen leiden tot vasovagale reacties, waaronder voorbijgaande symptomatische hypotensie en syncope. Koorts en een griepachtig syndroom werden eveneens gemeld na injectie van botulinumtoxine. De bijwerkingen zijn onderverdeeld in onderstaande categorieën, afhankelijk van hun frequentie: zeer vaak (≥1/10); vaak (≥1/100, <1/10). Hieronder vindt u de bijwerkingen, die verschillen afhankelijk van het deel van het lichaam waar BOTOX wordt ingespoten. De volledige lijst van bijwerkingen kan worden geraadpleegd in de volledige versie van de Samenvatting van de Productkenmerken. Focale spasticiteit van het onderste lidmaat bij pediatrie patiënten Huid- en onderhuidaandoeningen. Vaak: uitslag. Letzel, vergiftiging en complicaties van de ingreep. Vaak: ligamentverstuiking, huidschaafwond. Algemene aandoeningen en aandoeningen van de toedieningsplek. Vaak: looppasverstoring, pijn op de injectieplaats. Focale spasticiteit van de bovenste ledematen als gevolg van een beroerte bij volwassenen Maagdarmstelselaandoeningen. 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: perifer oedeem. Letzel, intoxicaties en verichtingscomplicaties. Vaak: vallen. 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, parasthesie, hypesthesie, gevoeligheid, zwelling/oedeem, erytheem, plaatselijke infectie, bloeding en/of blauwe plekken. Pijn en/of angst gerelateerd met de naald kunnen leiden tot vasovagale reacties, waaronder voorbijgaande symptomatische hypotensie en syncope. Koorts en een griepachtig syndroom werden eveneens gemeld na injectie van botulinumtoxine. De bijwerkingen zijn onderverdeeld in onderstaande categorieën, afhankelijk van hun frequentie: zeer vaak (≥1/10); vaak (≥1/100, <1/10). Hieronder vindt u de bijwerkingen, die verschillen afhankelijk van het deel van het lichaam waar BOTOX wordt ingespoten. De volledige lijst van bijwerkingen kan worden geraadpleegd in de volledige versie van de Samenvatting van de Productkenmerken. Focale spasticiteit van het onderste lidmaat bij pediatrie patiënten Huid- en onderhuidaandoeningen. Vaak: uitslag. Letzel, vergiftiging en complicaties van de ingreep. Vaak: ligamentverstuiking, huidschaafwond. Algemene aandoeningen en aandoeningen van de toedieningsplek. Vaak: looppasverstoring, pijn op de injectieplaats. Focale spasticiteit van de bovenste ledematen als gevolg van een beroerte bij volwassenen Maagdarmstelselaandoeningen. 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: perifer oedeem. Letzel, intoxicaties en verichtingscomplicaties. Vaak: vallen. 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, parasthesie, hypesthesie, gevoeligheid, zwelling/oedeem, erytheem, plaatselijke infectie, bloeding en/of blauwe plekken. Pijn en/of angst gerelateerd met de naald kunnen leiden tot vasovagale reacties, waaronder voorbijgaande symptomatische hypotensie en syncope. Koorts en een griepachtig syndroom werden eveneens gemeld na injectie van botulinumtoxine. De bijwerkingen zijn onderverdeeld in onderstaande categorieën, afhankelijk van hun frequentie: zeer vaak (≥1/10); vaak (≥1/100, <1/10). Hieronder vindt u de bijwerkingen, die verschillen afhankelijk van het deel van het lichaam waar BOTOX wordt ingespoten. De volledige lijst van bijwerkingen kan worden geraadpleegd in de volledige versie van de Samenvatting van de Productkenmerken. Focale spasticiteit van het onderste lidmaat bij pediatrie patiënten Huid- en onderhuidaandoeningen. Vaak: uitslag. Letzel, vergiftiging en complicaties van de ingreep. Vaak: ligamentverstuiking, huidschaafwond. Algemene aandoeningen en aandoeningen van de toedieningsplek. Vaak: looppasverstoring, pijn op de injectieplaats. Focale spasticiteit van de bovenste ledematen als gevolg van een beroerte bij volwassenen Maagdarmstelselaandoeningen. 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: perifer oedeem. Letzel, intoxicaties en verichtingscomplicaties. Vaak: vallen. 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, parasthesie, hypesthesie, gevoeligheid, zwelling/oedeem, erytheem, plaatselijke infectie, bloeding en/of blauwe plekken. Pijn en/of angst gerelateerd met de naald kunnen leiden tot vasovagale reacties, waaronder voorbijgaande symptomatische hypotensie en syncope. Koorts en een griepachtig syndroom werden eveneens gemeld na injectie van botulinumtoxine. De bijwerkingen zijn onderverdeeld in onderstaande categorieën, afhankelijk van hun frequentie: zeer vaak (≥1/10); vaak (≥1/100, <1/10). Hieronder vindt u de bijwerkingen, die verschillen afhankelijk van het deel van het lichaam waar BOTOX wordt ingespoten. De volledige lijst van bijwerkingen kan worden geraadpleegd in de volledige versie van de Samenvatting van de Productkenmerken. Focale spasticiteit van het onderste lidmaat bij pediatrie patiënten Huid- en onderhuidaandoeningen. Vaak: uitslag. Letzel, vergiftiging en complicaties van de ingreep. Vaak: ligamentverstuiking, huidschaafwond. Algemene aandoeningen en aandoeningen van de toedieningsplek. Vaak: looppasverstoring, pijn op de injectieplaats. Focale spasticiteit van de bovenste ledematen als gevolg van een beroerte bij volwassenen Maagdarmstelselaandoeningen. 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: perifer oedeem. Letzel, intoxicaties en verichtingscomplicaties. Vaak: vallen. 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, parasthesie, hypesthesie, gevoeligheid, zwelling/oedeem, erytheem, plaatselijke infectie, bloeding en/of blauwe plekken. Pijn en/of angst gerelateerd met de naald kunnen leiden tot vasovagale reacties, waaronder voorbijgaande symptomatische hypotensie en syncope. Koorts en een griepachtig syndroom werden eveneens gemeld na injectie van botulinumtoxine. De bijwerkingen zijn onderverdeeld in onderstaande categorieën, afhankelijk van hun frequentie: zeer vaak (≥1/10); vaak (≥1/100, <1/10). Hieronder vindt u de bijwerkingen, die verschillen afhankelijk van het deel van het lichaam waar BOTOX wordt ingespoten. De volledige lijst van bijwerkingen kan worden geraadpleegd in de volledige versie van de Samenvatting van de Productkenmerken. Focale spasticiteit van het onderste lidmaat bij pediatrie patiënten Huid- en onderhuidaandoeningen. Vaak: uitslag. Letzel, vergiftiging en complicaties van de ingreep. Vaak: ligamentverstuiking, huidschaafwond. Algemene aandoeningen en aandoeningen van de toedieningsplek. Vaak: looppasverstoring, pijn op de injectieplaats. Focale spasticiteit van de bovenste ledematen als gevolg van een beroerte bij volwassenen Maagdarmstelselaandoeningen. 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: perifer oedeem. Letzel, intoxicaties en verichtingscomplicaties. Vaak: vallen. 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, parasthesie, hypesthesie, gevoeligheid, zwelling/oedeem, erytheem, plaatselijke infectie, bloeding en/of blauwe plekken. Pijn en/of angst gerelateerd met de naald kunnen leiden tot vasovagale reacties, waaronder voorbijgaande symptomatische hypotensie en syncope. Koorts en een griepachtig syndroom werden eveneens gemeld na injectie van botulinumtoxine. De bijwerkingen zijn onderverdeeld in onderstaande categorieën, afhankelijk van hun frequentie: zeer vaak (≥1/10); vaak (≥1/100, <1/10). Hieronder vindt u de bijwerkingen, die verschillen afhankelijk van het deel van het lichaam waar BOTOX wordt ingespoten. De volledige lijst van bijwerkingen kan worden geraadpleegd in de volledige versie van de Samenvatting van de Productkenmerken. Focale spasticiteit van het onderste lidmaat bij pediatrie patiënten Huid- en onderhuidaandoeningen. Vaak: uitslag. Letzel, vergiftiging en complicaties van de ingreep. Vaak: ligamentverstuiking, huidschaafwond. Algemene aandoeningen en aandoeningen van de toedieningsplek. Vaak: looppasverstoring, pijn op de injectieplaats. Focale spasticiteit van de bovenste ledematen als gevolg van een beroerte bij volwassenen Maagdarmstelselaandoeningen. 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: perifer oedeem. Letzel, intoxicaties en verichtingscomplicaties. Vaak: vallen. 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, parasthesie, hypesthesie, gevoeligheid, zwelling/oedeem, erytheem, plaatselijke infectie, bloeding en/of blauwe plekken. Pijn en/of angst gerelateerd met de naald kunnen leiden tot vasovagale reacties, waaronder voorbijgaande symptomatische hypotensie en syncope. Koorts en een griepachtig syndroom werden eveneens gemeld na injectie van botulinumtoxine. De bijwerkingen zijn onderverdeeld in onderstaande categorieën, afhankelijk van hun frequentie: zeer vaak (≥1/10); vaak (≥1/100, <1/10). Hieronder vindt u de bijwerkingen, die verschillen afhankelijk van het deel van het lichaam waar BOTOX wordt ingespoten. De volledige lijst van bijwerkingen kan worden geraadpleegd in de volledige versie van de Samenvatting van de Productkenmerken. Focale spasticiteit van het onderste lidmaat bij pediatrie patiënten Huid- en onderhuidaandoeningen. Vaak: uitslag. Letzel, vergift

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
Drs. Yara van Boven
Dr. Janneke Haisma
Dr. Jorrit Meesters
Drs. Eske Ravensbergen
Dr. Janneke Stolk-Swüste
Drs. Loes Swaan

Hoofredacteur

Prof. dr. Jan Geertzen

Eindredactie

Heidi Wals

Redactieadres

Redactiesecretariaat t.a.v. Heidi Wals
Nederlandse Vereniging van 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^e jaargang, nummer 3

ISSN 2211-3665

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



VAN DE HOOFDREDACTEUR

Slapeloze nachten...



Als NTR-redactie proberen we een jaarplanning te maken van de themanummers. Medio 2023 besloten we tot een NTR editie met de focus op juridische zaken. Toen kon ik nog niet bevroeden dat ik - na bijna 40 jaar arts-zijn - in het najaar van 2023, zelf aangeklaagd zou worden door een patiënt waarmee ik niet eens een behandelrelatie had. Ik had deze patiënt vier jaar daarvoor, volledig volgens protocol en na een teambesluit,

afgewezen te gaan zien. Slapeloze nachten volgden; had ik/hadden wij iets over het hoofd gezien? Daarna kwamen de gesprekken met juristen en onze chef de clinique. Ik ben uiteindelijk op alle aanklachten vrijgesproken, maar de spanning komt soms nog terug.

De bijdragen van drie collegae aan dit themanummer, met hun persoonlijke verhalen over tucht- dan wel calamiteit-zaken raken mij dan ook zeer. Ben er erg mee ingenomen dat zij hun ervaringen wilden delen. Dank daarvoor.

Op moment van schrijven van deze editorial ben ik in Leipzig voor de Orthopedie Technik 24. Terwijl ik hier rondloop moet ik terugdenken aan mijn jaren als *president* van ISPO, in 2010-2013. Voordat een tentoonstelling behorend bij een ISPO-congres geopend werd was er eerst een zogenaamde controleronde waarbij de firma's elkaar de maat namen. Ik bedoel daarmee: gecheckt werd of er (met name) firma's aanwezig waren die de octrooi-/patentregels hadden overtreden, ofwel producten hadden nagemaakt. Vaak ging het om Chinese, Koreaanse en Taiwanese firma's. Mijn taak was dan een Salamons oordeel te geven en soms werden firma's verwijderd van de tentoonstelling of moest men producten verwijderen uit de stand. Juristen en soms ook consulaten van de verschillende landen werden ingeschakeld om een en ander uit te vechten. Ook dat leidde vaak tot slapeloze nachten. Ik wil nu niet betogen dat juristen dan wel juridische zaken veelal leiden tot slapeloosheid, vandaar dat we ook een jurist hebben uitgenodigd om aan dit nummer mee te werken; iemand die de VRA afgelopen tijd goed heeft bijgestaan in het duidingsproces rond ons mooie vak: de revalidatie-geneeskunde.

De redactie wil met dit nummer de medisch-juridische wereld tonen, waarbij ik hoop dat u hiermee niet in aanraking hoeft te komen.

Jan Geertzen,
hoofredacteur

Kortom

RENÉ OOSTERWIJK IS DOCENT VAN HET JAAR 2024

René Oosterwijk (CIR, clinics in revalidatie) is uitgeroepen tot Docent van het Jaar 2024. De prijs werd tijdens het online Colloquium van de VRA, op 12 april 2024, bekend gemaakt door Sigrid Meijer van de Junior VRA. Junior-VRA lid Iris de Nie reikte - daags na de bekendmaking - de prijs, de oorkonde en het Docent van het Jaar beeldje, uit (foto).

Naast René Oosterwijk waren genomineerd: Helma Hijdra en Fred de Laat.

René was genomineerd vanwege zijn bijdrage als docent en coördinator van themacursus 6: Chronische pijn. Alle aiossen revalidatie-geneeskunde hebben kunnen stemmen op hun favoriete docent. Hij is gekozen als Docent van het Jaar vanwege zijn enthousiasme, bevologenheid en kennis van zaken. Aiossen schrijven hierover: 'Hij weet zijn kennis en enthousiasme voor de pijnrevalidatie over te brengen en brengt de principes en meerwaarde van dit aandachts-

gebied voor het voetlicht.' 'De themacursus Chronische pijn is heel goed opgezet, zeer interactief en inspirerend.' 'Er is duidelijk veel tijd en energie gestoken in de ontwikkeling van de cursus, waarbij René de mogelijkheden van het nieuwe onderwijsstelsel direct heeft toegepast.' 'Tijdens de cursus wordt veel ruimte gecreëerd voor inbreng vanuit de aiossen.' - HW



NIENKE KERVER WINNAAR WETENSCHAP TALENT AWARD 2024

De Wetenschap Talent Award 2024 is gewonnen door Nienke Kerver, aios revalidatiegeneeskunde uit het OOR Noord Oost (circuit Groningen/Friesland). Tijdens het online Colloquium, op 12 april 2024, maakte juryvoorzitter prof. dr. Vincent de Groot de winnaar van deze trofee bekend.

Nienke Kerver wordt door de jury beoordeeld als een onderzoeker met een mooi aantal publicaties, waarbij ze in vijf publicaties de eerste auteur is. Ook na haar promotieonderzoek is Nienke nog bezig met aanvullende onderzoeken. Het valorisatie-aspect van het door Nienke verrichte onderzoek wordt geroemd door de jury. Nienke heeft tevens een zeer waardevolle ervaring met

implementatie op een voor de revalidatie zeer relevant onderwerp.

De andere genomineerden voor deze prijs waren dit jaar Tim Crul en Lianne Houben. De Wetenschap Talent Award wordt beschikbaar gesteld door AbbVie. - HW



START COMMISSIE ARTIFICIAL INTELLIGENCE BIJ DE FEDERATIE

De snelle ontwikkelingen in AI-technologie bieden kansen om de kwaliteit van zorg te verbeteren en medisch specialisten te ondersteunen in hun dagelijks werk. Zij staan voor de uitdaging om op een verantwoorde manier om te gaan met deze AI-systemen. Om hen optimaal te ondersteunen en voor te bereiden op deze nieuwe ontwikkelingen, heeft de Federatie Medisch Specialist

de commissie AI opgericht. De commissie volgt de laatste ontwikkelingen, is aanspreekpunt en fungeert als vraagbaak voor zorgprofessionals en wetenschappelijke verenigingen. Mail voor meer informatie naar: s.faneyte@demedischspecialist.nl. NB: In Editie 4 van het NTR (verschijnt in oktober) ligt de focus op Kunstmatige Intelligentie. - HW

GENEESPLEZIER

Kwaliteit van zorg

Wat hebben juridische zaken te maken met geneesplezier? In eerste instantie heb ik daar niet veel positieve gedachten bij, maar als ik er verder over nadenk en dieper op de bedoeling in ga, gaat het volgens mij over een aantal dingen. Dingen die te maken hebben met onze kwaliteit van zorg. Nu kan je natuurlijk heel veel bommen opzetten over wat kwaliteit van zorg nu is. Volgens mij gaat kwaliteit van zorg over zeggen wat we doen en doen wat we zeggen, over weten wat we doen, over meerwaarde toevoegen, over het juiste doen voor de juiste persoon op het juiste moment.

Maar hoe weten onze patiënten en onze omgeving dat wij kwaliteit van zorg leveren, want wij kunnen dat zelf wel vinden, hoe weten wij dat zelf?

Daarvoor zullen we moeten vastleggen (lees ons EPD bijhouden, richtlijnen maken), moeten meten (lees: klinimetrie toepassen, voor en na), moeten vergelijken (lees: individueel en op groepsniveau, benchmarken), moeten communiceren (lees: samen beslissen en ook rapporteren naar binnen en naar buiten), moeten trainen (lees: bevoegd en bekwaam zijn en blijven) en ongetwijfeld nog meer dan ik hier heb opgeschreven.

Kwaliteit van zorg betekent ook dat we ons toetsbaar durven opstellen. Ook als we in de ogen van anderen ons niet hebben gehouden aan de determinanten van kwaliteit. Het kan daarbij dus zijn dat daarmee juridische zaken om de hoek komen kijken. Getoetst worden is niet altijd gemakkelijk als je zorghart in twijfel wordt getrokken, maar is een van de bouwstenen van de *plan-do-check-act* cyclus (PDCA-cyclus). De zakelijke kant van de zorg. Het hoort bij goede zorg leveren en verbeteren en daarmee toch iets positiefs om de cirkel rond te maken in dit stukje over geneesplezier.

Yvette van Horn,
Revalidatiearts en voorzitter RvB De Hoogstraat

ANNEKE WELKAMP WINT DERDE PRIJS EUROPESE TESC AWARD

Tijdens het European Congress of Physical and Rehabilitation Medicine (ESPRM) in Slovenië heeft Anneke Welkamp de derde prijs gewonnen met haar presentatie voor de TESC Award. Anneke is naar de ESPRM uitgezonden om haar onderzoek te presenteren en vertegenwoordigde daarmee Nederland en de VRA. Ze presenteerde haar vernieuwend onderzoek naar cognitief functioneren van opgenomen patiënten met een recent verworven dwarslaesie. De eerste en tweede prijs gingen naar respectievelijk de genomineerden uit Servië en Italië. Op de foto de drie prijswinnaars met vanaf links: Anneke Welkamp, Milica Aleksić en Andrea Demeco.

Eénmaal per twee jaar mag de VRA een kandidaat nomineren voor de Europese TESC Award voor de beste wetenschappelijke prestatie en klinische onderzoek doen. Kandidaten moeten in opleiding zijn voor revalidatiearts of recent de opleiding hebben afgerond. Ieder Europees land mag een genomineerde sturen om in aanmerking te komen voor deze prijs. - HW



JAARVERSLAG VRA 2023 GEPUBLICEERD

Het jaarverslag van de VRA is in een nieuw jasje gestoken. Met een frisse grafische vormgeving en een moderne tekstuele insteek is het een aantrekkelijk en goed leesbaar document. Een terugblik aan de hand van thema's en belangrijke onderwerpen uit het afgelopen jaar voor de hele vereniging.

Belangrijke thema's in 2023 waren:

- Publicatie Kennisagenda Revalidatie-geneeskunde
- 'Waarom' van de VRA: 'Samen sterk(er) voor de beste revalidatiegeneeskunde'.
- Ondertekening Green Deal 3.0.
- Start ontwikkelen Kwaliteitskader MSR (na publicatie van het Standpunt Medisch Specialistische Revalidatie door het Zorginstituut)
- Versterken samenwerking met andere wetenschappelijke verenigingen binnen Federatie Medisch Specialististen en het project *Fit for the future*
- Lopende projecten binnen bestuurscommissies. - HW





EEN POSITIEVE UITDAGING; LESGEVEN IN SURINAME

Juan Martina en ik zijn de laatste week van april 2024 een week naar de Anton de Kom Universiteit (Paramaribo) geweest om daar les te geven aan 3e jaars studenten Fysiotherapie en 4e jaars studenten Geneeskunde. Yvette van Horn had ons hiervoor benaderd. In afstemming met de docenten aldaar hebben we een collegereeks voorbereid met thema's die vooral in Suriname een rol spelen zoals CVA, diabetes mellitus en de gevolgen (schoenen), artrose, amputatie en prothesiologie van armen en benen, dwarslaesie-problematiek, maar ook orthesiologie en kinderrevalidatie (gegeven online door kinderrevalidatieartsen van het UMCG CvR). Preventie zal de rode draad vormen door de collegereeks. De studenten Fysiotherapie krijgen 28 uur college (3 ECT) en de studenten Geneeskunde 15 uur college (1,5 ECT). Eind mei volgden nog enkel responsie-uren online met enkele dagen daarna het examen (60-80 MC vragen en enkele open vragen). We hebben een lange voorbereidingstijd gehad maar was ook nodig om zoveel uren colleges voor te bereiden. - Jan Geertzen

VACATURE PATIËNT-LID IN DE WECO

De Commissie Wetenschap & Innovatie (WeCo) van de VRA wil vanaf dit jaar een patiënt-lid laten toetreden tot de commissie. De rol van het patiënt-lid binnen de WeCo is in overleg in te vullen. Er zijn daarbij veel mogelijkheden, zoals ondersteunen bij de organisatie van het jaarlijkse DCRM-congres, het patiëntenperspectief in de communicatie meenemen en zowel gevraagd als ongevraagd advies geven.

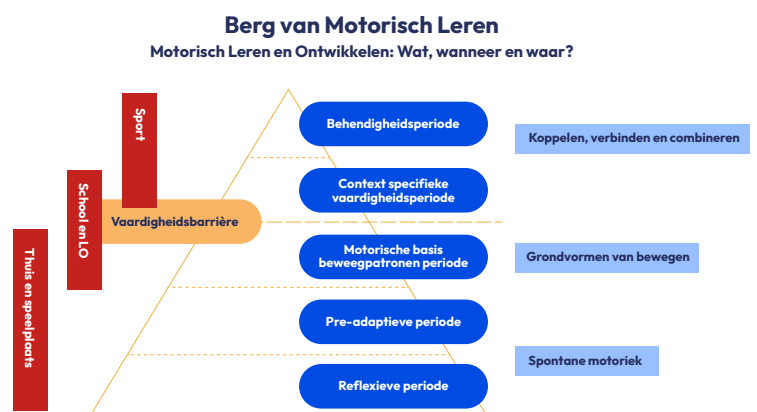
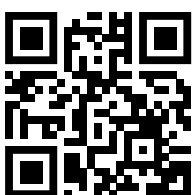
Ken je een patiënt/ervaringsdeskundige die het patiëntenperspectief wil inbrengen? Laat deze dan voor 30 juni reageren.

Meer informatie vind je op www.revalidatie.nl. -HW



INFOGRAPHIC: EEN VAARDIGE START VOOR KLEUTERS

De afgelopen jaren is de motoriek van kleuters onder de loep genomen. De inzichten vanuit dit Start(V)aardig onderzoeksproject zijn verwerkt in een infographic die je vindt op de Kennisbank van www.kenniscentrumsportenbewegen.nl. De infographic is opgesteld door De Haagse Hogeschool in samenwerking met Kenniscentrum Sport & Bewegen. - HW



TOETSVRAGEN UIT EINDTOETS LANDELIJK ONDERWIJS

Op 27 t/m 29 september 2023 heeft de themacursus 4 'Amputatie en prothesiologie' plaatsgevonden voor aiossen revalidatie-geneeskunde. Aansluitend aan de cursus is een digitale eindtoets afgenomen met behulp van toetssysteem Remindo.

We behandelen hier twee vragen uit de toets van september 2023. 46 aiossen hebben de toets gemaakt.

VRAAG 1:

WELKE VAN DE VOLGENDE STELLINGEN OVER EEN HANDTHERAPEUT IS JUIST?

- A. Iedereen mag zich handtherapeut noemen.
- B. Een handtherapeut is een fysiotherapeut of ergotherapeut die minimaal 1 cursus handtherapie heeft gevolgd.
- C. Een handtherapeut is een fysiotherapeut of ergotherapeut die gecertificeerd moet zijn door de Nederlandse Vereniging voor Handtherapie (NVHT).
- D. Een handtherapeut is een fysiotherapeut of ergotherapeut die gecertificeerd moet zijn door de zorgverzekeraar.

$p=0,41$, $r=0,42$

19 aiossen kiezen voor het juiste antwoord. 17 aiossen kiezen voor C en 10 voor antwoord B. Het is een zeer onderscheidende vraag met een r waarde van 0,42. Het juiste antwoord is letterlijk genoemd in de powerpoint handtherapie op de DLO. Maar als je deze niet goed hebt doorgenomen dan kunnen andere antwoorden logischer klinken. Het lijkt een minor detail maar het is goed dat we ons (gaan) realiseren dat we worden omringd door een 'therapeutische omgeving' waarin erkenning soms anders is vormgegeven dan gedacht.

Bron: DLO Powerpoint presentatie 'Handtherapie'.

VRAAG 2:

WAT IS DE VOLAIRE BEGRENZING VAN DE CARPALE TUNNEL?

- A. Transversale carpale ligament
- B. Extensor retinaculum
- C. Radiocarpale en intercarpale ligamenten

$p=0,72$, $r=0,28$

33 aiossen kiezen voor het juiste antwoord. 11 aiossen kiezen antwoord B en 2 voor antwoord C, het zijn goede afleiders. Vraag is zeer onderscheidend met een r van 0,28.

Opmerkelijk blijft telkenmale dat de anatomische kennis niet voldoende is geconsolideerd bij onze aiossen. Dit ondanks de zeer fraaie anatomie cursus in de DLO. De carpale tunnel ligt aan de flexoren zijde van de ossale structuren van onderarm pols en hand. Het extensor retinaculum ligt zoals het woord het aangeeft aan de extensoren/dorsale zijde van de pols. Radiocarpale en intercarpale ligamenten zijn gelegen direct grenzend aan de ossale structuren en vormen een deel van de *dorsale* begrenzing van de carpale tunnel.

Bron: Workshop Soft tissue en compressiesyndromen/DLO Anatomie cursus.

ALGEMEEN:

De vraag over erkenning van de handtherapeut is matig gemaakt met $p=0,41$, de vraag over de carpale tunnel geeft een mooie score met 0,72. Zoals gesteld zou deze laatste vraag hoger mogen uitpakken bij ons vakgebied. Een extra motivatie om de kennis over de bovenste extremiteit meer en intensiever te delen.

Namens Toetsingscommissie,
Wim G.M. Janssen

Vraag 2: A
Vraag 1: A

juiste antwoorden toetsvragen

EDITORIAL THEMAREDACTIE

Focus op juridische zaken

Van juridische zaken wordt niemand blij, zeker artsen niet. Wij behandelen naar beste eer en geweten onze patiënten, liefst met zo min mogelijk administratieve handelingen. Maar we willen tegelijkertijd wel de best mogelijke zorg leveren en leren van situaties waar iets niet optimaal is gegaan en voor verbetering vatbaar is. We gebruiken daarvoor in de dagelijkse praktijk in eerste instantie natuurlijk onderlinge feedback, maar als er sprake is van een (bijna) incident ook een Veilig Incident Melding (VIM) of Decentraal Incident Melding (DIM) of Melding Incident Client (MIC). Verder wordt in elke opleidingssetting ook periodiek een complicatiebespreking gehouden, met als doel om met elkaar te leren en de zorg te verbeteren. En als er sprake is van een calamiteit dan rapporteert de Raad van Bestuur van de instelling dit bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Drie belangrijke termen: incident, complicatie, calamiteit. Is er iets 'fout gegaan', of is er iets 'fout gedaan'?

En als er in de ogen van de patiënt iets fout is gegaan of gedaan dan kan deze een klacht indienen, vaak eerst bij de klachtenfunctionaris van de instelling, maar soms ook bij het Regionale Tuchtcollege (RTG) of Centraal Tuchtcollege (CTG) of De Nationale Geschillencommissie. De RTG's ontvingen in 2023 1.030 klachten, terwijl dat er in 2022 nog 979 waren. Hierbij gingen de meeste klachten over geen/onvoldoende zorg en onjuiste behandeling/verkeerde diagnose. Bij het CTG kwamen in 2023 voor hoger beroep 265 zaken binnen, terwijl dit in 2022 nog 228 zaken waren. In totaal zijn de meeste klachten gericht tegen artsen. De RTG's handelden in 2023 655 klachten over artsen af en het CTG 186 zaken. Ruim 14% van de klachten werd door de colleges gegrond verklaard. In de afgelopen zes jaar is het aantal tuchtklachten over artsen bij de medische tuchtcolleges ruim gehalveerd. Waardoor dat komt is onbekend. Echter, in 2019 is het griffierecht ingevoerd in het tuchtrecht, waardoor een patiënt 50 euro moeten betalen om een tuchtklacht in te dienen. Mogelijk speelt dit een rol in de vermindering van het aantal tuchtklachten.

In dit themanummer besteden we aandacht aan wat een incident, complicatie of calamiteit is volgens de IGJ en hoe VIM-/DIM-/MIC-processen lopen binnen organisaties. Maar ook wat de rol van een klachtenfunctionaris is, krijgen we een inkijkje in het CTG en De Nationale Geschillencommissie, en beschrijven drie revalidatieartsen op een indringende wijze welke impact een tuchtklacht of calamiteit op hen gehad heeft. Verder een interview met gezondheidszorgadvocaat Koen Mous, die ons aanmoedigt om als revalidatieprofessionals duidelijke standpunten in te nemen over de inhoud en effectiviteit van onze revalidatiebehandeling. En nemen René Oosterwijk en Rob Smeets ons middels een interview mee in hun ervaringen met het werken in een Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC).

Veel leesplezier.

Jan Geertzen en Janneke Stolwijk



CALAMITEITEN IN DE ZORG EN DE ROL VAN DE INSPECTIE GEZONDHEIDSZORG EN JEUGD

'Niemand heeft de intentie om schade te berokkenen'

Onderzoek na een calamiteit is vooral bedoeld om van te leren en de zorg te verbeteren.



W.J. (WALTER) BRUMMELHUIS

Coördinerend specialistisch inspecteur, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, afdeling Medisch Specialistisch Zorg

Y.P.M. (YNSKE) JANSSEN

Inspecteur, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, afdeling Medisch Specialistisch Zorg



CORRESPONDENTIE

meldpunt@igj.nl

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houdt toezicht op de kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid van de zorg. Dit doen wij op basis van wet- en regelgeving, richtlijnen en normen die door de beroepsgroep zelf en/of de overheid zijn opgesteld.

Alhoewel wij vergaande bevoegdheden hebben, is ons uitgangspunt altijd dat wij stimulerend willen toezichthouden. Dit betekent in de praktijk dat wij de dialoog aangaan en de zorg de ruimte geven om zelf met verbetervoorstellen te komen. Slechts in uitzonderlijke gevallen leggen wij boetes op of dienen wij een klacht in bij het Tuchtcollege.¹ In de uitzonderlijke gevallen dat de IGJ een klacht indient bij het Tuchtcollege gaat dit meestal om (seksueel) grensoverschrijdend gedrag in de zorgrelatie en zelden naar aanleiding van een calamiteit.

FOUT OF TEKORTKOMING?

Geen enkele zorgverlener gaat naar het werk met de bedoeling om patiënten schade toe te brengen. Toch zijn fouten onvermijdelijk,

ook in de zorg. Wij spreken liever van 'tekortkomingen' dan van 'fouten'. In het woord 'fout' zit direct een oordeel verscholen en de suggestie dat iemand iets verkeerd gedaan heeft. Dit sluit ook beter aan bij de wet, waarin staat 'niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis' in plaats van 'fout'. Daarnaast ligt de grootste ruimte voor verbetering vaak in systemen in plaats van bij het individu alleen. Vandaar dat wij kiezen voor de term tekortkoming.

LEREN VAN CALAMITEITEN

De insteek van de inspectie is dat de zorg beter wordt door te leren en verbeteren. De inspectie verwacht dat er open gekeken wordt naar mogelijkheden voor verbetering. Er is ruimte geweest in het proces waardoor een gebeurtenis heeft kunnen plaatsvinden. De inspectie vindt het dan belangrijk dat die ruimte onderzocht wordt en daarbij passende verbetermaatregelen worden

'Wij geven de zorg de ruimte om zelf te onderzoeken en met verbetervoorstellen te komen'

opgesteld. De inspectie kijkt daarom vooral naar de mogelijkheden om processen te verbeteren. De schuldige aanwijzen helpt daarbij in de meeste gevallen niet als het gaat om risicoreductie. Iedereen kan 'fouten' maken en de inspectie gaat ervan uit dat niemand dat met opzet doet.

Er zijn echter situaties waarbij het voor de kwaliteit van de zorg wel belangrijk kan zijn om naar een persoon zelf te kijken. Dit geldt bijvoorbeeld bij ernstig laakbaar en/of verwijtbaar gedrag. In die gevallen zal de inspectie ook zelf onderzoek



doen. Denk bijvoorbeeld aan bewust niet-steriel werken waar dit wel zou moeten volgens de richtlijnen, normen en/of het beleid in de zorginstelling. Ook seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGOG) is een reden voor de inspectie voor eigen onderzoek. De focus ligt ook hierbij op het leren en verbeteren. In de meeste gevallen kan met lichtere interventies worden afgesloten. Als het lerend vermogen onvoldoende is en/of de inspectie risico's voor de patiëntenzorg blijft zien, dan kan de inspectie besluiten een tuchtklacht in te dienen. Echter, om de zaken in perspectief te

‘De inspectie vindt het leren van een gebeurtenis belangrijker dan het aanwijzen van een schuldige’

zien, is het goed om te melden dat dit slechts enkele malen per jaar plaatsvindt.¹ Zo zijn in 2022 op een totaal van 16.590 meldingen (waarvan 1.710 calamiteitenmeldingen) uiteindelijk 15 tuchtzaken gestart, voornamelijk op basis van SGOG.

WAT MOET ER VERPLICHT GEMELD WORDEN EN HOE GAAT DAT?^{2,3}

Als er mogelijk sprake is van een calamiteit (zie kader), dan moet onverwijld gemeld worden. Vaak zal dit door de betrokken zorgverlener zijn bij de bestuurder en/of de afdeling kwaliteit en veiligheid, maar de procedure hiervoor verschilt per instelling. Bij twijfel is het advies om altijd te melden. De melding kan hierna binnen zes weken ook weer ingetrokken worden. De inspectie vraagt de instelling om zelf onderzoek te doen en de conclusies naar ons op te sturen. Het doel van deze aanpak is dat de zorgaanbieder zelf leert van incidenten.

De inspectie beoordeelt de bestuurlijke reactie op de calamiteit. Hierbij kijken wij onder andere of de opgestelde verbetermaatregelen aansluiten op de gevonden basisoorzaken en voldoende risicoreductie brengen. Ook is het belangrijk dat de bestuurder de verbetermaatregelen onderschrijft en dat deze specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden (SMART) geformuleerd zijn. Ten slotte vragen wij, vanuit de safety II-gedachte, hoe de bestuurder de gebeurtenis plaatst in het breder

Verschil tussen complicatie, incident en calamiteit⁴

De definitie van een calamiteit luidt volgens de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz): *‘een niet beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstige schadelijk gevolg voor de cliënt heeft geleid.’*¹⁵ Alleen calamiteiten moeten - wettelijk gezien - gemeld worden bij de inspectie. Voor incidenten en complicaties geldt dit niet.

Incident: de kwaliteit van zorg is tekort geschoten, de gebeurtenis was niet beoogd/onverwacht, maar er is geen sprake van ernstige schade. Bijvoorbeeld: een patiënt ontvangt een dosering antibiotica die twee keer te hoog is, maar ondervindt daarvan geen schade.

Complicatie: de kwaliteit van zorg was niet in het geding maar er is wel sprake van een niet beoogde/onverwachte gebeurtenis met schade tot gevolg. Bijvoorbeeld: een nabloeding bij een operatie die lege artis verlopen is.

Calamiteit: bij een calamiteit is er iets niet goed gegaan (tekortkoming in de kwaliteit van zorg), het gevolg is niet beoogd dan wel onverwacht en er is sprake van schade. Bijvoorbeeld: de dubbelcheck bij hoog-risico medicatie wordt niet gedaan, er wordt een ampul kaliumchloride toegediend in plaats van heparine, de patiënt overlijdt.

Er is geen specifieke definitie van ernstige schade. De zorgaanbieder bepaalt, vaak met meenemen van het patiëntperspectief, of iets ernstige schade is. De inspectie houdt onder andere als criterium bij de beoordeling aan: verlengde opnameduur, heropname, intensive care opname, een extra ingreep of operatie, achterblijven van materialen na operatie en blijvende schade. Daarnaast is het soms onduidelijk of niet zeker hoe de relatie tussen de tekortkoming en de ontstane schade is. Bij twijfel adviseren wij om altijd te melden. Uiteindelijk gaat het erom dat geleerd wordt van een situatie.



‘Ook met revalidatiecentra wil de inspectie jaarlijks gesprekken gaan voeren’



Aantal meldingen van de revalidatiezorg

In de periode januari 2021 tot november 2023 zijn er vanuit de medisch specialistische zorg ruim 2.100 calamiteitenmeldingen bij de inspectie binnengekomen. Hiervan waren 26 meldingen van revalidatiecentra (2e lijn) of het specialisme revalidatiegeneeskunde in de ziekenhuizen. Bij vijf van deze meldingen bleek het na het onderzoek niet te gaan om een calamiteit volgens de Wkkgz. Bij de 21 resterende meldingen ging het om valincidenten (8), niet (tijdig) herkennen van de kwetsbare/vitaal bedreigde patiënt (5), tekortkomingen in onderzoek en diagnostiek (4), medicatie-gerelateerde meldingen (3) of overige oorzaken (1).

leren en verbeteren binnen de organisatie.

Jaarlijks gaat de inspectie het gesprek met veel zorginstellingen aan over wat er geleerd en verbeterd is op basis van calamiteiten. Wij spreken dan niet alleen met de bestuurder en afdeling kwaliteit en veiligheid, maar ook met betrokken zorgverleners. Het doel hierbij is een open dialoog te hebben en wederzijds te leren. Deze gesprekken worden momenteel met ziekenhuizen

gevoerd, het is de intentie om deze manier van werken ook bij revalidatiecentra te gaan toepassen.

TOT SLOT

Leren en verbeteren op basis van calamiteiten kan alleen in een systeem waarin er veilig en open gemeld, onderzocht en beoordeeld wordt. De inspectie vindt het belangrijk voor continue en veilige zorg, om hierin een agenderende, stimulerende en vooral constructieve gesprekspartner te zijn.

VRAGEN NAAR AANLEIDING VAN DIT ARTIKEL?

Heeft u nog vragen? Dan kunt u contact opnemen met de medewerkers van het Informatie- en meldingencentrum (IMC). Het IMC is van maandag tot en met vrijdag bereikbaar tussen 9.00 en 17.00 uur op telefoonnummer 088-120 50 00. U kunt ook een e-mail sturen naar meldpunt@igj.nl. ←



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

DE GESCHILLENCOMMISSIE BIEDT EEN LAAGDREMPELIG ALTERNATIEF
VOOR DE GANG NAAR DE RECHTER

Ieder geschil is een kans om het beter te doen

Iedere zorgprofessional zet zich in om kwaliteit te leveren in zijn of haar werk. Maar klachten helemaal voorkomen? Dat lukt niet altijd. De Geschillencommissie is er om zowel patiënten als zorgaanbieders op een laagdrempelige manier de toegang tot het recht te verlenen.

**M. (MANON) BÖLLERMANN**

Communicatieadviseur De Geschillencommissie

**CORRESPONDENTIE**

communicatie@deggeschillencommissie.nl

In de zorg zetten duizenden professionals zich dagelijks in voor goede, passende behandeltrajecten. Toch gaat er soms iets mis in de relatie tussen zorgverlener en patiënt.

Die onvrede kan leiden tot een formele klacht, maar in de meeste gevallen kan een slepend, juridisch gevecht voorkomen worden. Vanuit dat perspectief is de Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz) in het leven geroepen, die zich hard maakt voor een laagdrempelige en effectieve klachten- en geschillenafhandeling. De Wkkgz vereist onder meer dat zorgaanbieders beschikken over een onafhankelijke klachtenfunctionaris en dat zij zijn aangesloten bij een onafhankelijke geschilleninstantie. De Geschillencommissie in Den Haag faciliteert zulke klachtenloketten en geschillencommissies in diverse sectoren, waaronder de zorg. Wat kan zij betekenen voor de beroepsgroep en haar patiënten?

EERST EVEN VOORSTELLEN: DE GESCHILLENCOMMISSIE

Het juridisch landschap in Nederland is complex en lang niet voor iedereen overzichtelijk. Burgers - of dat nu patiënten, consumenten, ondernemers of andere rechtzoekenden zijn - weten lang niet altijd hun weg te vinden in het doolhof van het recht. Juist daarom is het zo belangrijk om goed te duiden welke toegangspoort voor hen het meest passend is. De samenwerking tussen overheid,

rechtspraak en laagdrempelige geschilleninstanties speelt daarin een belangrijke rol. Daar komt ook De Geschillencommissie in beeld. Al sinds 1970 biedt zij diverse mogelijkheden voor klacht- en geschiloplossing, ondergebracht bij 8 klachtenloketten en 84 geschillencommissies, waaronder 17 in de zorg. De Geschillencommissie faciliteert partijen met een klacht of geschil in het vinden van een goede oplossing. Dat doet zij op een laagdrempelige, transparante, onafhankelijke en onpartijdige wijze.

ERKENNING DOOR MINISTERIE

De Wkkgz bepaalt dat patiënten klachten en geschillen over een zorgaanbieder aan een erkende geschilleninstantie moeten kunnen voorleggen. Dit biedt patiënten een laagdrempelig alternatief voor de gang naar de rechter. De geschilleninstantie moet wel worden erkend door de minister van VWS. Daarvoor gelden strenge reglementaire eisen, bijvoorbeeld op het gebied van de werkwijze, de samenstelling, de kwaliteit en de representativiteit van de commissie. Alle 17 geschillencommissies in de zorg binnen het huis van De Geschillencommissie zijn erkend en voldoen dus aan alle wettelijke eisen. Voor de oprichting en inrichting ervan werkt De Geschillencommissie nauw samen met branche- en patiëntenorganisaties. Aansluiting bij De Geschillencommissie kan op twee manieren plaatsvinden: ofwel via het lidmaatschap van een aangesloten brancheorganisatie, ofwel door een individuele aansluiting van de zorgaanbieder bij de Geschillencommissie Zorg Algemeen. Ook een zelfstandige zorgaanbieder kan zo voldoen aan de verplichtingen uit de Wkkgz.

VAN KLACHT NAAR OPLOSSING

Het uitgangspunt van de Wkkgz is dat zorgprofessional en patiënt altijd eerst proberen om er samen uit te komen. Lukt dit niet, dan moet de patiënt de klacht officieel indienen bij de zorgaanbieder. De patiënt kan tijdens deze procedure gebruikmaken van onder-

steuning door een klachtenfunctionaris. De klachtenfunctionaris is een onafhankelijke en onpartijdige bemiddelaar, die de patiënt voorlicht, ondersteunt, adviseert en begeleidt. Wanneer de interne klachtenprocedure niet eindigt in een oplossing, dan kan de patiënt een geschil voorleggen aan de erkende geschilleninstantie waarbij de zorgaanbieder zich heeft aangesloten. Alle geschillencommissies in de zorg die bij De Geschillencommissie ondergebracht zijn, kennen een onafhankelijke voorzitter die lid is van de rechterlijke macht. Deze wordt geflankeerd door twee commissieleden - de één vanuit het patiëntenperspectief, de ander vanuit het zorgaanbiedersperspectief - die ieder hun eigen kennis en expertise aanbrengen. Deze zogenoemde 'tripartite gedachte' is één van de pijlers waarop De Geschillencommissie is gestoeld.

BINDENDE UITSpraak

Een geschillenprocedure eindigt met een uitspraak van de commissie. Voordat het zover is, nemen de commissieleden alle dossierstukken door. Vervolgens komen zij samen op de zitting om het geschil te bespreken. Partijen kunnen de zitting bijwonen, zowel digitaal als op locatie. Tijdens de zitting kunnen zij hun standpunt toelichten en kan de commissie nadere vragen stellen over de inhoud van de zaak. Zo krijgt de commissie een duidelijk totaalbeeld van de klacht. Ook kunnen partijen nog tot een minnelijke schikking komen. Als een schikking niet tot stand komt,

'Door goede communicatie vooraf worden veel klachten voorkomen'

volgt de uitspraak enkele weken na de zitting. Dit is een bindend oordeel over het geschil, wat betekent dat beide partijen zich moeten houden aan de uitspraak en daartegen niet meer in beroep kunnen gaan. Eventueel kan de commissie ook een schadevergoeding toekennen van maximaal € 25.000,-.

De Geschillencommissie is verplicht de uitspraken te publiceren, waarbij de naam van de zorgaanbieder zichtbaar is, maar niet herleidbaar is naar individuele personen.

SAMENWERKEN AAN KWALITEIT

Naast het faciliteren van een oplossing voor individuele klachten, is het terugbrengen van kennis naar de branches de tweede pijler onder het bestaan van De Geschillencommissie. Uitspraken worden niet alleen gepubliceerd, maar ook geanalyseerd op belangrijke trends en ontwikkelingen. De Geschillencommissie werkt hiervoor samen met de Stichting Klachten en Geschillen Eerstelijnszorg (skge), zodat ook de uitspraken van de Geschillencommissies Huisartsenzorg en Openbare Apotheken worden



meegenomen. Deze thematische analyses worden gedeeld op de website, www.degeschillencommissiezorg.nl. Zo wordt iedere klacht gezien en gebruikt als een concrete kans om het anders en beter te doen. Met die kennis kan de hele sector zijn voordeel doen, en zo samenwerken aan kwaliteit.

NEEM DE KLACHT SERIEUS

Klachten van patiënten over hun revalidatie worden niet bij één specifieke commissie behandeld, maar komen bij meerdere commissies terug als onderwerp. Voor dit artikel voert het te ver om die zaken te analyseren, maar de klachten gaan zowel over de behandeling zelf als over de communicatie rondom het revalidatieproces. Vooral dit laatste punt is een terugkerend thema. Het is patiënten dan onvoldoende duidelijk welk doel met het revalidatietraject wordt beoogd en wat zij ervan kunnen verwachten. Vaak wordt geklaagd over revalidatieartsen die te weinig tijd zouden nemen om hun behandelkeuzes goed uit te leggen. In de zorg - zeker in het geval van ouderen - hebben zij vaak te maken met (zeer) betrokken naasten en familie. Door die naasten en familie zorgvuldig en tijdig mee te nemen in de communicatie, kunnen veel klachten voorkomen worden, zo leert de ervaring die uit deze geschillen spreekt. Pak klachten zorgvuldig en voortvarend op, en neem iedere klacht serieus: dan hoeft het in veel gevallen niet eens tot een geschil te komen. Gebeurt het toch, weet dan dat de klacht bij De Geschillencommissie op een onpartijdige, laagdrempelige en onafhankelijke manier opgelost wordt. ←

Voor meer informatie over de Wkkgz en over actuele uitspraken:
www.degeschillencommissiezorg.nl

Een klacht is géén cadeautje!

Geen enkele revalidatiearts begint zijn dag met het voornemen een patiënt onheus te bejegenen, onvolledig te informeren of slechte zorg te bieden. En toch kan het zomaar gebeuren, dat er een klacht over je wordt ingediend. Vanuit de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) heeft een patiënt het recht om een klacht in te dienen. Andersom heeft de behandelaar die mogelijkheid niet; dit voelt vaak oneerlijk.



DRS. E. (ERICA) ROZEMA-BAKKER

Klachtenfunctionaris Rijndam Revalidatie en Hadoks



CORRESPONDENTIE

klachtenfunctionaris@rijndam.nl

Het feit dat een patiënt een klacht kan melden, zegt niets over de gegrondheid ervan. Ook dát kan eraan bijdragen, dat een klacht als uiterst vervelend voelt. In dit artikel wordt ingegaan op de rol van de klachtenfunctionaris en de betekenis van een klacht. De voorbeelden zijn vrij vertaald uit de praktijk.

WAT ZIT ER ACHTER EEN KLACHT?

Een klacht wordt vaak gebracht als een verwijt; volgens de klager is er iets niet goed gegaan of niet goed gedaan. Hij is teleurgesteld in zijn verwachtingen die er (onbewust) waren. De beleving van de klager speelt hierbij een grote rol. Boos zijn op de ander is makkelijker dan kijken naar het eigen verdriet. De klachtenfunctionaris verkent met de klager wat er achter de klacht zit. De klacht wordt als het ware afgepeld van verwijt naar de zorg die eronder zit, naar een behoefte en tot slot het belang van de klager.

Ieder mens heeft basisbehoeften, denk bijvoorbeeld aan de behoefte aan aandacht, bevestiging, begrip, erkenning en zorg. Wanneer er een tekort aan een van deze behoeften wordt ervaren in het contact, kan dat zorgen voor onvrede en een klacht.

De klacht zelf wordt lang niet altijd op deze manier geformuleerd. Juist daarom is het belangrijk dat een onafhankelijke klachtenfunctionaris eerst uitgebreid met de klager spreekt.

‘Die arts heeft geen idee hoe het met mij gaat. Ik word met ontslag gestuurd, maar dat gaat helemaal niet!’ In een gesprek geeft de klager aan dat deze tijdens de opname meerdere keren therapie heeft gemist. ‘Wanneer die behandelingen waren doorgegaan, was ik nu verder geweest in mijn herstel!’ Klager voelt zich onvoldoende gezien, mist erkenning voor zijn problemen en de gemiste therapie voelt als door de neus geboord.

Klager

IN GESPREK

Wanneer een patiënt contact opneemt met een klachtenfunctionaris, gaat deze eerst in gesprek met de klager. Naast het bieden van een luisterend oor, wordt gevraagd wat de klager zelf al heeft ondernomen om de onvrede op te lossen, wat de gewenste uitkomst is en hoe het zou zijn als die gewenste uitkomst niet wordt bereikt. De klachtenfunctionaris legt uit geen ‘rijdende rechter’ te zijn en geen uitspraak te doen in een klacht. De klachtenfunctionaris oordeelt niet, maar is meervoudig partijdig en is er daarom voor zowel klager als beklagde.

Nadat de klachtenfunctionaris de klager heeft gesproken, volgt een gesprek met de revalidatiearts. Soms voelt een arts de klacht al aankomen, een ander reageert verbaasd wanneer de klachtenfunctionaris vertelt contact te hebben gehad met een patiënt. Horen dat er een klacht is, roept emoties op; een gevoel van boosheid of irritatie is niet vreemd. Net als de klager, ervaart óók de beklagde op zo’n moment een tekort aan basisbehoefte(n);

bijvoorbeeld het gebrek aan respect, vertrouwen, waardering of erkenning (voor diens kundigheid, inzet of betrokkenheid bij de patiënt).

'Het is niet eerlijk; je moet eens weten hoeveel extra tijd en energie er al in deze vrouw is gestopt. Ik zou willen dat mensen zien hoe het hele team, inclusief ikzelf, onze uiterste best doet om patiënten optimaal te begeleiden naar een maximaal niveau. Alle tijd die ik nu in die klacht moet stoppen zou ten kosten gaan van patiënten die dat harder nodig hebben. Daar gaat mijn vrije middag.'

Arts

OPLOSSINGSRUIMTE GEZOCHT

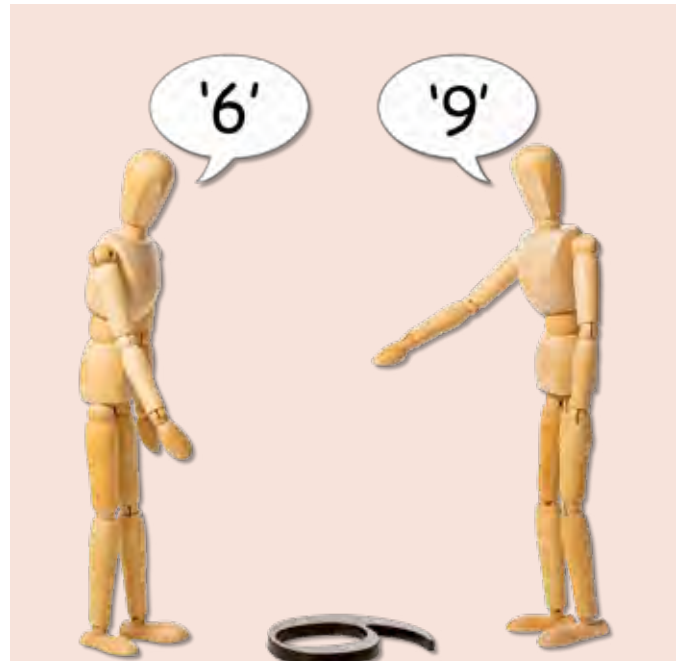
Voor het gevoel van veiligheid van de arts is het belangrijk dat deze een goed beeld heeft van de rol van de klachtenfunctionaris. De klachtenfunctionaris oordeelt niet en staat ook naast de arts. Klachten worden vertrouwelijk behandeld en komen niet in het personeelsdossier. De klacht zelf wordt niet opgenomen in het medisch dossier; alleen eventuele gemaakte afspraken naar aanleiding van een klacht worden genoteerd.

'Er wordt ook stilgestaan bij wat de klacht met de arts doet'

De klachtenfunctionaris gaat met de betrokken arts in gesprek over het contact dat er met de klager was en over de achtergrond van het verwijt. Er wordt ook stilgestaan bij wat de klacht met de arts doet. Erkenning door de klachtenfunctionaris voor een tekort aan ervaren basisbehoeften is hierbij belangrijk. Pas daarna kan er gesproken worden of de klacht wordt herkend en welke oplossingsruimte de arts ziet.

Wanneer de klacht (deels) wordt herkend, overlapt de oplossingsruimte waarschijnlijk die van de patiënt. Ruiterlijk spijt betuigen en erkenning geven aan de onvrede helpt, mits oprecht. Wordt de klacht níét herkend, dan ligt het ingewikkelder.

Overigens, ook wanneer je als arts merkt dat een behandelrelatie stroef verloopt of vermoedt dat er een klacht komt, kan je de klachtenfunctionaris vragen om mee te denken.



De klachtenfunctionaris doet niet aan waarheidsvinding.

Wisselen van perspectief

Om partijen dichter bij elkaar te brengen helpt de klachtenfunctionaris de betrokkenen te laten wisselen van perspectief. Dit vraagt dat zij hun eigen emoties of zienswijze tijdelijk parkeren. Wanneer dit wisselen van perspectief - in elk geval bij één van beiden - lukt, kan dit bijdragen aan een oplossing. Soms wordt het duidelijk dat de ene partij van de ander verwacht zich te verplaatsen in diens positie maar zelf actief geholpen moet worden dat ook te doen. Een belangrijk aspect in het werk van de klachtenfunctionaris is dan ook om de zienswijze van klager over te brengen aan de arts. En andersom. Wanneer dat niet lukt, is het lastig om tot een oplossing te komen.

GEEN CADEAUTJE, MAAR JE MOET HET WEL UITPAKKEN

Het is een utopie dat elke klacht naar tevredenheid van de klager kan worden opgelost. De oplossingsruimte van de arts of organisatie hoeft niet overeen te komen met die van de klager. Toch is niets doen geen optie bij een klacht. →

Het erkennen van de emotie bij de ander, is niet hetzelfde als erkennen dat je iets niet goed hebt gedaan. Wees bewust van je eigen emotie. Wanneer je boosheid of irritatie voelt, ga na, welke van je basisbehoeften met de klacht onrecht worden aangedaan. Als je dát ziet, is het makkelijker om je emotie 'even te parkeren' om - in ieder geval in deze fase - 'de verstandigste' te kunnen zijn.

'Ruiterlijk spijt betuigen en erkenning geven aan de onvrede helpt, mits oprecht'

Probeer daarna zonder oordeel je te verplaatsen in het perspectief van de ander. Vanuit daar lukt het vaak om een reactie te formuleren op de klacht waarbij ook recht wordt gedaan aan de eigen positie. De klachtenfunctionaris kan hierin ondersteunen. ←

Wkkgz

Elke zorgaanbieder moet voorzien in een klachtenprocedure. In deze procedure legt de zorgaanbieder vast wie er mag klagen, waarover en binnen welke termijn de klacht mag worden ingediend. De route via de klachtenfunctionaris wordt het informele traject genoemd. Wanneer klager ontevreden is over de uitkomst van de bemiddeling kan deze om een formeel oordeel vragen. Dit is de uitspraak van de zorgaanbieder op een klacht. Met dit oordeel is de klachtenprocedure binnen de organisatie afgerond. Wanneer klager niet kan/wil berusten in de uitspraak kan deze dit binnen een jaar voorleggen aan De Geschillencommissie. De uitspraak hiervan is bindend voor beide partijen. De commissie kent geen maatregelen toe, maar kan wel besluiten wanneer een claim onderdeel uitmaakt van het geschil. Toekenning kan tot maximaal 25.000 euro.





start
registratie:
juli 2024

DCRM 2024
7&8 november Utrecht

Maatschappelijke veranderingen: kansen voor de revalidatiegeneeskunde

Veilig Incident Melden (VIM) voor verbeteren van kwaliteit zorg

In dit artikel nemen bestuurssecretaris Catrijne van den Bos en kwaliteitsadviseur Marty van de Scheur van De Hoogstraat Revalidatie je mee in de manier waarop het proces rond de VIM-meldingen binnen De Hoogstraat is ingericht.



C. (CATRIJNE) VAN DEN BOS

Bestuurssecretaris & Manager afdeling bestuursondersteuning
(portefeuille bevat o.a. Kwaliteit & Veiligheid),
De Hoogstraat Revalidatie

M. (MARTY) VAN DE SCHEUR

Kwaliteitsadviseur, De Hoogstraat Revalidatie



CORRESPONDENTIE

c.v.d.bos@dehoogstraat.nl

Veilig. Incident. Melden.

Over deze drie woorden afzonderlijk kun je al een artikel schrijven.

Wat verstaan we precies onder een incident?

Wat moeten we extern melden van de IGJ en wat willen we dat intern gemeld wordt, zodat we kunnen blijven leren?

En tja... hoe creëer je een cultuur waarin het veilig is om te melden en de medewerkers dit ook zo beleven?

Iedere collega in de zorg, die zich bezighoudt met kwaliteit en veiligheid, weet hoe essentieel het is om over deze zaken te blijven nadenken bij het inrichten van een VIM-proces.

Op basis van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) moeten medewerkers voorvallen in de zorg kunnen melden en zijn zorgaanbieders verplicht een interne werkwijze hiervoor te hebben. Het doel is dat we als organisatie blijven leren.

DE VIM-MELDER

Zo kun je als medewerker gemakkelijk via ons intranet een VIM-melding doen door een grote rode knop aan te klikken, waar-

door laagdrempelig gemeld kan worden. De melder bepaalt door het beantwoorden van een aantal vragen op intranet welke risico-klasse een melding krijgt. Meldingen met een klein of groot risico worden in principe afgehandeld samen met een aandachtsfunctionaris veiligheid van de eigen afdeling. Dit kan een verpleegkundige of een therapeut zijn. Meldingen met een extreem risico of een verdenking op een calamiteit worden direct doorgestuurd naar het management, de raad van bestuur en de VIM-commissie.

DE VIM-COMMISSIE

De VIM-commissie is bij een ernstig incident in eerste instantie als directiecommissie verantwoordelijk voor het adviseren van de raad van bestuur of er wel of niet gemeld moet worden bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). We hanteren hiervoor de richtlijn van de IGJ, die op hun website staat.¹

Hierbij speelt wel of geen (ernstig) letsel een belangrijke rol en stellen we ons de vraag of er naast dat er iets is fout *gegaan* er ook iets fout is *gedaan*. Op deze manier bepalen we of er sprake is van een *incident*, *complicatie* of een *calamiteit*.

Als er sprake is van een calamiteit, dan melden we dit binnen de daarvoor gestelde termijn van drie werkdagen bij de IGJ en starten een intern onderzoek. Ook als er geen sprake is van een calamiteit kan er een intern onderzoek worden ingezet. Binnen de VIM-commissie worden twee of drie mensen aangewezen die het onderzoek gaan uitvoeren. Daarbij wordt rekening gehouden met de grootst mogelijke mate van onafhankelijkheid van de onderzoekers. Een onderzoeker kan niet werkzaam zijn op de afdeling waar het incident heeft plaatsgevonden. De zwaarte en intensiteit van het onderzoek is afhankelijk van de omvang van het incident.

Bij calamiteiten (of twijfel daarover) en zeer ernstige incidenten wordt een onderzoek ingesteld conform de PRISMA-methodiek (*Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis*). De PRISMA-methode voldoet aan de eisen van de IGJ. Met behulp van deze methodiek wordt een topgebeurtenis gedefinieerd, een feitenrelas onder elkaar gezet en een oorzakenboom opgesteld. Deze oorzakenboom dwingt de onderzoeker om zichzelf te blijven afvragen *waarom* iets is gebeurd tot je niet meer verder kunt. Dat brengt de *basisoorzaken* van het incident aan het licht.

Door deze basisoorzaken vervolgens te classificeren kunnen ze naar passende en structurele maatregelen vertaald worden. Een uitgebreid PRISMA-onderzoek vraagt veel tijd, want naast een dossieronderzoek worden ook alle betrokkenen geïnterviewd.

ADVIEZEN VIM-COMMISSIE

Binnen De Hoogstraat kan de VIM-commissie vijf adviezen uitbrengen aan de raad van bestuur nadat een incident met een extreem risico heeft plaats gevonden:

1. De melding heeft ten onrechte een extreem-risico klasse gekregen, dus er is geen verder onderzoek nodig en de melding wordt doorgezet naar de aandachtsfunctionaris van de afdeling (verpleegkundige of therapeut).
Doordat wij ervoor hebben gekozen dat de melder de risicoklasse bepaalt, komt dit nog wel eens voor. Soms kan de emotie van de melder hierbij een rol spelen, soms een fout bij het invullen van het VIM-formulier. Toch kan ook de emotie van de melder een signaal zijn waar we van kunnen leren. Dus de onterechte extreem-risico meldingen nemen we graag op de koop toe.
2. Er is sprake van een calamiteit, er moet binnen drie werkdagen gemeld worden en een PRISMA-onderzoek moet worden gestart.
3. Er is sprake van een twijfel aan een calamiteit en een PRISMA-onderzoek moet worden gestart. Bij twijfel hebben we volgens de richtlijn van de IGJ zes weken de tijd voor het uitvoeren van het onderzoek.
4. Er is geen sprake van (twijfel aan) een calamiteit, maar het incident vraagt verder onderzoek. In deze situaties hanteren we de PRISMA-light methode. Een PRISMA-light onderzoek heeft bijvoorbeeld minder diepgang dan een volledig PRISMA-onderzoek. Zo kan ervoor gekozen worden om wel het dossieronderzoek te doen, maar niet alle betrokkenen te interviewen.
5. Er is geen sprake van (twijfel aan) een calamiteit en het incident vraagt geen verder onderzoek. Dit kan gebeuren als de oorzaak volledig helder is en de maatregelen al door een afdeling zijn opgepakt.

BESLUITVORMING EN VERBETERMAATREGELEN

De raad van bestuur laat vervolgens met een bestuurlijk besluit weten aan de VIM-commissie of zij het eens is met het advies. Uiteindelijk heeft de raad van bestuur de verantwoordelijkheid om een calamiteit te melden, de onderzoeksvraag te definiëren, ervoor te zorgen dat er een gedegen onderzoek wordt uitgevoerd en tot slot dat alle betrokkenen ook over de uitkomst worden geïnformeerd. Dat de VIM-commissie hierin een belangrijke uitvoerende rol speelt, is ook meteen het spanningsveld in het proces.



De VIM-commissie verzamelt de informatie, analyseert en adviseert de raad van bestuur. Binnen De Hoogstraat is het ook de VIM-commissie die de conclusies bespreekt met de betrokken medewerkers. De patiënt wordt de mogelijkheid geboden om over de uitkomsten in gesprek te gaan met de raad van bestuur. Daar wordt niet in alle situaties gebruik van gemaakt. In de rapportage van de VIM-commissie worden ook de verbetermaatregelen opgenomen die door de afdeling zijn voorgesteld.

Verbetermaatregelen die volgen uit de ernstige incidenten worden opgenomen in een verbeterregister dat beheerd wordt door de kwaliteitsadviseur van De Hoogstraat.

In de kwartaalgesprekken tussen het management en de raad van bestuur over het tweede en vierde kwartaal staan kwaliteit en veiligheid nu, als vast onderdeel van de planning & control cyclus, op de agenda. Het verbeterregister en de monitoring van de maatregelen worden hierin, naast andere kwaliteitsonderwerpen, meegenomen.

Is nu alles gezegd over ons VIM-proces? Nee, bij lange na niet! Want dit artikel gaat alleen over de rol van de VIM-commissie bij de incidenten met een extreem risico. Natuurlijk heeft de VIM-commissie ook een signalerende rol bij incidenten met een lagere risicoklasse, maar die in kwantiteit misschien net zo goed een onderzoek en gedegen verbetermaatregelen waard zijn. Tevens zijn we nu niet ingegaan op de organisatie van het VIM-proces binnen de afdelingen, de rol van het management en die van de aandachtsfunctionarissen, die hier elke week druk mee zijn.

Kortom, de VIM-commissie is onmisbaar om een VIM-melding in goede banen te leiden en om de kwaliteit van zorg te verbeteren en te waarborgen. ←

Referentie

1. www.igj.nl/onderwerpen/calamiteiten/melding-doen-van-een-calamiteit

INTERVIEW MET PROF. DR. ROB SMEETS EN DRS. RENÉ OOSTERWIJK

Pijnrevalidatie in een ZBC? Nuttig en nodig?

In het NTR-themanummer over juridische zaken mag een bijdrage over het werken in een ZBC, Zelfstandig Behandel Centrum, niet ontbreken. Waarom gaat een revalidatiearts daar werken? Wat is de toegevoegde waarde van een ZBC? Hoe wordt de kwaliteit bewaakt? Hoe houd je contact met de collega's in de 'gewone' revalidatiecentra? Hoe kun je bijdragen aan de opleiding tot revalidatiearts? Hoe zijn de financiën geregeld? En *last but not least*, welke patiënten zijn beter af in het ZBC dan in de reguliere behandelcentra?

**DR. A. (ANKE) MEESTER**

(Kinder)revalidatiearts n.p.

**STIJN RADEMAKER**

Twee collega's met ruime ervaring op het gebied van pijnrevalidatie zijn Rob Smeets en René Oosterwijk. Beiden inmiddels jaren verbonden aan CIR, Clinics in Revalidatie, dat al 35 jaar een zelfstandig revalidatiecentrum is voor de behandeling van chronische pijn, verspreid over tien locaties in Nederland. Anke Meester sprak met hen.



Rob Smeets

is revalidatiearts en als hoogleraar revalidatiegeneeskunde verbonden aan het CAPHRI-instituut van de Universiteit van Maastricht (*Care and Public Health Research Institute*). Sinds 2018 is hij ook drie dagen per week verbonden aan het CIR, locatie Eindhoven, waar hij verantwoordelijk is voor innovatie en wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast is hij nog voorzitter van de richtlijn Pijnrevalidatie en werkgroep lid van de leidraad Chronische pijn.



René Oosterwijk

is revalidatiearts en medisch directeur van CIR sinds 2014. Als revalidatiearts werkt hij met name bij de CIR-locatie Alkmaar. Sinds 2018 is hij fulltime aan de slag gegaan bij CIR, daarvoor werkte hij ook nog een deel van de week als revalidatiearts in de Noordwest Ziekenhuisgroep Alkmaar.



Jullie hebben beiden enkele jaren geleden de overstap gemaakt naar een ZBC. René, jij zelfs fulltime. Was jullie pijnbehandeling niet te realiseren in een gewoon revalidatiecentrum?

René: 'Ik heb wel enige tijd geaarzeld of ik de baan bij de revalidatieafdeling van het ziekenhuis Alkmaar moest opgeven en of dat verstandig was. Maar hoe langer ik me in het onderwerp pijn-revalidatie ging verdiepen hoe boeiender ik het onderwerp ging vinden. Het heeft zoveel aspecten en het wetenschappelijk onderzoek op dit gebied levert zoveel nieuwe informatie en nieuwe aanknopingspunten voor verdere ontwikkeling van de behandelingen op dat ik op een gegeven moment de knoop heb doorgehakt en fulltime voor het CIR ging werken, zodat ik me helemaal kon verdiepen in de pijnrevalidatie.'

Rob: 'Voor mij geldt dat in mindere mate omdat ik al hoogleraar was en dus alle gelegenheid had me te verdiepen in de behandeling van chronische pijn. Maar ik merkte dat ik steeds meer verzandde in de logheid van de gezondheidszorg, waar ik ook tegenaan liep in het revalidatiecentrum. Het gebrek aan efficiëntie en de traagheid van het implementeren van nieuwe bevindingen zette me op het spoor van het CIR. Ik zie nu een veelvoud van het aantal patiënten per jaar dan ik in het revalidatiecentrum zag. Er is een veel hogere *turnover*, de behandelingen verlopen veel meer gestroomlijnd. Ook omdat we alleen een bepaalde patiëntenpopulatie zien, namelijk die met chronische pijn. Dus de hele organisatie draait om die behandelprogramma's. Ik werk drie dagen per week voor het CIR en twee dagen per week ben ik als hoogleraar revalidatiegeneeskunde met focus op pijn verbonden aan de universiteit van Maastricht.'

'Wij hebben ons altijd transparant opgesteld richting de verzekeraars en verwijzers'

- René

Hoe is het om voor een ZBC te werken in plaats van een revalidatiecentrum?

René en Rob: 'Over ZBC's doen allerlei wilde verhalen de ronde, gevoed door het debacle rond CIRAN in 2017. ZBC's zouden de zorg uitbesteden aan 'zorgbedrijven', die dan weer eigendom zijn van investeringsbedrijven. En er zou gesjoemeld worden met declaraties, wat bij CIRAN resulteerde in een faillissement. De ZBC-artsen zouden gaan voor de 'gemakkelijke' patiënten. Bij CIR is dat allemaal niet aan de orde, gelukkig. Wij hebben ons altijd transparant

opgesteld richting de verzekeraars en verwijzers. We hebben hen altijd uitgenodigd om te komen kijken, zijn duidelijk geweest over onze behandelvisie, hebben onze resultaten en behandelstrategie wetenschappelijk onderbouwd en de patiënttevredenheid is heel hoog: hoger dan 9 op een schaal tot 10. Bovendien is 70% van onze patiënten in staat om de draad van hun leven weer op te pakken na afloop van de behandeling, wat ook internationaal gezien een heel goed resultaat is. En 'gemakkelijke patiënten' zijn pijnpatiënten zeker niet!'

Rene: 'Het feit dat Rob als hoogleraar verbonden is aan de universiteit van Maastricht en het CIR zich dus heel toetsbaar opstelt en nu al 35 jaar goede zorg levert wekt vertrouwen bij de verzekeraars, de verwijzers en de patiënten. De medewerkers, zowel de revalidatieartsen als de therapeuten (fysiotherapeuten, psychologen en andere leden van het revalidatieteam) zijn gewoon lid van hun beroepsverenigingen. Wij dus van de VRA.'

'Qua salariering van de medewerkers: de therapeuten worden gewoon betaald volgens de landelijk geldende richtlijnen, net zoals alle revalidatieartsen. De medewerkers zijn in vaste dienst, we voldoen aan alle geëigende keurmerken. Dus er is niets geheimzinnigs aan. Onze behandelingen vallen onder de Medisch Specialistische Revalidatie en zitten in het basispakket. We hebben contracten met alle verzekeraars. Om in behandeling te komen heb je een verwijzing nodig van je huisarts, specialist of bedrijfsarts.'

Maken jullie deel uit van een OOR? Zijn jullie op de een of andere manier betrokken bij de opleiding tot revalidatiearts?

Rob: 'Nee, vooralsnog niet. Wel kunnen er revalidatieartsen in opleiding voor een stage bij ons terecht. Ook lopen er coassistenten, verzekeringsartsen, bedrijfsartsen, PA's en pijnverpleegkundigen in opleiding mee. De revalidatieartsen die voor het CIR werken houden regelmatig voordrachten voor huisartsen en andere groepen geïnteresseerden. Overigens hebben we ook een heel informatieve podcast gemaakt, de Pijncast - te vinden via bijvoorbeeld Spotify - met acht afleveringen van een half uurtje, precies goed om tijdens woon-werkverkeer te beluisteren.... Op dit moment heeft het bekendheid geven aan onze behandeling van chronische pijn onze prioriteit.'

Is dat dan nodig?

Rob: 'Ja, over chronische pijn bestaan nog veel te veel negatieve connotaties. Ook bij artsen. Artsen denken nog steeds veel te veel volgens het biomedisch model. Als er geen medisch substraat gevonden wordt is er dus niets aan de hand. Dat geeft patiënten het gevoel dat ze zich aanstellen. Deze denkwijze is inmiddels

volledig achterhaald en het zal dan ook geen verrassing zijn dat bij deze groep patiënten het tevredenheidscijfer over de aan hen geboden zorg maar een 5,7 is, terwijl de tevredenheid van de Nederlandse bevolking ten aanzien van onze gezondheidszorg over het algemeen juist heel hoog is, boven de 8. Ze voelen zich niet gehoord en niet begrepen. Er is op dit moment ruim voldoende bewijs dat pijn en pijngedrag een complexe interactie is tussen biologische, psychologische en sociale factoren en gezien kan worden als een product van de hersenen. Zorgverleners moeten leren denken volgens deze principes.'

Rob en René: 'Het is jammer, dat dit interview moet gaan over het ZBC en hoe het is om daarbij in dienst te zijn. Het werken voor het CIR, zoals dat georganiseerd is, is eigenlijk niet zo spannend, dat is allemaal goed geregeld. Hoe we bij het CIR de pijnrevalidatie organiseren en de reden waarom is veel interessanter. De aanpak die wij ontwikkeld hebben is eigenlijk alleen maar mogelijk in de vorm zoals we dat hier doen. Alleen zo kunnen we voldoende expertise opbouwen en zoveel mogelijk patiënten ervan laten profiteren. De groep patiënten met chronische pijn is een grote groep, die meer aandacht verdient en waar nog een wereld te winnen valt. Chronische pijn, dat wil zeggen pijn die meer dan drie maanden bestaat, is aanwezig bij 20% van de hele bevolking en 30% daarvan heeft er al meer dan twee jaar last van. Gelukkig heeft niet iedereen een programma zoals wij dat bieden nodig, maar wel is het zo, dat de pijn op zich, nog los van de oorzaak ervan, leidt tot een verminderde participatie, verminderde kwaliteit van leven en zelfs een verkorte levensduur van gemiddeld vier jaar.'

'Over chronische pijn bestaan nog veel te veel negatieve connotaties'

- Rob

De kosten voor de maatschappij zijn enorm. Alleen al de kosten van chronische rugklachten zijn op jaarbasis circa vier miljard, waarvan 20% directe zorgkosten (behandeling) en 80% indirecte kosten zoals ziekteverzuim enz. De kosten voor de hele groep pijnpatiënten, dus niet alleen de lage rugklachten, worden zelfs geschat op 20 miljard. Een betere behandeling is dus heel welkom en de huidige inzichten die hierover zijn ontwikkeld moeten echt meer bekend worden bij zowel patiënten als verwijzers. We vinden het dan ook een hele goede ontwikkeling dat in de nieuwe versie van de ICD-10, de ICD-11 dus, chronische pijn opgenomen is als zelfstandig ziektebeeld. Ook de toevoeging van



de term nociplastische pijn (pijn zonder aantoonbare weefsel-schade) aan de soorten pijn die er zijn: nociceptieve pijn (acute pijn door weefsel-schade) en neuropathische pijn (pijn door schade aan het zenuwweefsel) draagt bij tot de ontwikkeling van werkzame richtlijnen.'

Welke patiënten kunnen naar het CIR worden verwezen?

Rob: 'Patiënten komen voor ons behandelprogramma in aanmerking als er sprake is van chronische pijn die langer dan drie maanden bestaat en die leidt tot participatiebelemmeringen en een vermindering van de kwaliteit van leven, waarbij meerdere psychosociale factoren bijdragend zijn (WPN-niveau 3 en 4). De ervaren beperkingen en participatieproblemen zijn groter dan de onderliggende pathologie kan verklaren.'

Wanneer worden patiënten niet in behandeling genomen?

René: 'Van alle verwijzingen komt ongeveer 60% van de patiënten in behandeling; 40% dus niet. Dat kan allerlei redenen hebben. Men moet open staan voor psycho-educatie over pijn en pijngedrag. Dat heeft te maken met cognitieve mogelijkheden, maar ook met taal en communicatie. De behandeling is erg 'talig', →



dus als iemand geen Nederlands of Engels spreekt is dat wel een contra-indicatie voor behandeling. Ook patiënten bij wie psychiatrische problematiek op de voorgrond staat, zoals bijvoorbeeld verslaving of verwardheid, kunnen niet aan het programma meedoen. Als er sprake is van meervoudig PTSS kan het zijn dat het trauma het leven van de patiënt nog zo beheerst dat we eerst een andere aanpak adviseren, zoals bijvoorbeeld EMDR-therapie. Enkelvoudig trauma behandelen we overigens wel binnen het traject.'

Hoe gaan jullie om met mensen die nog verwikkeld zijn in een letselschadeprocedure?

Rob: 'Dat is natuurlijk wel een aandachtspunt bij de intake, maar niet per se een reden om de behandeling nog uit te stellen tot die procedure afgewikkeld is, want dat kan jaren duren. Als de uitkomst voor iemand zo essentieel is dat hij zich niet kan focussen op de behandeldoelen, is het soms beter om de behandeling uit te stellen, maar als dat niet het geval is - bijvoorbeeld wanneer de afwikkeling is uitbesteed aan een instantie en de patiënt er verder redelijk in staat - kunnen we wel gewoon starten. Maligne gedrag om de verzekering willens en wetens op te lichten komen we eigenlijk niet tegen.'

Hoe ziet jullie programma er in grote lijnen uit?

René: 'Bij veel patiënten is de pijn acuut ontstaan, bijvoorbeeld na een letsel (whiplash of fractuur) en daar koppelen ze dan de oorzaak van hun klachten aan. Dat is ook gebruikelijk vanuit het biomedisch

denken. Maar inmiddels is al lang aangetoond dat die relatie bij chronische pijn er eigenlijk nauwelijks is.' **Rob:** 'Ook de relatie met *disuse* als oorzaak van de klachten is inmiddels verworpen. Onderzoek heeft aangetoond dat langdurig 'verkeerd' of te weinig gebruik van het bewegingsapparaat maar in 20% van de gevallen leidt tot conditieverlies of spierzwakte en dat er dan in het behandelplan op dat vlak eigenlijk helemaal geen behandelgrootheden zijn. We moeten bij deze patiëntengroep echt af van het biomedisch model.' **René:** 'Ik ben dan ook blij dat de term SOLK (Somatisch Onvoldoende Verklaarde Klachten) vervangen is door ALK

'We hebben een heel informatieve podcast gemaakt, de Pijncast'

- René

(Aanhoudende Lichamelijke Klachten). De term 'onvoldoende verklaard' suggereert namelijk dat er nog verder gezocht moet worden, terwijl de term aanhoudende lichamelijke klachten meer recht doet aan de realiteit.' **Rob:** 'Het behandelprogramma bestaat uit tien weken, twee dagdelen per week en drie fasen: 1) de intake, 2) twee weken groepsbehandeling met vooral educatie (informatie over het fenomeen pijn en de relatie tussen pijn en pijngedrag) en 3) het individuele traject. De revalidatiearts ziet de patiënt bij de intake, voor een tussenevaluatie en bij de afronding en vaker op indicatie. De taak van de revalidatiearts is niet alleen eindverantwoordelijkheid en coördinatie van het hele proces, maar ook het

stellen van de indicatie, het zo nodig saneren van het pijnmedicatiegebruik, het geven van een medische educatie en bovendien komt het toch nog voor dat er wel degelijk een medisch probleem gevonden wordt dat nader onderzocht moet worden. De kerntaak bij de intake is het analyseren van alle aspecten uit het biopsychosociaal model om tot een behandelplan te komen en van hieruit aan de patiënt inzicht te geven over het hoe en waarom van zijn klachten. In elke cirkel van het biopsychosociaal model - biologisch, psychologisch en sociaal - kunnen kwetsbaarheden, uitlokkende factoren en onderhoudende factoren zijn. Elk van die factoren kunnen maken dat er sprake is van sensibilisatie van de hersenen, dus overgevoeligheid voor prikkels die als pijn beleefd kunnen worden. Als de patiënt hier inzicht in kan krijgen en begrijpt hoe dat in zijn geval werkt kan hij leren de pijn te accepteren en te omarmen en daarmee zijn aandacht ervan af te leiden en ondanks de pijn de regie over zijn leven weer op te nemen. Dit zijn de principes van de ACT (*acceptance and commitment therapy*).

Bij 70% van de patiënten lukt dit in voldoende mate. Ook de langetermijneffecten (na drie jaar) laten zien dat het effect beklijft. We konden dit onderzoek onlangs uitvoeren in het kader van de MUREVAN-studie (meten van uitkomstmaten in de revalidatie, gefinancierd door ZonMw).'

Rob: 'We werken in een team bestaande uit fysiotherapeuten, bewegingsagogen en psychologen, alles op één locatie, waardoor de lijntjes heel kort zijn en de overdracht naar elkaar nauwelijks tijd in beslag neemt. Patiënten (die wij overigens cliënten noemen) komen er dus al vrij snel achter dat ontsnappen aan het team vrijwel onmogelijk is, wat wij dus als een voordeel zien van onze werkwijze.'

Welke ontwikkelingen willen jullie ondersteunen?

René: 'We zijn al aardig op weg om de nieuwe inzichten die het resultaat zijn van gedegen wetenschappelijk onderzoek onder de aandacht te brengen en te implementeren. Meer bekendheid is onze prioriteit. We zijn blij dat we met alle verzekeraars contracten hebben kunnen afsluiten en niet afhankelijk zijn van machtigingen die eerst goedgekeurd moeten worden. Dit scheelt veel tijd. Waar we nu ook energie in willen steken is dat het systeem van *stepped care* (de volgende stap in de behandeling pas als de vorige niet effectief bleek te zijn), voor deze groep losgelaten wordt en wordt vervangen door *matched care* (de patiënt krijgt een behandelprogramma op maat).'

Rob: 'We zijn ook heel benieuwd naar het onderzoek naar prognostische factoren waar op het moment grote stappen in

gezet worden met behulp van *Artificial Intelligence*. Dit zou mogelijk kunnen leiden tot een betere indicatiestelling en ook tot het eerder onderkennen van risicofactoren om chronische pijn te ontwikkelen bij mensen met pijn. Dan zou je al eerder kunnen beginnen met de behandeling. Nu worden patiënten soms pas verwezen na jaren zoeken en proberen. Eerder starten zou natuurlijk een enorme winst kunnen opleveren, voor patiënt en maatschappij. Verder zijn wij gewend om in de revalidatie ons te beperken tot het houdings- en bewegingsapparaat, maar deze

'Het is elke keer weer een positieve uitdaging om maatwerk te leveren voor het complexe pijngedrag bij de individuele patiënt!'

- Rob

aanpak kan wellicht ook aangepast worden voor andere lichamelijk aanhoudende klachten, zoals migraine, buikpijn enz. Maar dit zijn allemaal overwegingen die in de toekomst nog verder uitgewerkt zouden kunnen worden.'

Zijn er nog artikelen die jullie zouden kunnen adviseren voor wie meer van dit onderwerp wil weten?

'Natuurlijk! Om een paar voorbeelden te noemen:

- Breugelmans L, Scheffer E, Beckers LWME, Oosterwijk RFA, Nijland G, Smeets RJEM. Systematic description of an interdisciplinary multimodal pain treatment programme for patients with chronic musculoskeletal pain, using the TIDieR checklist. BMC Research Notes 2022;15:320
<https://doi.org/10.1186/s13104-022-06211-z>
- Smeets RJEM, Oosterwijk RFA. Lange termijn resultaten van een medisch specialistisch pijnrevalidatieprogramma. Nederlandstalig Tijdschrift Pijnbestrijding 2021;40(82):6-14.
- Zmudzki F, Smeets RJEM. Machine learning clinical decision support for interdisciplinary multimodal chronic musculoskeletal pain treatment. Front Pain Res 4:1177070. Doi: 10.3389/fpain.2023.1177070'

Mis je niet de diversiteit van het revalidatiecentrum als je je zo focust op een bepaalde patiëntenpopulatie?

Beiden: 'Nee, helemaal niet. Integendeel zelfs. Deze patiëntengroep is zo divers: het is elke keer weer een positieve uitdaging om maatwerk te leveren voor het complexe pijngedrag bij de individuele patiënt!' ←

Ervaring met peer-supportprogramma UMCG

Een vangnet in de medische wereld waar collega's klaarstaan als steunpilaren voor zorgverleners na ernstige fouten, incidenten of klachten. Al twaalf jaar lang draait het peer-supportprogramma in het UMCG op volle kracht. Dit artikel werpt een blik op hoe deze proactieve aanpak de gezondheidszorg kan verbeteren.



DRS. J.K. (JURJEN) OOSTERHUIS

Anesthesioloog/MMT-arts, afdeling Anesthesiologie, voorzitter
Commissie Calamiteiten Patiëntenzorg, UMC Groningen

Y.J. (YVETTE) KAMMINGA

Stafadviseur dwarsverband Patiëntenzorg UMC Groningen,
coördinator Commissie Calamiteiten Patiëntenzorg,
UMC Groningen



CORRESPONDENTIE

peersupport@umcg.nl

In 2012 verzocht de raad van bestuur van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) om - gelijktijdig met een verbetering van de systematiek rondom calamiteitenmeldingen bij (destijds) de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) - een programma te starten voor peer support. Het doel was om betrokkenen bij een calamiteit beter op te kunnen vangen. Dat dit dringend nodig was, was inmiddels uitgebreid bekend uit de Amerikaanse literatuur. Artsen die betrokken zijn bij fouten, blijken daar slecht mee om te kunnen gaan. Het past immers niet in de beroeps cultuur om fouten te maken, laat staan daarover te praten of om hulp te vragen.^{1,2} De gevolgen kunnen soms ernstig zijn. De emoties die optreden na een medische fout, variërend van schaamte en angst tot onzekerheid en eenzaamheid, zijn anders dan die bij gebruikelijke medische procedures. Het onvermogen om

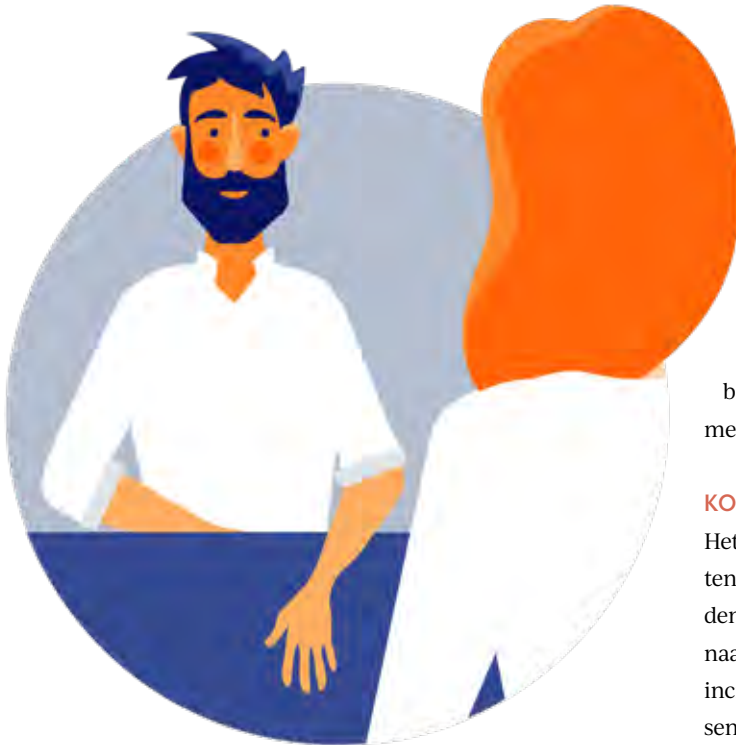
over fouten te praten en het gebrek aan steun in de professionele omgeving vergroten het gevoel van isolatie bij de betrokken zorgverleners. Dit heeft niet alleen persoonlijke gevolgen voor hun welzijn, maar kan ook de patiëntveiligheid beïnvloeden, omdat een tijdelijk verminderd functioneren een risico kan vormen.

Met behulp van dr. Jo Shapiro, KNO-arts in het *Brigham and Women's Hospital*, en tevens hoofd van het *Center of Professionalism and Peer Support* in Boston, *Harvard Medical School*, is er in het UMCG een peer-supportprogramma ontwikkeld. De start was een gastlezing van dr. Shapiro, waarin zij als chirurg met haar enthousiasme, wars van 'softigheid', iedereen wist te overtuigen van het belang en de noodzaak van een dergelijk programma.

‘Doel van het peer-supportprogramma is om betrokkenen bij een calamiteit te kunnen opvangen’

GESTRUCTUREERDE AANPAK

Het peer-supportprogramma biedt een gestructureerde aanpak om deze uitdagingen aan te gaan. De training van peer-supporters omvat niet alleen het bieden van een luisterend oor, maar ook reflectie, coping-ondersteuning en het monitoren van fysieke en mentale gezondheid. Het programma is proactief gekoppeld aan onder andere calamiteitenmeldingen, wat betekent dat zorgverleners na een incident direct worden benaderd met een aanbod voor peer support. Dit draagt bij aan het normaliseren van



rondom fouten is positiever dan tien jaar geleden. Peer-supporters worden als waardevolle cultuurverbetersaars beschouwd en blijken multi-inzetbaar, soms zelfs buiten de directe context van het peer-supportprogramma. Het programma heeft ook educatieve aspecten gekregen, zoals trainingen voor arts-assistenten in opleiding (aios-sen) en bijdragen aan het reguliere onderwijs voor geneeskundestudenten. Dit draagt bij aan het vergroten van het bewustzijn over calamiteiten en peer support in de bredere medische gemeenschap.

KOPPELING AAN ANDERE INGRIJPENDE GEBEURTENISSEN

Het peer-supportprogramma was initieel gekoppeld aan calamiteitenmeldingen, wat betekent dat potentiële steun bij andere incidenten mogelijk werd gemist. Hierop is gereageerd door de vraag naar peer support op te nemen in het formulier voor decentrale incidentmeldingen. Tevens is het programma uitgebreid naar artsen en verpleegkundigen betrokken bij klachten en tuchtzaken. Voor deze specifieke peer support is een kleinere groep peer-supporters met ervaring met klachten en tuchtzaken betrokken.

de gebeurtenis en vergemakkelijkt het proces van steun zoeken. Het UMCG heeft een effectieve wervingsstrategie geïmplementeerd voor het selecteren van peer-supporters. In plaats van uitsluitend te vertrouwen op vrijwilligers, werden medewerkers gevraagd naar wie ze zouden gaan voor vertrouwelijke gesprekken na een ernstige fout. Deze namen werden vertrouwelijk doorgegeven aan de Commissie Calamiteiten Patiëntenzorg (CCP). Deze medewerkers werd gevraagd of zij geschoold wilden worden als peer-supporter. Het succes van deze benadering wordt weerspiegeld in de hoge respons, van bijna 90% op de wervingsbrief. Het programma, dat initieel gericht was op artsen en verpleegkundigen, is uitgebreid naar verschillende sectoren, waaronder paramedici en laboratoriumpersoneel. Het koppelen van het peer-supportprogramma aan calamiteitenmeldingen heeft geleid tot ongeveer 65 potentiële meldingen per jaar, waarbij ongeveer de een derde van de betrokken medewerkers daadwerkelijk gebruikmaakt van peer support. Dit laat zien dat er in veel gevallen behoefte is aan dergelijke ondersteuning.

CULTUURVERANDERING

Een opmerkelijk resultaat is de cultuurverandering binnen het UMCG. Collega's zijn actiever betrokken bij incidenten, en de sfeer

‘Peer support is een proactieve benadering om de emotionele impact van fouten te verminderen’

CONCLUSIE

Kortom, het peer-supportprogramma bij het UMCG is niet alleen een reactieve maatregel na medische incidenten, maar juist een proactieve benadering om de emotionele impact van fouten te verminderen. Het biedt niet alleen steun aan de zorgverleners, maar draagt ook bij aan het creëren van een cultuur van openheid, begrip en continue verbetering, wat de patiëntveiligheid ten goede komt. Het UMCG heeft hiermee niet alleen een intern programma voor welzijn opgezet, maar heeft ook een model gecreëerd dat als inspiratie kan dienen voor andere medische instellingen wereldwijd. ←



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

RAPPORTEREN IS TE LEREN!

Een medische expertise: hoe zit dat nu precies?

Als revalidatiearts kunt u gevraagd wordt een expertise te schrijven op verzoek van de rechtbank, een advocaat, een verzekeringsmaatschappij of van meerdere partijen. U ontvangt een dik dossier; het opstellen van een expertiserapport is meestal geen dagelijks werk. Hoe zo'n probleem aan te pakken? Wat zijn de belangrijkste valkuilen om rekening mee te houden? Dit artikel presenteert een kort overzicht.



DR. M. (MINNE) HEEG

Orthopedisch chirurg



CORRESPONDENTIE

www.heegexpertises.nl

In de eerste plaats is het van belang dat u zich realiseert in welk kader de expertise aan u gevraagd wordt. Lees de vraagstelling zorgvuldig en blader door de stukken om een beeld te krijgen van de problematiek. Er zijn twee verschillende juridische kaders, waarbij elk kader weer onderverdeeld is in geheel ander type expertises.

Civiel rechterlijk kader: Hieronder vallen expertises in het kader van arbeidsongeschiktheid, wettelijke aansprakelijkheid, medische aansprakelijkheid en ongevallenverzekeringen.

- Bij arbeidsongeschiktheid gaat het uitsluitend om het vaststellen van beperkingen.
- Bij een expertise in het kader van een ongeval, gaat het uitsluitend om het vaststellen van het *medisch causaal verband* tussen het ongeval en de fysieke of psychische schade die daaruit voortvloeit. Deze wordt vervolgens uitgedrukt in een zogenaamd percentage *functionele impairment* volgens de *AMA guides* (American Medical Association). Alhoewel deze guides heel overzichtelijk zijn, is het niet zo eenvoudig om als beginnend expert hierin een weg te vinden.
- Bij een wettelijke aansprakelijkheid expertise gaat het ook om het vaststellen van het medisch causaal verband tussen letsel en ongeval. Bij de beoordeling dient rekening te worden gehouden

met eventueel aanwezig pre-existente afwijkingen en beperkingen. Als expert stelt u een percentage impairment en beperkingen vast. In feite worden er twee situaties gevraagd te beschrijven: 1) wat is de situatie *met* ongeval en 2) wat zou de situatie geweest zijn *zonder* het ongeval. Het verschil in deze twee situaties is dan de feitelijke schade. Bij het opstellen van een rapport is het heel belangrijk dat u zich deze verschillen met en zonder ongeval realiseert en vervolgens zorgvuldig beschrijft. Pre-existente problematiek maakt de beoordeling extra complex, omdat vrijwel nooit gedocumenteerd staat hoe de cliënt functioneerde vlak voor het ongeval. Toch wordt van u gevraagd daar een beargumenteerde mening over te presenteren.

'Een deskundig arts is niet per definitie een deskundig medisch expert'

- Bij medische aansprakelijkheid gaat het om de vraag of een ziekte of letsel het gevolg is van eventueel onzorgvuldig medisch handelen. De rapportage is dan vooral bedoeld om vast te stellen of er onzorgvuldig is gehandeld en wat de consequenties zijn, veroorzaakt door dit onzorgvuldig handelen.

Bestuursrechtelijk kader: Hieronder vallen expertises in het kader van de sociale zekerheid, het ambtenarenrecht of de uitvoering wegenverkeerswet.

VOORWAARDEN DIE AAN DE DESKUNDIGEN EN HET RAPPORT WORDEN GESTELD

Een heel deskundig arts is niet per definitie een deskundig medisch expert. Van de expert wordt gevraagd om zijn kennis en ervaring op heldere en inzichtelijke wijze te presenteren op een



volstrekt neutrale wijze. Uiteindelijk gaan allerlei partijen, zoals een jurist, verzekeringsarts, medisch adviseur van de verzekeraar, of de rechter met uw rapport aan de slag. De expert baseert de feiten op basis van wetenschappelijke argumenten, is zorgvuldig in de beschrijving en analyse en dient de gebruikte bronnen te kunnen benoemen. De argumentatie is toetsbaar en consistent in de overwegingen die tot een bepaalde conclusie leiden. Een rapport moet relevant en zodanig beknopt zijn zodat het ook voor niet-medici bruikbaar is. Klachten die door de cliënt aan een ongeval worden toegerekend, moeten niet zomaar zonder onderbouwing worden overgenomen in uw rapport. Wanneer u vindt dat er essentiële gegevens ontbreken kunt u die met machtiging van betrokkene opvragen, maar u moet wel expliciet vermelden welke informatie u dan heeft ontvangen, zodat alle partijen daar kennis van kunnen nemen. Ook is het van belang dat u binnen de grenzen van uw deskundigheid blijft en geen uitspraken doet buiten uw vakgebied.

WELKE PROCEDURELE STAPPEN MOET U VOLGEN VOOR HET UITBRENGEN VAN EEN EXPERTISE?

Uw *medische* expertise heeft een uitdrukkelijk *juridisch* kader en het is essentieel dat u daarvan goed op de hoogte bent. Meestal is dat kader helder aangegeven bij de vraagstelling die u toegezonden krijgt, maar dat is helaas niet altijd het geval. Cliënt heeft altijd recht op inzage van het rapport en heeft de mogelijkheid om zogenaamde feitelijke onjuistheden te kunnen corrigeren. Bij sommige expertises (wettelijke aansprakelijkheid en medische aansprakelijkheid) bestaat daarnaast het blokkeringsrecht: het recht dat cliënt heeft om als eerste het rapport te kunnen beoordelen en om te beslissen of het rapport aan derden ter beschikking gesteld mag worden.

Als het rapport niet geblokkeerd wordt, mag het met eventuele wijzigingen aan de aanvragende partijen in conceptfase worden aangeboden. Zolang niet expliciet duidelijk is dat betrokkene het rapport wel of niet blokkeert, mag u niets met het rapport doen! Al deze juridische stappen, bedoelt om de cliënt te beschermen zijn ook tuchtrechtelijk essentieel. Ook al heeft u geen behandelrelatie met cliënt in het kader van de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), toch kunt u als arts tuchtrechtelijk veroordeeld worden bij het niet juist toepassen van de juridische regels! Daarnaast bestaan er allerlei strikte regels voor uitvoering van een expertise door een assistent en het gebruik van een tolk.

RAPPORTEREN IS TE LEREN!

Ook al lijkt het complex en onoverzichtelijk, het schrijven van een expertise is boeiend, geeft een geheel andere kijk op het werk en brengt soms onverwachte, waardevolle inzichten met zich mee die u bij uw eigen patiënten weer kan gebruiken. Maar het belangrijkste is: het is heel goed te leren! In 2009 is de NVMSR (Nederlandse Vereniging voor Medisch Specialistische Rapportages) opgericht door een aantal wetenschappelijke verenigingen. Er wordt nauw samengewerkt met het NRGD (Nederlands Register voor Gerechtelijk Deskundigen) en jaarlijks worden masterclasses voor specialisten gegeven, waarin u zeer uitgebreid de achtergrondkennis en informatie over expertises wordt bijgebracht (www.nvmsr.nl).

Daarnaast is er online veel informatie beschikbaar zoals in de *leidraad Medische deskundigen in bestuursrechtelijke zaken*, te downloaden via www.Rechtspraak.nl. ←

Persoonlijke ervaringen van drie revalidatieartsen met tuchtrecht en calamiteit

Oh, oh, Den Haag

Maikel Siebrecht, revalidatiearts UMC Groningen

In 2019 kreeg ik een medische tuchtklacht, samen met drie andere artsen. We werkten destijds bij een polikliniek met meerdere specialismen samen. Een aios orthopedie zou vijf jaar daarvoor metingen verkeerd hebben verricht, waardoor er onterecht geen operatie-indicatie zou zijn gesteld. De patiënt was jaren later elders wel geopereerd.

We ontvingen een uitgebreid klachtschrift. Ik had, vond klager, onder meer de (zeer specifieke) metingen van een ander specialisme moeten corrigeren en ik had ten onrechte in een brief naar het UWV, de onjuiste diagnose meegenomen. Ik vond deze klachten ongegrond. Gelukkig vond mijn advocaat dat ook. We hadden verwacht dat ik bij het juridisch vooronderzoek al zou afvallen, maar dat bleek helaas niet het geval.

Er volgde een zitting bij het Regionaal Tuchtcollege. Ik vond dat daar feiten door elkaar werden gehaald en gestelde vragen niet de kern raakten. Alle klachten aan mij werden ongegrond verklaard, maar ik kreeg, buiten de vooraf gestelde klachten om, toch een maatregel (waarschuwing) voor het niet later actief corrigeren van de gestuurde informatie aan het UWV. Het was echter al bekend dat ik niet op de hoogte kon zijn van deze bevindingen van elders en ik had hiervoor ook geen nieuw verzoek of toestemming van patiënt gehad. Deze maatregel vond ik daarom zo onbegrijpelijk dat ik besloot beroep aan te tekenen. Ook de patiënt ging opnieuw, met alle klachten, tegen mij in beroep. In 2020 ging dit door naar het Centraal Tuchtcollege.

Pas in 2022 kwam dit in Den Haag tot een zitting. Voor het pakket aan bijgevoegde stukken was er

inmiddels een doos nodig. Ik was vanuit mijn eerdere ervaringen een stuk minder gerust. Bij het Centraal Tuchtcollege werden echter direct de mijns inziens relevante vragen gesteld en twee maanden later waren alle klachten ongegrond verklaard.

Het medisch tuchtrecht heeft als doel de kwaliteit van zorg te bewaken en bevorderen en patiënten te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen. Het is mijns inziens een onmisbaar instrument. Ik vraag me wel af wie de deskundigheid en zorgvuldigheid van dit instrument bewaakt en hoe er verantwoordelijkheid wordt genomen. Ik was vier jaar onnodig betrokken bij een zinloze en enorm tijd-, mankracht- en geldverslindende exercitie. Er werd alleen al niet goed (in)gelezen bij de zittingen, juridische kaders leken niet duidelijk en vooral een rapport van een expertisebureau had feiten verdraaid en gekleurd. De zorg werd er niet beter van. Dat expertisebureau wel, vrees ik.

Het was in vlagen lastig het gevoel van onrecht buiten mijn overige patiëntzorg te houden. Als er sprake zou zijn geweest van een klacht waarbij ik zelf ook had gevonden dat ik een duidelijke fout had gemaakt, had dit ongetwijfeld een veel meer omvattende negatieve impact gehad. Ik ben heel blij dat dat niet het geval was. Mogelijke bijkomende juridische onjuistheden lijken mij dan ook nóg moeilijker te hanteren.

Na de zitting heb ik heerlijk gewandeld in Den Haag. Daar was ik nog niet vaak geweest. Toch een pluspunt. Ik blijf daar voor dit soort zaken het liefst wel weg.



Calamiteit leidt tot structurele verbetering via een emotionele beproeving

Dr. Ellen H. Roels, revalidatiearts UMC Groningen

Verwardheid, angst, woede, empathie, verdriet, ongemak, verwondering, tevredenheid....alles kwam aan bod... binnen en buiten werkuren...

Het was goed schrikken toen ik op een zondag, jaren geleden, mijn werk-mailbox ging bijwerken. Ik las in de dienstoverdracht dat er een patiënt met een dwarslaesie onwel geworden was, waarbij lage saturatie en met spoed was ingestuurd. De betreffende patiënt bleek longembolieën te hebben en er volgde een reanimatie. 'Hoe dan?', dacht ik onmiddellijk, 'was er profylaxe?'. Mijn geweten kon geen rust vinden. In de toen nog beperkte digitale dossiers kon ik geen bevredigende verklaring vinden, dus ik reed snel naar het revalidatiecentrum op zoek naar meer informatie. Tevergeefs, het werd er niet duidelijker op en er rezen nog meer vragen. Ik wilde mijn collega's spreken maar hen niet dezelfde onrust aanjagen als ik zelf ervoer, dus ik moest wachten tot maandag. Het liefst was ik ook onmiddellijk naar patiënt en partner gegaan om hen te spreken en in de hoop vast te stellen dat alles oké was. Maar zonder goede achtergrondinformatie was dat geen optie. De rest van de zondag (inclusief nacht) verliep erg rusteloos in mijn hoofd.

Op maandag sprak ik mijn collega's. Het werd duidelijker. Er bleek veel te berusten op miscommunicatie rondom antistolling. Of misschien niet eens, want communicatieverkeer was op zich wel duidelijk, alleen waren er meerdere specialismen en meerdere hoofdbehandelaars betrokken en meerdere elkaar tegensprekende protocollen. Wie houdt dan de regie? Wie is verantwoordelijk?

Een dergelijk incident met ernstige gevolgen wordt gemeld als calamiteit. Best eng, die melding, met vele

confronterende vragen. Er volgde een nadere analyse met een interview dat voor mij meer aanvoelde als een verhoor. Als supervisor trouwens niet alleen voor jezelf enerverend, want je wilt toch ook graag de betrokken assistent beschermen en begeleiden. En mijn hart lag nog steeds bij de kritieke patiënt. Hoe zou het daar nu echt mee gaan? Er werd mij geadviseerd niet op bezoek te gaan, te kritiek.

Peer support werd aangeboden, maar ik verwerk dit liever op mijn manier.

Uiteindelijk kwam er een eindbespreking met alle betrokken partijen. Hiervoor was ik bloednerveus, nog meer verhoor. Geruststellende woorden van ons afdelingshoofd konden enigszins sussen: 'uiteindelijk komen hier mooie verbetervoorstellen uit'. En dat was ook het resultaat: er is meer uniformiteit en duidelijkheid in onze protocollen gekomen. Er kwam een erg mooi ziekenhuisbreed antistollingsprotocol, met zelfs enkele aparte kopjes voor de persoon met een dwarslaesie en een jaarlijkse scholing hierover voor alle ziekenhuismedewerkers. De rol van de revalidatiearts als hoofdbehandelaar werd verduidelijkt.

Goed om je daar bewust van te zijn en af en toe uit de bescheiden rol van dat onderbelichte specialisme te stappen.

Voor mezelf is de rust pas grotendeels teruggekeerd nadat ik patiënt en partner weer gesproken had.

Een blijvertje is een bijzondere interesse in antistolling en 'daar heel hard bovenop zitten'.

En tenslotte.... in het weekend en op vakantie lees ik mijn werk e-mails niet meer. Op die emotionele beproeving heb je dan toch geen invloed, die volgt later wel.

Een brief van het tuchtcollege

Catja Dijksta, revalidatiearts De Hoogstraat Revalidatie

Het is augustus 2022. We rijden terug van de camping in Frankrijk na een warme zomervakantie. We gaan een beetje te laat weg, pas in de middag en het blijkt verder terugrijden dan we hadden ingeschat. Maar we zijn bikkels en we rijden toch maar door want ja, AJAX-PSV speelt een dag later voor de Johan Cruijff Schaal en er zijn kaartjes geregeld. Half 5 in de nacht zijn we thuis en de volgende dag vroeg weer wakker. We zitten wat vermoeid aan de koffie als om een uurtje of 10 de bel gaat. De postbode met een dik pak, aangetekend. Ha fijn denk ik, dat is de dongel van de zonnepanelen die al maanden moet komen. Blij maak ik het pakje open en zie als eerste de woorden 'Regionaal Tuchtcollege' staan. Ik word koud en voel paniek. Durf de rest bijna niet uit de grote envelop te halen. Moet even gaan zitten en vraag mijn man om te lezen wat er staat.

Het blijkt een klacht, ingediend door iemand die ik acht jaar geleden op de poli heb gezien als *third opinion*. Mijn eerste les van vandaag, je kunt dus tot tien jaar na contact een klacht indienen bij het tuchtcollege. De tweede les is dat het woord tuchtcollege een enorme impact heeft. De gedachte dat je iets fout hebt gedaan en geen goede arts bent komt direct naar voren met de bijbehorende gevoelens.

Het blijkt dat tegen drie mensen een klacht is ingediend. Die klachten krijg je allemaal te zien, ook de klachten die niet tegen jou gericht zijn. Er zijn drie klachten tegen mij ingediend waarbij de voornaamste klacht is dat de patiënt de *third opinion* niet zorgvuldig vond en het niet eens was met de uitkomst. Ondanks het feit dat het acht jaar geleden is weet ik meteen waar het over gaat. Vijf jaar nadat ik deze meneer op de poli heb gezien kwamen dezelfde klachten binnen bij de interne klachtencommissie van De Hoogstraat.

Destijds heb ik deze patiënt uitgenodigd voor een gesprek die, vanwege zijn beperkte mobiliteit, niet (opnieuw) naar De Hoogstraat kon komen. Ik ben destijds samen met de klachtenbemiddelaar hem thuis gaan opzoeken. Dat huisbezoek vond ik wel wat spannend (zijn mailadres was iets in de trant van *rottweiler.nl*) maar mijn motto bij problemen is: *stand in the heat*. Bij het huisbezoek lagen er acht mapjes met klachten op tafel waarbij mijn mapje nummer zes was. Het gesprek is rustig verlopen en ik had het idee had dat er begrip was voor mijn uitleg. Helaas liet hij twee maanden later weten toch naar de politie te stappen en een strafzaak te beginnen (Ook weer een les: dit kan helemaal niet omdat het openbaar ministerie zelf de afweging tot vervolging

'Men kan tot tien jaar na contact een klacht indienen bij het tuchtcollege'

maakt). Er gebeurde daarna twee jaar niets totdat de envelop van het tuchtcollege binnenkwam. Ook weer een les, je krijgt dus niet een klacht op je werk, maar op je huisadres. Omdat je thuis in een andere omgeving dan je werk bent en er dan niet op beducht, komt een dergelijke klacht heel erg binnen.

Vervolgens is mijn werkgever op de hoogte gesteld en die heeft een advocatenbureau, gespecialiseerd in tuchtrecht in de arm genomen. Op een tuchtklacht dien je binnen drie weken te reageren. De eerste stap voor de advocaat is het regelen van uitstel voor het indienen van het verweer. Het opstellen van het verweer gebeurt door de advocaat in

overleg met jou, aan de hand van de door jou geleverde gegevens. Het verweer wordt gestuurd naar het Regionaal Tuchtcollege en dan begint het wachten. Door een tekort aan personeel blijven veel zaken lang liggen. Het advies is ook altijd een advocaat in de arm te nemen en niet zelf een verweer op te stellen.

Uiteindelijk werden we vier maanden later op vrijdag 13 januari uitgenodigd voor een mondeling vooronderzoek. Dit is een bijeenkomst waarvoor klager en de beklaagde worden uitgenodigd. Van het tuchtcollege zijn de griffier en de secretaris aanwezig (in mijn geval ook nog een griffier en secretaris in opleiding, soort coassistent). Het vooronderzoek is niet verplicht en vindt plaats als klager en beklaagde dit willen. Het dient ter verduidelijking van de klacht en om te kijken of nog een minnelijke oplossing mogelijk is. Ook dit is een spannende aangelegenheid want rationeel weet je dat het (in mijn geval) nergens over gaat maar emotioneel ervaar je dit totaal niet zo, je zit letterlijk recht tegenover een tuchtcollege. Vervolgens wordt besloten of de zaak enkel op basis van de stukken wordt behandeld (in de raadkamer) of op een openbare mondelinge behandeling voor een voltallig tuchtcollege (drie beroepsgenoten, twee juristen). In mijn geval werd het beoordeling op basis van de stukken. Uiteindelijk kreeg ik eind juli 2023, dus een jaar nadat mijn klacht binnenkwam, bericht dat mijn zaak kennelijk ongegrond was verklaard. In de beslissing maakte het tuchtcollege complimenten omdat dat ik klager thuis had opgezocht. Je kunt als klager dan binnen zes weken tegen de beslissing in hoger beroep gaan bij het Centraal Tuchtcollege. Je maakt de meeste kans met argumenten waarom de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege niet juist zou zijn. Dit gebeurde gelukkig niet.

Per jaar zijn er ongeveer 1.600 klachten die ingediend worden bij het tuchtcollege. Hiervan zijn er ongeveer 1.000 gericht tegen artsen. Ondanks dat artsen 20% van de zorgverleners uitmaken van de beroepsbeoefenaren binnen het BIG-register zijn 65% van de klachten tegen artsen gericht. Sinds een aantal jaar moet er 50 euro griffierrecht betaald worden om een klacht te kunnen indienen in de hoop minder 'bagatel' klachten te krijgen. Dat zijn klachten die uiteindelijk ongegrond verklaard worden. Er is een dalende

**'Ik deel mijn ervaringen;
zo kunnen we van iets
negatiefs toch iets positiefs
maken, en ervan leren'**

trend als het gaat om indienen van tuchtrechtsklachten echter het percentage 'bagatel' klachten blijft stabiel steken op zo'n 85%. Het tuchtcollege is bedoelt als kwaliteitsinstrument al is het de vraag of het doel gehaald wordt op de manier waarop het nu georganiseerd is. Veel artsen worden defensiever tijdens de behandeling na een eventuele veroordeling of stoppen zelfs met hun vak. Ook zonder veroordeling heeft een tuchtzaak veel impact.

Ik besloot zelf om over dit onderwerp onderwijs te geven en heb dat na de uitspraak ook gedaan, samen met mijn advocaat, aan alle aiossen en revalidatieartsen in De Hoogstraat, om de *lessons learned* te delen en dit werd zeer gewaardeerd. Ik deel het ook graag met de lezers van het NTR. Als dokters willen we graag blijven leren en laten we dat ook vooral blijven doen, zo kunnen we van iets negatiefs toch iets positiefs maken.

“SLOT LETSELSCHADE HELPT SLACHTOFFERS VAN LETSELSCHADE WEER OP WEG”



Iemand die te maken krijgt met letsel na een ongeval, wil meestal maar één ding: zo snel mogelijk weer optimaal functioneren. Focus op herstel is daarvoor cruciaal. Dan moet je niet allerlei andere zorgen hebben, bijvoorbeeld over geld. Daarom is goede juridische begeleiding bij letselschade ook erg belangrijk.

Zorgen belemmeren herstel

Een slachtoffer met letselschade krijgt veel in één keer te verwerken. Er is sprake van letsel, wat al erg genoeg is. Maar er spelen al vrij snel ook geldkwesties: raak ik mijn inkomen kwijt, kan ik de huur of hypotheek straks nog betalen, hoe run ik mijn huishouden en hoe zit het met medische kosten, zijn die wel allemaal gedekt?

De letselschadeadvocaten van Slot Letselschade staan slachtoffers bij in het verhalen van hun schade. We nemen ze veel (financiële) zorgen uit handen door het regelen van adequate bevoorschotting op de schade. Zo hopen wij vanuit een juridische invalshoek bij te dragen aan een zo goed mogelijk herstel.

Wat is letselschade

Letselschade is de lichamelijke en psychische schade die iemand kan oplopen als hij betrokken raakt bij een arbeids- of verkeersongeval, maar kan ook ontstaan door bijvoorbeeld een hondenbeet of een gebrekkig product. Letselschade dient te worden vergoed als iemand anders aansprakelijk is voor het veroorzaken van dat letsel.

Er kan sprake zijn van tijdelijk letsel, maar ook van letsel (en schade) van blijvende aard. Denk aan een situatie waarin het werk niet meer kan worden verricht, hulp in het huishouden nodig is of er een revalidatietraject nodig is. De gevolgen en de schade kunnen daardoor enorm zijn.

Wie zijn wij en wat doen we anders dan anderen?

Slot Letselschade staat uitsluitend slachtoffers bij. Wij steunen slachtoffers in het hele letselschadetraject en in het vinden van de voor hen beste oplossing. Anders dan andere belangenbehartigers zoeken wij die oplossing vooral in het weer activeren van het slachtoffer door het bevorderen van revalidatie en re-integratie. Schade voorkomen is immers beter dan (nog meer) schade lijden.

Wij zetten ons in om slachtoffers van letselschade niet aan de zijlijn te laten staan. Wij begeleiden een slachtoffer naar een zo goed mogelijk herstel zodat iemand – ook als er sprake is van blijvende beperkingen – weer zoveel mogelijk kan meedraaien in de maatschappij.

Dat kan dus ook een oplossing in natura zijn, zoals het inschakelen van huishoudelijke hulp, arbeidskundige begeleiding of het financieel mogelijk maken van een revalidatietraject. Als zo'n traject nodig is om het herstel te bevorderen kan dat op lange termijn voor alle partijen schadebeperkend zijn. Daarom is een aansprakelijkheidsverzekeraar vaak bereid deze kosten te vergoeden. Een win-win.

Maar we zijn niet naïef: soms is het nodig om zaken af te dwingen en dan doen wij dat. Wij procederen waar dat nodig is, maar zoeken wel altijd eerst de weg van overleg met de verzekeraar die de schade ten gevolge van het ongeval moet vergoeden.

Een slachtoffer is gebaat bij empathie en persoonlijke aandacht. Daarom werken wij zo laagdrempelig mogelijk en gaan wij door het hele land bij onze cliënten op bezoek. Maar onze cliënten zijn minstens net zo gebaat bij deskundigheid. En vanuit die gedachte zeggen wij dan ook: wij werken met een warm hart, maar we houden het hoofd daarbij koel.

Kosteloze juridische bijstand

Wij kunnen slachtoffers vrijwel altijd kosteloos bijstaan, omdat de veroorzaker na erkenning van de aansprakelijkheid alle kosten moet vergoeden. Ook de kosten van onze werkzaamheden.

Nieuwsbrief en App

Geïnteresseerd in waar wij ons verder mee bezig houden? Meldt u zich dan aan voor onze maandelijkse nieuwsbrief. In deze nieuwsbrief behandelen we inhoudelijke onderwerpen, casestudies, actualiteiten en maakt u nader kennis met ons kantoor.

Contact

Heeft u nog vragen? Bel ons gerust op 030-6980690 of kijk op onze website www.slotletselschade.nl.



Slot Letselschade

Montaubanstraat 2B

3701 HP Zeist

030-6980690

info@slotletselschade.nl

<http://www.slotletselschade.nl>

GEZONDHEIDSZORGADVOCAAT KOEN MOUS:

'Revalidatieprofessionals mogen veel meer ruimte innemen in het contact met zorgverzekeraars'

Advocaat Koen Mous van kantoor Dirkzwager houdt de revalidatiezorg scherp. In zijn werk voor revalidatiecentra, de VRA en Revalidatie Nederland pleit hij voor het bewaken van de professionele autonomie van revalidatieartsen. 'Als je niet oppast, krijgen zorgverzekeraars de regie over een duidingstraject. Terwijl zij totaal andere belangen hebben dan zorgverleners.'

**T. (TIM) DE HULLU**

Professioneel schrijver en biograaf

**STIJN RADEMAKER**

Toen Koen Mous zo'n twintig jaar geleden vanuit de studiebanken bij Dirkzwager begon, zag zijn werk als gezondheidszorgadvocaat er anders uit dan nu. De Zorgverzekeringswet was er nog niet en discussies over bekostiging kwamen weinig voor. 'En als die er al waren, werden ze zelden op het scherp van de snede gevoerd', zegt Koen. 'Iedereen had zoiets van: we hebben allemaal hetzelfde belang.' Hij adviseerde zorgaanbieders vooral op juridisch vlak bij het aangaan van samenwerkingen. Conflicten over de vergoeding van zorg waren op één hand te tellen.

'REGIEROL'

Maar dat veranderde toen zorgverzekeraars steeds meer hun 'regierol' pakten. 'Ze namen hun positie in. Je zag tegengestelde belangen ontstaan', verduidelijkt Koen. 'Ook al vinden zowel verzekeraars als aanbieders dat zorgkosten beheersbaar moeten blijven, dan nog blijft het zo dat verzekeraars vooral de schadelast willen beperken en dat zorgverleners goede zorg willen verlenen

en daarvoor betaald willen krijgen. Daar zit inherent een bepaalde belangentegenstelling in. Die tegenstelling zag ik terug in een toenemend aantal dossiers vanaf het moment dat zorgverzekeraars hun regierol pakten.'

OVER DE GRENS

Als je weet dat de andere partij voor zijn eigen belang gaat en dat dit niet altijd overeenkomt met wat jij zelf voor ogen hebt, zul je dus ook voor jouw eigen belangen moeten opkomen, wil Koen maar zeggen. 'Anders is de balans zoek.' Dat begint aan de onderhandelingstafel. 'Als je daar niet al scherp bent, bestaat het gevaar dat je overlopen wordt. Zorgaanbieders moesten daar wel aan wennen. De positie van een zorgaanbieder is ook een lastige. Want als aanbieder ben je afhankelijk van degene die de zorg

'Als je niet oppast, schuif je steeds verder op in de richting van de verzekeraar'

vergoedt. Daar wil je geen ruzie mee. Als je niet oppast, schuif je echter steeds verder op in de richting van de verzekeraar en doe je jouw eigen principes geweld aan.

FISHING EXPEDITION

Een goed voorbeeld vormen de materiële controles, waarbij zorgverzekeraars de verleende zorg beoordelen. Daarbij wordt volgens Koen nog wel eens gevraagd om patiëntendossiers in te zien, →



ook al is dat vanwege privacy aan allerlei regels gebonden. Dan heeft de zorgaanbieder de keuze: ga ik daarin mee of niet. Onder het mom van 'de bekostiger te vriend houden', wordt vaak meegewerkt, ziet Koen. 'Een zorgaanbieder kan denken: ik heb toch niets te verbergen, laat ze maar in de dossiers kijken. Totdat blijkt dat een zorgverzekeraar, met toch een ander belang, wel erg ijverig is en net zo lang in de dossiers grasduint tot deze iets vindt waarover in de optiek van de verzekeraar gediscussieerd kan worden. Er ontstaat een soort *fishing expedition*. Een zorgaanbieder kan dan spijt krijgen van de (te) ruimhartige medewerking. Maar dan heb je al toegang gegeven tot die dossiers, waarbij het lastig is om terug te gaan naar de positie waarin je zegt: ik bewaak mijn grenzen.'

STERKE TOEZICHTHOUDER

Door de onbalans in machtspositie liggen zulke situaties op de loer. Juist hierom zou er een stevige toezichthouder moeten zijn. De organisatie die deze taak op zich kan nemen, de Nederlandse

Zorgautoriteit (NZa), vervult die rol volgens Koen nog onvoldoende. 'De middelen om toezicht te houden zijn er en de taken zijn duidelijk. Alleen pakt de NZa die taken eigenlijk niet genoeg. Ik denk dat het ook een kwestie is van een politieke opdracht om die taken naar behoren in te vullen met richtlijnen over hoe dat zou moeten. Maar op dit moment ontbreekt het aan een sterke toezichthouder die zich bewust is van de dynamiek op de zorgmarkt.'

'Door de onbalans in machtspositie zou er een stevige toezichthouder moeten zijn'

Koen noemt de contractering als voorbeeld. 'Er zijn zorgaanbieders die om twijfelachtige redenen geen contract krijgen, ondanks goed presteren. Een zorgverzekeraar zegt dan bijvoorbeeld al genoeg zorg te hebben ingekocht, terwijl de wachtlijsten enorm zijn. Hoe kan dat?



Wie houdt daar toezicht op? Eigenlijk zou je zeggen: de NZa moet daar toezicht op houden. Die moet bekijken of er wel voldoende zorg gecontracteerd wordt en of er op basis van de juiste overwegingen zorg wordt ingekocht. Die taak wordt gewoon niet gepakt.'

HINDERPAAL

Vanaf ongeveer 2010 werd de verharding in de relatie tussen verzekeraar en zorgaanbieder voor Koen voor het eerst concreet zichtbaar. Hij kreeg steeds meer cliënten, ook in de revalidatiesector, die geen contract hadden met een zorgverzekeraar en in de problemen kwamen. In de Zorgverzekeringswet staat dat er vrije artskenkeuze is en dat ook ongecontracteerde zorgaanbieders recht hebben op een vergoeding. Koen: 'Alleen staat nergens in de wet hoe hoog die vergoeding moet zijn. Dus wat zag je gebeuren: die vergoedingen werden steeds lager. Van 100 naar 95, 90, 85, 80 en zelfs 75 procent, want zorgverzekeraars hadden belang bij een lage vergoeding. Zorgaanbieders gingen daar te lang in mee. Totdat een aanbieder zei: 'maar wacht eens even, dit gaat nu écht te ver'. Een GGZ-instelling startte, met Koen als advocaat, een kort geding tegen een verzekeraar op grond van het hinderpaal-criterium. Dat houdt in dat er voor de gemiddelde Nederlander geen zogenoemde hinderpaal - financiële belemmering - mag zijn om zorg af te nemen van een ongecontracteerde aanbieder. De zaak diende tot aan de Hoge Raad en werd gewonnen. Koen: 'Dit heeft laten zien: als zorgaanbieder heb je inderdaad ook recht op naleving van dat hinderpaalcriterium. En dat kun je bevechten in de rechtszaal.'

KANARIES IN DE KOLENMIJN

Discussies tussen aanbieder en verzekeraars ontstaan vaak voor het eerst in het ongecontracteerde segment. Koen: 'Zorgpartijen zonder contract zijn de kanaries in de kolenmijn. De kwesties die daar worden uitgevochten, lijken voor gecontracteerde zorgaanbieders een ver-van-mijn-bed-show. Uiteindelijk slaan die discussies echter over naar het gecontracteerde segment of hebben indirect effect op de positie van gecontracteerde aanbieders. Neem bijvoorbeeld de vergoeding voor ongecontracteerde zorg. Stel dat de verzekeraar de vrijheid heeft om geheel zélf te bepalen welke vergoeding een ongecontracteerde aanbieder krijgt en er dus voor kan kiezen slechts 50 procent te vergoeden. Bij contractonderhandelingen heeft de verzekeraar dan een ijzersterke positie. De verzekeraar

kan dan zeggen: "Dit is het contract; het is slikken of stikken". De zorgaanbieder heeft dan geen reëel alternatief: ongecontracteerd werken leidt immers tot een halvering van de vergoeding.

'Ook een gecontracteerde aanbieder heeft baat bij een sterkere positie van een aanbieder zonder zorgcontract'

Doordat je geen alternatief hebt, is je onderhandelingspositie heel slecht. Kortom: ook een gecontracteerde aanbieder heeft baat bij een versterking van de positie van de ongecontracteerde aanbieder. Daar kun je niet zomaar je schouders bij ophalen.'

MACHTIGINGSVEREISTE

Dat geldt ook voor de onenigheden die zelfstandige behandelcentra in de revalidatiezorg met verzekeraars hadden over het machtigingsvereiste. Dat vereiste houdt in dat verzekerden op grond van hun polisvoorwaarden voorafgaand aan de zorgverlening toestemming moeten krijgen van de zorgverzekeraar. Koen: 'Zo'n machtigingsvereiste komt vanaf 2019 steeds vaker voor in polisvoorwaarden. In de praktijk bleken medisch adviseurs van verzekeraars de indicatiestelling door de arts regelmatig ter discussie te stellen. Zij meenden dan dat de patiënt beter in de eerste lijn behandeld kon worden, door bijvoorbeeld een fysiotherapeut of psycholoog. De verzekeraar ging dus op de stoel van de revalidatiearts zitten. Hier komen de tegengestelde belangen duidelijk naar voren: een medisch adviseur moet toetsen op medische inhoud, maar is wel verbonden aan een zorgverzekeraar, die bij voorkeur ziet dat een patiënt in de eerste lijn behandeld wordt. Die kosten komen namelijk - over het algemeen - níet voor rekening van de zorgverzekeraar. Er waren centra waarbij een streep ging door meer dan zestig procent (!) van de indicaties.'

PRIMAAT

Artsen stonden op: "Wij hebben toch een vak geleerd en weten toch hoe we patiënten moeten laten herstellen?" Aanbieders accepteerden niet dat een deel van hun markt wegviel en schakelden Koen in 2016 in voor juridische bijstand. Eén van →



de zaken diende tot aan de Hoge Raad. De diverse rechtszaken hadden voor artsen en aanbieders een gunstige uitkomst: een verzekeraar mag slechts marginaal toetsen, omdat het primaat van de indicatiestelling bij de revalidatiearts ligt. Koen: 'De situaties die ik tegenkwam, waren soms echt schrijnend. Dan moet een patiënt een jaar wachten op goedkeuring van de behandeling, omdat er een discussie is over de indicatiestelling. Terwijl dit eigenlijk binnen tien dagen afgehandeld zou moeten zijn.'

Ook iets waar de NZa op zou moeten toezien. Zeker omdat het hier om serieuze medische problematiek gaat. Denk aan een rolstoelafhankelijk persoon die herstelt van een CVA, of iemand met MS.'

STANDPUNT

Koen heeft het idee dat de meeste zorgverzekeraars hier sinds de diverse gewonnen rechtszaken goed mee omgaan. Al blijft alertheid volgens hem geboden. Zorginstituut Nederland (ZIN) startte in 2019 een duidingstraject over de te verzekeren prestatie medisch specialistische revalidatie (MSR). Een nieuw standpunt moest meer houvast geven aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) en brancheorganisatie Revalidatie Nederland (RN) zaten samen met medisch adviseurs van zorgverzekeraars in werkgroepen, waarna er conceptrapporten verschenen. Deze gingen óók over de indicatiestelling. In de concepten stonden passages die afbreuk deden aan de uitspraken die rechters daarover hadden gedaan. De concepten bevatten bovendien passages die artsen in een ongewenst keurslijf zouden dwingen, bijvoorbeeld als het gaat om het verzamelen én delen van privacygevoelige gegevens. Koen: 'Dit zou zorgverzekeraars ruimte geven om in weerwil van de uitspraken die rechters gedaan hadden, veel verder te gaan dan een marginale toets, ook bij zorgaanbieders mét contract. Bovendien zouden artsen opeens informatie moeten opvragen bij allerlei voorgaande behandelaren, terwijl die informatie volgens artsen zelf voor de indicatiestelling helemaal niet nodig is. De vertegenwoordigers van de zorgverzekeraars waren kennelijk in staat gebleken veel voor hen gunstige passages in het concept te krijgen.'

REFLEX

Voor een goede reactie én belangenbehartiging schakelden de VRA en RN Koen in. 'De reflex bij branche- en beroepsorganisaties én bij zorgaanbieders met een goede relatie met zorgverzekeraars, is toch om een beetje mee te bewegen met de wensen van de verzekeraar. Je wilt ze duidelijkheid verschaffen, iets geven. Maar voor je het weet, schuif je te ver op en ga je voorbij aan bepaalde basisprincipes, zoals de professionele autonomie van de revalidatiearts. Op basis van input van artsen en centra hebben we uiteindelijk scherp gereageerd op de concepten. Dit leidde tot grondige aanpassingen. Het gedeelte over de indicatiestelling is sterk genuanceerd, waarbij de autonomie van de arts weer centraal is komen te staan.'

WAKE-UP-CALL

De totstandkoming van het standpunt van ZIN laat volgens Koen maar weer eens zien hoe noodzakelijk het is om je bewust te zijn van de tegengestelde belangen. ‘Ook als je als zorgaanbieder in een werkgroep constructief samenwerkt met verzekeraars is het belangrijk dat je je positie kent en weet waar je voor staat.’

Vergeleken met andere zorgsectoren ervaart Koen de revalidatie als bescheiden en meebewegend. ‘Wat dat betreft hoop ik dat deze kwestie een *wake-up-call* is geweest.’ Hij ziet een belangrijke rol voor de VRA en RN, ook als het gaat om het duidelijk maken van het behandelaanbod in de revalidatie. ‘Voor revalidatie-behandelingen, waarbij allerlei vakdisciplines betrokken zijn en verschillende innovaties worden ingezet met uiteenlopende variabelen in gebruik, is het niet altijd mogelijk om aan de hand van studies hard wetenschappelijk bewijs van effectiviteit te leveren. ‘Dan helpt het enorm als de beroepsvereniging en brancheorganisatie zeggen: deze behandelingen beschouwen wij als goede en effectieve zorg. Werk dus aan standpunten die je zelf

‘Werk aan je eigen standpunten en wacht niet af wat derden daarvan vinden’

inneemt en wacht niet af wat derden daarvan vinden. Als er voor de effectiviteit van behandelingen geen duidelijk wetenschappelijk bewijs is, dan kan een standpunt of richtlijn van de beroepsorganisaties óók maken dat deze tot het verzekerde pakket behoort.’

SCHERP BLIJVEN

Of en met wat voor kwesties Koen revalidatiecentra in de toekomst zal bijstaan, kan hij lastig voorspellen. ‘Er zijn zo veel factoren die dat bepalen. Zo had ik een aantal jaren geleden ook niet kunnen voorzien dat de MSR zó in de wind zou komen te staan. Of een sector het moeilijk krijgt, kan soms samenhangen met de toevallige omstandigheid dat een medisch adviseur van een verzekeraar ruimte krijgt bepaalde ideeën in de praktijk te brengen.’ Hij hoopt in ieder geval dat de revalidatiesector blijft staan waar deze voor staat: mensen met uitstekende zorg helpen met opnieuw leren leven en kijken wat wél kan. En dat artsen en centra te allen tijde in een vroegtijdig stadium hun grenzen bewaken en al helemaal niet inleveren op hun autonomie. ‘Dat is net dat ene stukje waar je als beroepsbeoefenaar een primaat op hebt, bewaak dat dus ook!’ Scherp blijven is het devies. Of je nou gecontracteerd bent of niet. ←



Centraal Tuchtcollege: ervaring met een andere multidisciplinaire samenwerking

Toen ik de bescheiden advertentie in Medisch Contact zag waarin leden-beroepsgenoten werden gezocht waaronder een revalidatiearts voor het Centraal Tuchtcollege (CTG), heb ik gereageerd. Ik was op zoek naar meer verdieping, meer uitdaging naast mijn werk als revalidatiearts en wilde het tuchtrecht en het tuchtcollege beter leren begrijpen.



DRS. N. (NIENKE) ROUX-OTTER

Revalidatiearts Basalt (Den Haag)



CORRESPONDENTIE

n.roux@basaltrevalidatie.nl

Het tuchtcollege is niet iets waar je als revalidatiearts veel mee bezig bent en zeker niet vaak op de werkvloer over praat. Veel collega's lezen wel de uitspraken van de diverse tuchtcolleges in het Medisch Contact, maar daar blijft het meestal bij. Het tuchtrecht zelf is de afgelopen jaren (2021-2023) veel in de publiciteit. Er wordt gesproken over de uitspraken, de mogelijke verschillen in inzicht bij het Regionaal Tuchtcollege (RTG) en het CTG, het vernieuwen van het tuchtrecht, de waarde ervan, etc. Toch vond ik dat ik nog weinig wist van de achtergrond ervan, ook omdat het tuchtcollege voor mij een zekere lading had, iets intimiderends.

FUNCTIE

Er volgde een sollicitatieprocedure en in het sollicitatiegesprek werd me duidelijk dat er ongeveer 1 à 2 zaken per jaar voor de revalidatiegeneeskunde waren (alleen CTG) en dat het goed te combineren zou zijn met de werkzaamheden als revalidatiearts. Dat laatste is overigens een vereiste. Benoeming gaat via ministerieel besluit (Ministerie van VWS) en geldt voor zes jaar, waarbij herbenoeming mogelijk is.

Het CTG is een onafhankelijk rechterlijk college en is tevens als hoogste college belast met de tuchtrechtspraak ingevolge de Wet BIG. Het rechtsgebied beslaat heel Nederland. Het CTG komt in beeld als klager, beklaagde of beiden in hoger beroep gaan na een uitspraak van het RTG. Als lid-beroepsgenoot maak je deel uit van dit college en heb je een rechterlijke functie, je wordt als zodanig ook beëdigd voor de eerste zitting die je bijwoont. Voor de revalidatiegeneeskunde ben ik momenteel de enige in het CTG en wordt per zitting een tweede lid-beroepsgenoot gezocht die het best passend is bij de voorliggende zaak.

ERVARING

Inmiddels heb ik een bescheiden ervaring opgebouwd bij het CTG. Wanneer de stukken worden afgeleverd (op afspraak en via een bode) is het in korte tijd veel lezen, snel en nauwkeurig een overzicht zien te krijgen over de essentie van de klachten en vooral bedenken welke kritische vragen er nog zijn om te stellen tijdens de zitting. De stukken bestaan uit verschillende onderde-

'Nienke heeft inmiddels een bescheiden ervaring opgebouwd bij het Centraal Tuchtcollege'

len, die vaak honderden pagina's beslaan die in twee tot drie weken tijd gelezen moeten worden. Bij de stukken zit de uitspraak van het RTG, daarnaast nog de reden van beroep, inclusief bewijsmateriaal en vervolgens het verweer hierop. Het is zaak om vooral duidelijk te krijgen waarom het beroep is ingediend en of het tegen alle onderdelen van de uitspraak van het RTG is gedaan. Dat laatste hoeft namelijk niet. Alles wordt intensief en kritisch



Revalidatiearts Nienke Roux-Otter zit voor de revalidatiegeneeskunde in het CTG.

gelezen door het college en het is telkens verrassend om te zien wat allemaal aangeleverd wordt en waar de klacht over gaat.

De zitting vindt plaats in het Paleis van Justitie in Den Haag. Na een veiligheidscontrole loop je door de gangen, waar in tegenstelling tot een ziekenhuis of revalidatiecentrum geen mensen in witte kleding rondlopen, maar in zwarte toga's. Ook is er regelmatig bewaking of politie op de gangen aanwezig, soms best intimiderend.

MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG

Op de dag van de zitting is er eerst een overleg in de raadkamer gepland, waarbij het college de indrukken van alle stukken bespreekt en er wordt afgestemd wie welke vragen gaat stellen. Hier vindt eigenlijk het eerste deel van het multidisciplinaire overleg plaats. Over de samenwerking tussen artsen en juristen in het college is al reeds in 2021 een informatief stuk geschreven door Frederiks et al. in het NtvG.¹ In de raadkamer heb ik veel onderling respect ervaren, ook al komen we elkaar voor het eerst tegen, waarbij ik onder de indruk ben van de kritische beoordeling van de juristen van de stukken en waarbij ik elke keer nieuwe aspecten ontdek betreffende de kijk van juristen op

een zaak. Ook het feit dat er altijd een andere medisch specialist in het college naast mij aanwezig is, maakt het dynamisch en inhoudelijk interessant.

Tijdens de zitting kunnen laatste argumenten of een laatste toelichting worden gegeven door zowel de klager als beklaagde. Er worden vragen gesteld, waarbij de secretaris (jurist) hiervan notulen maakt. Hoewel er parallellen zijn met een multidisciplinaire teambespreking binnen de revalidatie is de sfeer duidelijk anders, zowel de klager als de beklaagde zijn vaak gespannen en iedereen is zich zeer bewust van de situatie waarvoor we daar zitten. Na de zitting verlaat het college de zittingszaal en gaat opnieuw in beraad in de raadkamer, het tweede deel van het multidisciplinaire overleg. Het uiteindelijke oordeel is unaniem en wordt na zes tot acht weken uitgesproken. In de tussenliggende periode wordt het eindverslag gemaakt en kan nog online overleg plaatsvinden over de tekst. Dan komt een einde aan een vaak lange en belastende procedure voor beide partijen.

Naast het overleg bij de zitting zijn er nog andere 'multidisciplinaire overleggen', maar meer op afstand. Zo wordt jaarlijks door de colleges zelf een deskundigheidsbevorderende activiteit georganiseerd (landelijke bijeenkomst), waarbij alle juristen en leden-beroepsgenoten van de RTG's en het CTG aanwezig zijn. Er is een introductiebijeenkomst voor nieuwe leden waarbij veel informatie gedeeld wordt. Ter voorbereiding van zittingen is er ook een uitgebreide Kennisbieb (digitaal) met veel (juridische) achtergrondinformatie, is er een handboek over procedures en gedragsregels, is het mogelijk een zitting bij te wonen en zijn er sites met informatie. Genoeg om je in te verdiepen.

TOEKOMST

Het tuchtrecht is primair bedoeld om te leren van fouten, van bijvoorbeeld procedures, of hoe de communicatie tussen arts en patiënt is gelopen, om hiermee uiteindelijk de beroepsbeoefening te bewaken en te bevorderen. Dat het tuchtrecht zelf ook tegen het licht gehouden kan en moet worden om toekomstbestendig te zijn, daar sta ik achter. Maar dan wel met de juiste kennis en informatie, waarbij we mijns inziens vooral de multidisciplinaire samenwerking tussen artsen en juristen als zinvol onderdeel moeten handhaven. ←

Referentie

1. Frederiks BJM, et al. Overleg achter gesloten deuren. NtvG, 2021;165:D6430.

Patiëntenparticipatie in revalidatieonderzoek

In onze revalidatietrajecten leren wij onze patiënten 'Niet Invullen Voor Een Ander' (NIVEA). Echter in ons eigen revalidatieonderzoek maken we ons hier zelf vaak schuldig aan. Tijdens onze workshop op DCRM 2023 werd duidelijk dat er veel welwillendheid was ten aanzien van patiëntenparticipatie in onderzoek, maar dat het daadwerkelijk doen toch als een moeilijke stap werd ervaren. Tijd voor verandering: tijd voor meer patiëntenparticipatie in onderzoek!



DR. D.M. (DIANA) OOSTERVEER

Revalidatiearts en senior onderzoeker, Basalt,
Alphen aan den Rijn

V. (VERA) VERHAGE

Patiënt-lid wetenschapscommissie Klimmendaal, Arnhem

I. (INGRID) DE GROOT

Voorzitter Myositis werkgroep Spierziekten Nederland,
Patient Research Partner OMERACT

DR. M. (MARJOLIJN) KETELAAR

Senior onderzoeker, Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde
Utrecht, UMC Utrecht en De Hoogstraat, Utrecht

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

Revalidatiearts en senior onderzoeker, Klimmendaal,
Arnhem en Radboudumc, Nijmegen



CORRESPONDENTIE

d.oosterveer@basaltrevalidatie.nl

Van patiëntenparticipatie* is sprake als patiënten betrokken zijn bij, en invloed hebben op besluitvormende processen uit de praktijk van onderzoek, beleid en zorg.¹ We onderschrijven dat patiëntenparticipatie van grote meerwaarde is

voor het maken van beleid en inrichten van zorgprocessen. In dit artikel zullen we het specifiek hebben over patiëntenparticipatie in wetenschappelijk onderzoek (vanaf nu onderzoek genoemd) en geven we graag een praktisch vervolg aan onze DCRM-workshop (figuur 1): hoe geef je patiëntenparticipatie concreet vorm, wat zijn de mogelijkheden, waarbij we twee inspirerende concrete voorbeelden zullen uitlichten. We hopen hiermee dat meer onderzoekers de stap naar patiënten betrekken bij revalidatieonderzoek daadwerkelijk nemen. We benadrukken hierbij dat het *niet* gaat over deelnemen van patiënten (studiedeelnemers) aan onderzoek.

‘Het patiëntenperspectief bestaat uit meer dan alleen ervaringen; door dit vorm te geven binnen onderzoek levert het meerwaarde op’

- Vera Verhage

MEERWAARDE PATIËNTENPARTICIPATIE IN ONDERZOEK

Het perspectief van de patiënt is uniek en een aanvulling op de kennis en expertise van onderzoekers, revalidatieartsen en andere

Tabel 1. Vanuit de DCRM-workshop: Vragen die kunnen helpen om een vervolgstap te zetten ten aanzien van patiëntenparticipatie in onderzoek.

- Welke onderzoeksfases heb je al doorlopen?
- Waar sta je op het gebied van patiëntenparticipatie binnen je onderzoeksproject? Heb je patiënten betrokken?
- Wat is de eerstvolgende stap die je gaat zetten om patiënten te betrekken?
- Wat is je doel van die stap? Welke informatie of onderwerpen zijn hierin van belang (patiëntenperspectief)? Welke methode(n) zou hiervoor het meest passend zijn?

* Overal waar patiëntenparticipatie geschreven staat geschreven, wordt het betrekken van de doelgroep bedoeld. Dit kan naast patiënten ook partners, ouders, naasten, mantelzorgers of vertegenwoordigers van een patiëntenorganisatie zijn.

betrokkenen bij onderzoek. Dit kan leiden tot nieuwe relevantere onderzoeksvragen of -thema's; onderzoek en uitkomsten die beter aansluiten bij de behoeften van de patiënten, succesvolle(re) inclusie, minder uitval van patiënten gedurende follow-up, grotere kans op correcte data-interpretatie, en betere verspreiding en implementatie van onderzoeksresultaten in de praktijk.^{2,3,4,5,6}

In Nederland kan patiëntenparticipatie in onderzoek ook de kans vergroten op financiering.⁷ Ook toonaangevende wetenschappelijke tijdschriften zetten stappen in het veld van *patient partnership*.⁸ Al met al genoeg redenen om te starten met patiëntenparticipatie in revalidatieonderzoek.

‘Niets over ons, zonder ons’

- veel gebruikte quote als het om patiëntenparticipatie gaat, zo ook door Mathieu Maanders, co-voorzitter DCRM 2023

IN ELKE FASE VAN ONDERZOEK

In elke fase van de onderzoekszyclus is samenwerking mogelijk en liggen er andere toegevoegde waarden en kansen.⁹ Enkele voorbeelden worden in figuur 1 weergegeven. De impact is uiteraard groter wanneer patiëntenparticipatie in een zo vroeg mogelijke fase wordt vormgegeven en in meerdere fasen van het onderzoek, maar ook in een enkele late fase van onderzoek is patiëntenparticipatie van meerwaarde.

IN GESPREK

Voor de selectie van patiënten is het goed om ook hier NIVEA toe te passen: vraag iedere patiënt in je spreekkamer. Er is vervolgens geen vastomlijnde 'beste' manier van samenwerking tussen patiënten en onderzoekers; optimaal is als deze aansluit bij de wensen en mogelijkheden van de betrokkenen, het onderzoek en het doel van de samenwerking. Om deze samenwerking tussen patiënten en onderzoekers optimaal vorm te geven is het belangrijk om met elkaar in gesprek te gaan over rollen, verwachtingen en voorkeuren, en je manier van werken hierop aan te passen. Nu wordt bijvoorbeeld vaak schriftelijk advies gevraagd op een Engelstalig onderzoeksvoorstel. Dit sluit veel patiënten uit. Door in gesprek te gaan met patiënten is een manier te vinden die passend is voor iedereen zoals een voorstel in begrijpelijke taal

‘De onderzoekspartners van Basalt wijzen mij op mijn blinde vlekken, zoals de volgorde van de vragenlijsten: dat een andere volgorde prettiger is voor de deelnemers van mijn onderzoek’

- Diana Oosterveer

omzetten of (wederom) in gesprek een voorstel toe te lichten. Er is een tool beschikbaar voor onderzoekers en patiënten die bedoeld is om met elkaar het gesprek aan te gaan over de rol die patiënten in elke fase van onderzoek kunnen en willen nemen: de Participatiematrix.¹⁰ Deze is te vinden op www.participatiematrix.nl.

TWEE VOORBEELDEN TER INSPIRATIE

1. Outcomes MEasures in Rheumatology (OMERACT)

OMERACT is een netwerk, waarin artsen, onderzoekers, methodologen en patiënten in de rol van *Patient Research Partners* (PRPs) op een gelijkwaardige manier hebben samengewerkt om te komen tot een coreset van *Patient Reported Outcome Measures* (PROMs) gericht op Kwaliteit van Leven voor myositis-onderzoek. De PRPs participeerden in alle overleggen, ontvingen alle documenten, namen deel aan en presenteerden op congressen, en waren co-auteur bij publicaties. Ze werden hierbij ondersteund waar nodig →



Figuur 1. Voorbeelden van patiëntenparticipatie per fase van de onderzoekszyclus.

ten aanzien van bijvoorbeeld medische terminologie.² Doordat de PRPs hun achterban benaderden, werd de Delphi-vragenlijst door veel mensen ingevuld ondanks de lage prevalentie van myositis. Uit dit onderzoek bleek weliswaar dat patiënten en artsen beiden spierklachten en beperkingen in fysiek functioneren in de top vijf van de belangrijkste domeinen voor Kwaliteit van Leven bestempelden. Echter de overige drie verschilden: Patiënten gaven pijn, vermoeidheid en bijwerkingen van medicatie aan, domeinen die van grote invloed zijn op hun dagelijks leven, terwijl artsen huid- en gewrichtsklachten en longproblemen noemden, domeinen die zij behandelen. De top vijf van de patiënten werd bepalend voor de vastgestelde coreset Kwaliteit van Leven voor toekomstig onderzoek, waardoor deze relevanter voor patiënten is.^{11,12} Indien toekomstig onderzoek zich specifiek richt op huid, gewrichten of longfunctie, zal naast de coreset ook dat specifieke domein worden meegenomen. Naast verschillen in welke domeinen belangrijk zijn, waren er ook verschillen in interpretatie van de te meten domeinen en hoe de domeinen te meten: artsen zagen 'trillen van spieren' als 'tremor', terwijl patiënten dit ervaren als 'spiervermoeidheid'; patiënten hadden een voorkeur voor de impact van pijn boven pijnintensiteit als PROM. Een PRP heeft haar persoonlijke ervaringen over deze deelname recent gepubliceerd.¹³

2. Cerebrale parese (CP) onderzoek

Ook jongeren kunnen meedenken in onderzoek. In het onderzoek 'Participatie in Perspectief' (PiP) is in alle fases van het onderzoek samengewerkt met een groep van 12 jongeren met CP, de PiP-ambassadeurs.¹⁴ Met deze relatief grote groep was het mogelijk om rollen en activiteiten af te stemmen op wensen en mogelijkheden van de ambassadeurs in iedere fase, zoals later werd uitgewerkt in de Participatiematrix.¹⁰ Communicatie gebeurde veelal via een WhatsApp-groep, omdat de jongeren aangaven dat ze dat het prettigst vonden, al was dit voor de onderzoekers wennen. De combinatie van een WhatsApp-groep en live en online bijeenkomsten bleek een goede manier voor samenwerking. Tijdens de voorbereidingsfase schreven de ambassadeurs mee aan de informatiebrief voor de deelnemers aan het onderzoek. Dit maakte dat de brief duidelijker, aantrekkelijker en veel persoonlijker werd voor de jongeren uit de doelgroep. De aanhef 'Beste CP-er' zou door onderzoekers nooit gekozen zijn, maar werd door de ambassadeurs belangrijk gevonden, en door de deelnemers gewaardeerd. Ook was de brief ondertekend door de ambassadeurs; voor vragen en aanmelding werd verwezen naar de onderzoekers. De ambassadeurs hebben ook in latere stappen meegedacht, onder andere met samenstelling van de vragenlijsten, topiclijst voor interviews, analyse van de interviews, interpretatie van de resultaten en uiteindelijk hebben de ambassadeurs een website gemaakt waar zij kennis en ervaringen delen met andere jongeren met CP (www.wijencp.nl).

PATIËNTENPARTICIPATIE IN WETENSCHAPSCOMMISSIES

Naast patiëntenparticipatie in onderzoek, is patiëntenparticipatie ook van meerwaarde in (lokale) wetenschapscommissies. Bij revalidatiecentrum Klimmendaal neemt een patiënt-lid deel aan de wetenschapscommissie waar onder andere de kwaliteit van onderzoeksvoorstellen mede beoordeeld wordt vanuit het patiëntenperspectief.¹⁵ Dit jaar zal een patiënt worden benoemd als lid van de landelijke VRA Commissie Wetenschap & Innovatie.

CONCLUSIE

Dat patiëntenparticipatie in onderzoek van maatschappelijke en wetenschappelijke meerwaarde is voor revalidatieonderzoek wordt steeds meer erkend, echter het toepassen hiervan is nog geen algemeen goed. Tijdens een workshop op de DCRM 2023 over dit thema bleken velen wel stappen te willen zetten, maar als een berg opzagen tegen de vraag: Maar hoe dan? Met dit artikel hopen we een praktisch handvat te hebben geboden en anderen te inspireren daadwerkelijk de vervolgstap te zetten. Bedenk dat er geen vastomlijnde manier van patiëntenparticipatie is en dat je kan sparren met collegae die al wat stappen hebben gezet. Patiëntenparticipatie geef je vooral samen vorm!

Geïnspireerd?

Kijk eens ook eens verder voor nog meer praktische tips:

- **Patiëntenparticipatie per onderdeel onderzoeksproces:**
www.kcrutrecht.nl/partnerschap/onderzoeksproces
- **Tips, voorbeelden en methodes voor participatie in onderzoek, beleid en zorg:** <https://participatiekompas.nl/>
- **The Centre of Excellence of Partnership with Patients and the Public:**
<https://ceppp.ca/en/>
- **Public Involvement Impact Assessment Framework:** www.piaf.org.uk
- **Patient-Centered Outcomes Research Institute:** www.pcori.org
- **National Institute for Health and Care Research:**
www.learningforinvolvement.org.uk/

DANKWOORD

De in het artikel genoemde workshop werd mede vorm gegeven door Eva Vroonland. Zij is adviseur patiëntenparticipatie bij PGOsupport in Utrecht. Wij danken haar voor haar inspirerende enthousiasme en haar relevante bijdrage aan zowel de tekst als de figuur van dit artikel. ←



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

Ervaringsdeskundigheid: de Kracht van Doorleefde Persoonlijke Ervaring

De interesse voor de inzet van ervaringsdeskundigen in de medisch specialistische revalidatie groeit, maar er is ook terughoudendheid om er echt mee te starten. Zorgprofessionals vragen zich af: 'Wat is precies de meerwaarde voor de patiënt? Hoe is het om samen te werken met ervaringsdeskundigen? En hoe geef ik dit vorm in mijn organisatie?'



A.A. (ANNETTE) VAN KUIJK MD PHD

Revalidatiearts Tolbrug/Jeroen Bosch Ziekenhuis,
's-Hertogenbosch

R. (RUTH) WOBMA MSC

Onderzoeker Reade, centrum voor revalidatie en
reumatologie, Amsterdam en RadboudUMC, Nijmegen,
eigenaar Salient Training & Advies

M. (MARTIJN) KLEM

Directeur Revalidatie Nederland



CORRESPONDENTIE

a.v.kuijk@tolbrug.nl

Initiatiefnemers en betrokken ervaringsdeskundigen

Marleen Kampert

Ervaringsdeskundige, Tolbrug/Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch

Harmen Hidding

Ervaringsdeskundige, Sint Maartenskliniek, Nijmegen

Paul Boeren

Ervaringsdeskundige, Dwarslaesie Organisatie Nederland

Mensen die zelf gerevalideerd hebben, kunnen een waardevolle bijdrage leveren aan het ondersteunen van anderen tijdens hun revalidatieproces, en aan beleid en onderzoek. Deze bijdrage gaat verder dan de traditionele medische behandeling. De nadruk ligt op het delen van persoon-

lijke, doorleefde, kennis en ervaring om het revalidatieproces te verbeteren. Hoewel het in de zorg gebruikelijk is drie bronnen van kennis te erkennen; professionele kennis, wetenschappelijke kennis, en ervaringskennis, is inzet van de laatste kennisbron niet vanzelfsprekend. In dit artikel zullen we de betekenis van ervaringskennis en -deskundigheid in de revalidatie verkennen en bespreken hoe deze kan worden ingezet.

DEFINITIE VAN ERVARINGSDESKUNDIGHEID

Ervaringsdeskundigheid verwijst naar het gebruik van persoonlijke ervaringen met een ingrijpende of ontwrichtende gebeurtenis om anderen te ondersteunen die vergelijkbare uitdagingen doormaken. Dit kan door iemand die zelf een aandoening heeft, maar ook door naasten. Het meemaken van zo'n gebeurtenis betekent echter niet dat iemand een ervaringsdeskundige is, maar het is wél een voorwaarde om er één te worden. De ervaringsdeskundige heeft een reis gemaakt van ervaring, naar ervaringskennis, naar ervaringskunde. Ervaringskennis is de kennis die iemand heeft opgedaan door de eigen ontwrichtende ervaring en aansluitende revalidatie een plek te geven in zijn leven (herstelproces). De ervaringsdeskundige heeft hiernaast ook overstijgende inzichten opgedaan. Hij kan de eigen herstellervaring en die van anderen (collectieve ervaringskennis), inzetten om anderen te ondersteunen (ervaringskunde).

ERVARINGSDESKUNDIGHEID: DE INCLUSIEVISIE EN DE HERSTELVISIE

In 'Ervaringsdeskundige dat ben je' worden twee visies onderscheiden: de inclusievisie en de herstelvisie.¹ De inclusievisie geeft een stem aan het ervaringsperspectief in beleid, onderzoek, en organisatie van zorg. Vanuit de herstelvisie zet de ervaringsdeskundige zich in om anderen in hun persoonlijk herstelproces te ondersteunen.

In dit artikel gaan we in op de herstelvisie. Vanuit deze visie versterkt de ervaringsdeskundige op basis van eigen ervaring, de kracht van de patiënt en diens omgeving, met als doel een beter behandelresultaat en grotere participatie. Deze ervaringsdeskundigen werken holistisch en domein-overschrijdend. →

Ze ondersteunen, motiveren en inspireren patiënten bij het verwerken en omgaan met beperkingen die zij tegenkomen door:

1. Informatieve ondersteuning: (praktische) adviezen, suggesties, feedback, hulp bij oplossen van problemen, en toegang tot mogelijke hulpbronnen.
2. Bemoedigende ondersteuning: aanmoediging om problemen op te lossen en in actie te komen, geruststelling en hulp bij verduren van frustratie, en aanmoediging om positief naar de toekomst te kijken.
3. Emotionele ondersteuning: luisterend oor, positieve bekrachtiging, en ruimte voor reflectie. Een ervaringsdeskundige kan en mag dieper doorvragen naar de pijn, het verdriet en gemis.

Uitgangspunt blijft dat de sleutel tot het persoonlijk herstelproces bij de patiënt zelf ligt.

SAMENWERKEN MET ERVARINGSDESKUNDIGEN VANUIT PATIËNTPERSPECTIEF

Diverse onderzoeken laten zien dat inzet van ervaringsdeskundigen voorziet in de behoefte van patiënten en hun aanzienlijke voordelen biedt. Bij mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH) verbeterden na de inzet van ervaringsdeskundigen coping, ervaren sociale steun, sociale integratie en participatie.² Mensen na een beroerte meldden een hogere motivatie voor herstel, een verminderd gevoel van eenzaamheid,³ en meer zelfvertrouwen.⁴ Patiënten gaven aan dat ze hun behoeften duidelijker kunnen verwoorden naar hun arts als een ervaringsdeskundige hen bijstaat. Bovendien bleek de drempel om zaken te bespreken met een ervaringsdeskundige lager te zijn dan met een behandelaar.⁵ Bij patiënten met een dwarslaesie werden minder medische complicaties en ziekenhuisbezoeken gezien, naast een toename van zelfeffectiviteit.⁶ Ook worden ervaringsdeskundigen succesvol ingezet bij leefstijlverandering.^{7,8}

Naast deze voordelen, waarschuwt de literatuur voor somberheid als patiënten door contact met ervaringsdeskundigen geconfronteerd worden met de realiteit van het leven met NAH.² Dit benadrukt de complexiteit van ervaringsdeskundigheid en de noodzaak voor zorgvuldige implementatie.

Wat ervaringsdeskundigen onderscheidt van andere hulpverleners is dat ze beschikken over ervaringskennis en een voorbeeld zijn van hoop en empowerment. Ze fungeren daardoor als voorbeeld, bondgenoot, coach, deskundigheidsbevorderaar en bruggenbouwer.

1. Voorbeeld van hoop en empowerment: Ervaringsdeskundigen zijn het levend bewijs dat vooruitgang mogelijk is. Het zien van anderen die succesvol zijn hersteld, is een bron van inspiratie en hoop, en motivator om zich in te spannen voor het eigen herstel.
2. Bondgenoot: Ervaringsdeskundigen begrijpen de emotionele en fysieke uitdagingen waarmee patiënten worden geconfronteerd.

Het delen van die persoonlijke ervaringen geeft een gevoel van gemeenschap en verbondenheid. Dit helpt bij het opbouwen van een ondersteunend netwerk en het verminderen van isolatie.

3. Coach met doorleefde ervaringskennis: Ervaringsdeskundigen ondersteunen, inspireren en dagen patiënten uit om te leren. Ze moedigen hen aan om ook in moeilijke tijden door te zetten. Ervaringsdeskundigen mogen de rol van kritische vriend op zich nemen, een rol die patiënten alleen van een lotgenoot/bondgenoot accepteren.
4. Deskundigheidsbevorderaar: Ervaringsdeskundigen bevorderen de groei van de patiënt als deskundige over zijn eigen wensen, mogelijkheden, en leven, door te spiegelen en een ander perspectief te bieden. Patiënten geven aan dat contact met een ervaringsdeskundige helpt om persoonlijke problemen met andere ogen te bekijken.
5. Bruggenbouwer: Ervaringsdeskundigen slaan een brug tussen de belevingswereld van patiënten en die van zorgverleners. Ze begrijpen beide perspectieven. Door deze perspectieven te verbinden, bevorderen ze onderling begrip en communicatie.

DE DYNAMIEK TUSSEN ERVARINGSDESKUNDIGEN EN BEHANDELTEAM

De inzet van ervaringsdeskundigen verrijkt het behandelteam en de organisatie. Ze vergroten de ontvankelijkheid van de patiënt voor de behandelinhoud. Voor de zorgprofessionals fungeren ervaringsdeskundigen als samenwerker, innovator en deskundigheidsbevorderaar:

1. Samenwerker: Een ervaringsdeskundige begrijpt zowel de belevingswereld van de patiënt als die van de zorgverlener. Ze kunnen meedenken met het behandelteam in vraagstukken als: Hoe vertaal ik de zorgvraag naar een doel waarvoor de patiënt gemotiveerd is? Hoe nodig ik patiënten uit om zelf over oplossingen na te denken? Hoe betrek ik de patiënt en zijn systeem? Hoe breng ik informatie goed over?
2. Innovator: Ervaringsdeskundigen voelen goed aan waar ruis zit in het revalidatieproces. Ze kunnen het team en de organisatie een spiegel voorhouden bij ineffectieve werkwijzen, bijvoorbeeld in de benadering, de onderlinge samenwerking of communicatie met de patiënt.
3. Deskundigheidsbevorderaar: Door bij herhaling als samenwerker en innovator te werken ontstaat een continu verbeter- en leereffect bij het behandelteam.

Het samenwerken met ervaringsdeskundigen is ook uitdagend.

Door raakvlakken met therapeutische interventies kan spanning ontstaan. Ervaringsdeskundigen bespreken immers ook onderwerpen als rouwverwerking, coping, energieverdeling. Bovendien kan het team kritische noten van de ervaringsdeskundige als bedreigend ervaren.



Leren van elkaar als lot-/bondgenoot.

ERVARINGSDESKUNDIGHEID INVOEREN IN DE REVALIDATIE

Professionals en organisaties worstelen met de manier waarop zij ervaringsdeskundigheid in hun zorg kunnen integreren. Uit verschillende intervisie-sessies die wij afgelopen jaar met en in de sector over dit thema organiseerden, kwam een grote variëteit aan werkwijzen naar voren. De ervaringsdeskundige werd in de klinische, poliklinische of juist in de nazorgfase ingezet; de ervaringsdeskundige had een rol in de individuele behandeling of juist in de groepsbehandeling; gepland of ongepland; de ervaringsdeskundige was wel of niet in loondienst, wel of geen lid van het behandelteam; de patiëntenvereniging was betrokken of juist niet. Toch laten zich uit deze bijeenkomsten, de literatuur, en onze eigen ervaringen enkele belangrijke inzichten en uitgangspunten destilleren.

Organisaties moeten zich bewust zijn dat het implementeren van ervaringsdeskundigheid gedegen voorbereiding en een lange adem vraagt. Tijd en aandacht voor het creëren van draagvlak in de organisatie is cruciaal. Management is daarbij ondersteunend door kaders, ruimte en budget beschikbaar te stellen. Daarbij moet niet over ervaringsdeskundigen gepraat worden, maar vooral met.

De ervaringsdeskundigheid moet laagdrempelig toegankelijk zijn voor iedere patiënt die dat wenst. Het behandelteam bepaalt samen met de ervaringsdeskundige hoe ervaringskennis in het patiëntproces ingevoegd kan worden.

Om de brugfunctie tussen patiënt en behandelteam te kunnen vervullen, moet de ervaringsdeskundige lid zijn van het behandelteam. Voor het onderlinge vertrouwen is het belangrijk dat de ervaringsdeskundige en team met elkaar in gesprek blijven. Dit is een doorlopend proces waarbij onderwerpen als samenwerking,

deelname aan (groeps)therapieën, toegang tot het dossier, fysieke plek in het gebouw besproken worden.

Om ervaringskennis naar het niveau van professionele ervaringsdeskundigheid te brengen, moeten ervaringsdeskundigen begeleid en opgeleid worden. Ze moeten uitgedaagd worden continu op hun persoonlijke ervaring te reflecteren, andere bronnen van ervaringskennis te herkennen, en deze collectieve ervaringskennis professioneel in te zetten. Daarom is het belangrijk om ervaringsdeskundigen te coachen en scholen in: Empowerende werkwijze (*van patiënt naar persoon*); Luisteren (*oordeellos luisteren*); Methodisch handelen (*juiste interactie*); Integriteit (*veiligheid en AVG*).

CONCLUSIE

Door de kracht van persoonlijke doorleefde ervaring is ervaringsdeskundigheid een waardevolle aanvulling op traditionele behandelmethoden in de revalidatie. Het biedt patiënten praktisch advies, emotionele steun en empowerment. Er is niet één ultieme manier om ervaringsdeskundigheid in te zetten. Je kunt ervaringsdeskundigheid zien als een complexe interventie met dynamische componenten waarvan we nog niet weten wat de belangrijkste elementen zijn. Om sneller tot de kern van deze veelbelovende interventie te komen, is samenwerking, gelijkwaardigheid en kennisuitwisseling van belang. Ons doel is van elkaar te leren en samen te zorgen voor een gereedschapskist en kaders. Sluit u dus vooral via kennisnet bij ons initiatief aan. ←



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

De kracht van revalidatiezorg na een Intensive Care opname

Na een opname op de Intensive Care (IC) kunnen patiënten verschillende problemen ervaren. Deze problemen kunnen worden veroorzaakt door de ziekte waarvoor de patiënt op de IC werd opgenomen, of ze kunnen het gevolg zijn van kritieke ziekte en de behandeling op de IC. Voor dit laatste wordt de term post-intensive care syndroom (PICS) gebruikt.¹⁻⁴ Maar welke patiënt heeft een verhoogd risico op het ontwikkelen van post-IC-klachten en wanneer is medisch specialistische revalidatie dan van toegevoegde waarde?



L. (LOTTE) VAN DEN HEUVEL

Arts in opleiding tot revalidatiearts, OOR Utrecht, afdeling Revalidatie, Fysiotherapiewetenschap en Sport, UMC Utrecht

G.H. (GERMIJN) HEIJNEN

Senior Physician Assistant, afdeling Revalidatie, Fysiotherapiewetenschap en Sport, UMC Utrecht, Lid werkgroep revalidatie van patiënten met het Post Intensive Care Syndroom

B. (BEA) HEMMEN MD PHD

Revalidatiearts, afdeling Revalidatiegeneeskunde, Maastricht Universitair Medisch Centrum, bestuurslid Werkgroep revalidatie van patiënten met het Post Intensive Care Syndroom

DR. M. (MARIKE) VAN DER SCHAAF

Associate professor, afdeling Revalidatiegeneeskunde Amsterdam UMC, bestuurslid Werkgroep revalidatie van patiënten met het Post Intensive Care Syndroom

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

Revalidatiearts, medisch afdelingshoofd, afdeling Revalidatie, Fysiotherapiewetenschap en Sport, UMC Utrecht



CORRESPONDENTIE

G.H.Heijnen-2@UMCUtrecht.nl

CASUS

Opgenomen in het ziekenhuis was een 42-jarige patiënt bekend met reumatoïde artritis. Hij verbleef langdurig op de IC (>1 maand) in verband met een cardiogene shock waarschijnlijk veroorzaakt door een auto-immuun myocarditis, waarvoor hij werd behandeld met immunosuppressiva. De opname verliep gecompliceerd door onder andere hemodynamische instabiliteit met een circulatiestilstand tot gevolg, nierinsufficiëntie waarvoor dialyse, en ernstige intensive care unit-acquired weakness (ICU-AW). Hierdoor ging het ontwennen van de beademing moeizaam en een tracheostoma werd geplaatst. Pre-morbide was patiënt zelfstandig functionerend, hoogopgeleid en fulltime werkzaam. De revalidatiearts werd geconsulteerd voor het starten van revalidatie in het ziekenhuis en het organiseren van een nazorgtraject. Tijdens onze eerste beoordeling was patiënt opgenomen op de afdeling. Wij troffen een alerte patiënt in bed. Hij had een tracheostoma en hij sprak via een spreekklep. Er was sprake van ernstige symmetrische spierzwakte (MRC sumscore was 16 en een score <48 duidt op ICU-AW) proximaal erger dan distaal, passend bij *critical illness myopathie*. Daarnaast waren er aanwijzingen voor milde cognitieve problemen op de *Montreal Cognitive Assessment*, voornamelijk op het gebied van geheugen en aandacht. Tot slot ervaaarde patiënt angstklachten. Bovenstaande leidde ertoe dat patiënt volledig afhankelijk was bij de ADL-zorg en mobiliteit. Hij kreeg sondevoeding, orale intake werd opgestart. Patiënt was goed belastbaar (>3 uur opzitten in stoel) en instrueerbaar voor therapie.

BESCHOUWING

Bovenstaande casus illustreert het typische beeld dat patiënten kunnen hebben na een langdurige opname op de IC. Dankzij de huidige zorg op de IC kunnen ernstig zieke patiënten een levensbedreigende ziekte overleven. Echter, deze groep patiënten wordt ook geconfronteerd met een verhoogde morbiditeit en mortaliteit, meer heropnames in het ziekenhuis, een blijvende achteruitgang in de kwaliteit van leven en een verminderde participatie in de samenleving.¹ PICS is een term die wordt gebruikt om al de symptomen en uitkomsten van deze ernstig zieke patiënten samen te vatten. Het syndroom wordt gekenmerkt door beperkingen in een of meerdere domeinen: cognitief (onder andere verminderde aandacht, geheugen, executieve functies), psychologisch (depressie, angst, posttraumatische stressstoornis), fysiek (onder andere ICU-AW, verminderde inspanningstolerantie, haaruitval, tandproblemen, decubitus), zie tabel 1.¹⁻⁴

De symptomen kunnen al op de IC ontstaan en na ontslag aanhouden.¹ De prevalentie van PICS is wisselend, afhankelijk van de populatie. In studies komt naar voren dat van de patiënten die een IC-opname overleven, 64% drie maanden en 56% twaalf maanden na ontslag beperkt zijn in een van de drie domeinen. Deze getallen gelden niet voor patiënten die voor korte electieve

'De risicoclassificatie bepaalt mede wie er op de IC-nazorgpoli wordt gezien'

opnames worden opgenomen op de IC.⁵ Het risico om PICS te ontwikkelen is multifactorieel bepaald. Een deel van deze risicofactoren zijn niet te beïnvloeden. Voorbeelden hiervan zijn onder andere leeftijd, een spoedopname op de IC, duur van de IC-opname, verhoogde kwetsbaarheid vóór de opname, of het ontwikkelen →

Tabel 1. Mogelijke gevolgen van een Intensive Care opname.

Stoornis voor patiënt met PICS		Oorzaak	Gevolgen op en na de IC-opname	Gevolg op participatieniveau
Fysiek	Spierzwakte op de ICU ICU-AW, CIPN, CINM	Comorbiditeit, ernst van de ziekte bij opname, MOF, inflammatie (sepsis, ARDS, SIRS), complicaties, operaties, immobilisatie, sedatie, beademing, medicatie	Verlengde beademingsduur, beperking in mobiliteit, zwakte van faryngale spieren waardoor slikproblemen en hoger risico op aspiratie,	Verminderde functionele capaciteit bij dagelijkse activiteiten, verminderde gezondheidskwaliteit, bewegen en activiteiten binnen en buitenshuis, invloed op sociale en maatschappelijke participatie
	Neuropathie		O.a. voetheffersparese, die het revalideren en functioneren belemmert	
	Decubitus		Aanhoudend wondproblemen, pijn, afhankelijk van locatie beperkingen met zitten of dragen van schoeisel	
	Musculoskeletale aandoeningen		Gewrichtbeperkingen, myogene contracturen, gewrichtsstijfheid, en osteoporose zorgen voor verminderde functionele capaciteit bij dagelijkse activiteiten	
	Veranderingen in uiterlijk		Haaruitval, littekens, waardoor moeilijkheden in sociale participatie	
	Gehoer- en visusveranderingen		Verminderde communicatie; o.a. moeite om gesprekken te volgen	
	Voedingsproblemen en slikken		Moeilijkheden met eten en voeding, gewichtsverlies veranderingen smaak, verslikken, ineffectieve hoest, sputumretentie, zachte stem	
	Gebitsproblemen		Gingivitis, tandbederf,	
Cognitieve klachten/ stoornissen		Delier, neurotrauma, zuurstofgebrek, medicatie, doormaken ernstige ziekte (sepsis)	Geheugen ↓, concentratie en aandacht ↓, verwerkingssnelheid ↓, probleem met prikkelverwerking, vermoeidheid	Moeite met lezen of tv-kijken, invloed op sociale en maatschappelijke participatie, invloed op werkherhvatting
Mentaal		Verstoorde ervaring na delier/hallucinaties traumatische IC-ervaring, verwerkingsproblemen pre-existent mentale problemen/ kwetsbaarheden	Depressie, PTSS, angst, suïcidaliteit, middelenmisbruik, nachtmerries, verstoorde nachtrust, onzekerheid	Verminderde gezondheidskwaliteit, invloed op sociale en maatschappelijke participatie
Financiële problemen		Ernst van de ziekte	Zorgkosten, eerste lijn vergoedingen voor revalidatiezorg, andere medische kosten	Zorgen over werkherhvatting, verlies van werk en inkomsten, verlies van huis
Sociale impact				Invloed op-rol binnen het gezin, relaties, sexualiteit, werk en inkomen
Familie impact (PICS-F)		Ernst van de ziekte, traumatische IC-ervaring, verwerking, coping	Stemmingsstoornissen, gecompliceerde rouw	Financiële gevolgen, veranderingen in de familiestructuur

PICS: Post Intensive Care Syndroom
SIRS: Systemic Inflammatory Response Syndrome
MOF: Multiple Organ Failure

ARDS: Acute Respiratory Distress Syndrome
ICU-AW: IC verworven spierzwakte
CIPN: Critical Illness polyneuropathy

CINM: Critical Illness Neuromyopathy
PTSS: Post traumatische Stress Stoornis

van acute respiratoir distress syndroom tijdens opname. Andere risicofactoren zijn mogelijk wel beïnvloedbaar bijvoorbeeld immobilititeit tijdens opname, het gebruik van sedatie en het doormaken van een delier.² De richtlijn voor Nazorg en Revalidatie verdeelt IC-patiënten in drie risicocategorieën voor PICS: laag, gemiddeld en hoog. Deze classificatie bepaalt mede welke patiënten na ontslag van de intensive care opgevolgd moeten worden.⁶

Identificatie van patiënten met risico op PICS

Kijk eens ook eens verder voor nog meer praktische tips:

- **Laag risico op PICS:** na een ongecompliceerde electieve IC-opname (doorgaans na een geplande operatie).
- **Gemiddeld risico op PICS:** na spoedopname op de IC.
- **Hoog risico op PICS:**
 - na IC-verblijf van 7 dagen of langer, en/of;
 - na spoedopname en twee of meer van de volgende risicofactoren:
 - leeftijd >65 jaar;
 - voor IC-opname reeds bestaande frailty (*Clinical Frailty Scale 6* of hoger);
 - voor IC-opname reeds bestaande symptomen van angststoornis of depressie;
 - op de IC doorgemaakt delirium van in totaal 4 dagen of langer.

De corona-pandemie heeft geleid tot meer aandacht voor de uiteenlopende gevolgen van een IC-opname.⁸ Binnen de VRA is er sinds die periode de werkgroep revalidatie van patiënten met het Post Intensive Care Syndroom. De werkgroep heeft als doel om de revalidatiezorg op en na de IC te verbeteren, interventies te ontwikkelen, te implementeren én binnen de VRA meer bekendheid te geven aan PICS. De uitdagingen liggen zowel in de organisatie van de nazorg voor IC-patiënten, als in de vroege identificatie van patiënten met een verhoogd risico op PICS. Het is belangrijk de eerdergenoemde risicofactoren te voorkómen, zodat patiënten op het juiste moment voldoende kunnen worden begeleid. In de recente richtlijn voor patiënten met PICS worden adviezen gegeven om revalidatiezorg tijdens en na de IC-opname vorm te geven.⁶ Voorbeelden van goed georganiseerde IC-nazorginitiatieven, zoals die binnen het UMC Utrecht, MUMC+, Maxima Medisch centrum Eindhoven en het REACH-netwerk, dienen hiernaast als inspiratie. Gelukkig zijn er, naast de toenemende kennis voor PICS binnen de ziekenhuiszorg, ook initiatieven in de gezamenlijke aanpak voor deze gevolgen binnen de klinische revalidatiezorg, zoals bijvoorbeeld bij Adelante. Structurele samenwerking met de intensivisten van het ziekenhuis is daarbij cruciaal. Een collectieve inspanning is nodig om de IC-revalidatiezorg te

verbeteren, waarbij samenwerking met de patiënt, naasten en patiëntenvereniging (IC Connect) van belang is. Het ontwikkelen van een doeltreffende aanpak helpt om patiënten met PICS te herkennen tijdens en na een IC-opname en om revalidatiezorg in te richten voor deze complexe multi-problematiek.

TERUG NAAR DE CASUS

De eerder besproken patiënt heeft PICS met symptomen in de drie domeinen. Revalidatie in het ziekenhuis omvatte fysiotherapie (kracht, ademhaling, mobiliteit), ergotherapie (arm-handfunctie, ADL) en logopedie (slikproblemen). Angstklachten werden begeleid door maatschappelijk werker en psychiatrisch verpleegkundige. Vanwege de multidisciplinaire doelen op de drie domeinen, de leeftijd van patiënt, zijn pre-morbide functioneren en zijn goede belastbaarheid, besloten wij een aanmelding te doen bij een medisch specialistisch revalidatiecentrum. Helaas werd zijn ontslag uitgesteld door een heropname op de intensive care bij respiratoire insufficiëntie.

TAKE HOME MESSAGES

- Een uitdaging ligt in de organisatie van nazorg voor intensive care patiënten en vroege identificatie van patiënten met een verhoogd risico op het Post Intensive Care Syndroom.
- Het is belangrijk dat patiënten met symptomen van PICS op het juiste moment voldoende informatie en begeleiding kunnen ontvangen.
- Een recente richtlijn geeft adviezen om revalidatiezorg tijdens en na de IC-opname vorm te geven.⁶
- Binnen de VRA is er een werkgroep revalidatie van patiënten met het Post Intensive Care Syndroom (WICr).
 - Maak gebruik van de werkgroep bij vragen over IC-revalidatie, organisatie van IC-nazorg of reeds bestaande IC-nazorginitiatieven.
 - Nieuwe leden zijn welkom en zij kunnen zich aanmelden bij dit emailadres (m.vanderschaaf@amsterdamumc.nl).
- Op de website van IC Connect, Vereniging voor (voormalig) IC-patiënten is informatie te vinden over de gevolgen van een IC-opname (<https://icconnect.nl>). ←



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

VERDIEPINGSSTAGE READE: KWALITEIT BINNEN DE OPLEIDING

PDCA: aio's neem je voordeel ermee!

Tijdens mijn verdiepingsstage bij Reade kreeg ik de unieke kans om deel uit te maken van het team van adviseurs medische vervolgoopleidingen in het Leerhuis. In dit artikel deel ik graag mijn ervaringen met deze geïndividualiseerde verdiepingsstage en bied ik een uitleg over de belangrijke rol die wij, als aio's, vervullen in de kwaliteitscyclus binnen onze opleiding, met als doel onze opleiding voortdurend te verbeteren.



DRS. A.C.M. (ANGELA) VEERMAN

Revalidatiearts, recent de opleiding afgerond binnen
OOR Noord West Nederland



CORRESPONDENTIE

Juniorvra@revalidatiegeneeskunde.nl

VERDIEPINGSSTAGE

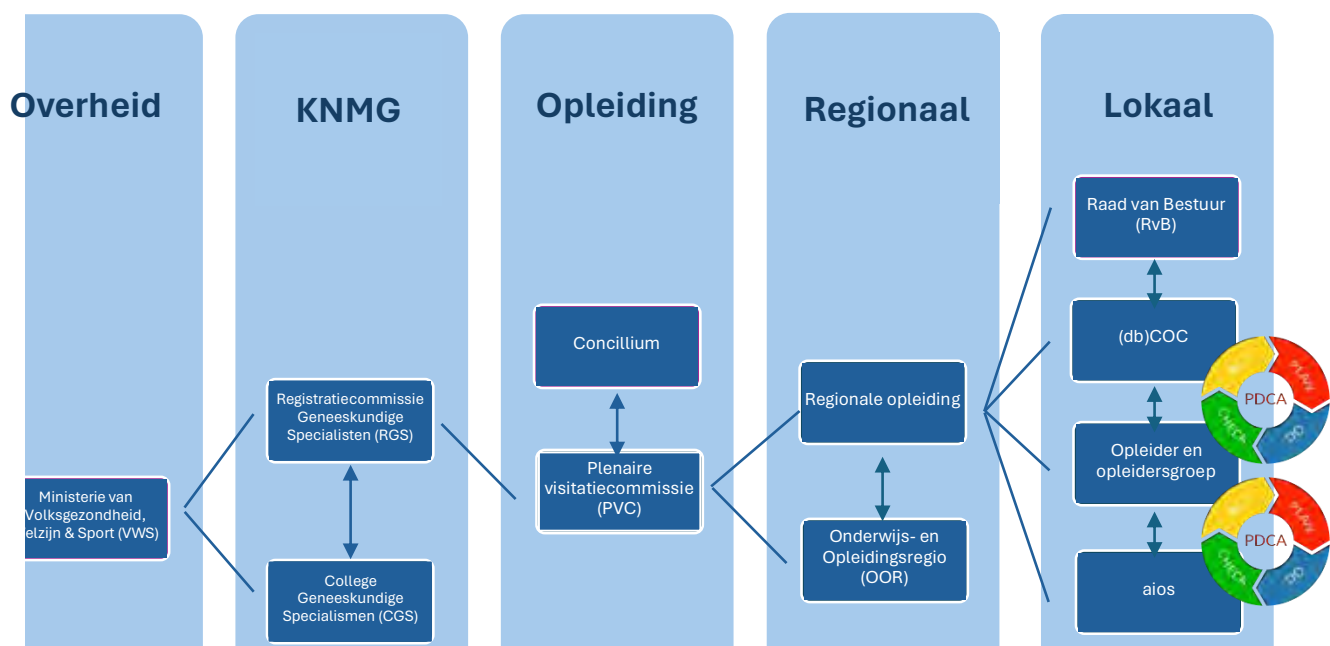
Een unieke kans diende zich aan toen ik deel mocht uitmaken van het team van adviseurs medische vervolgoopleidingen binnen het Leerhuis van het OLVG. Dit vereiste enige flexibiliteit van mijn kant, maar ook van het Leerhuis en mijn opleiders, omdat de vormgeving van deze stage nog in de kinderschoenen stond. Mijn leerdoelen omvatten onder andere het verkrijgen van inzicht in de minimale kwaliteitseisen, zoals vastgelegd in het Kaderbesluit CGS,² en in de specifieke rol van het Leerhuis, de opleiders én de aio's daarin. Zoals weergegeven in figuur 1, zijn er verschillende

Reade heeft, net als enkele andere revalidatiecentra,¹ een samenwerkingsverband met de centrale opleidingscommissie (COC) en het Leerhuis van een regionaal STZ-ziekenhuis (Samenwerkende Topklinische Ziekenhuizen), namelijk het OLVG.

Het Leerhuis binnen een ziekenhuis richt zich op meerdere aspecten, waaronder het bevorderen en ondersteunen van de professionele groei van het ziekenhuispersoneel, inclusief arts-assistenten. Deze samenwerking met het OLVG stelt Reade dus in staat om adequater te reageren op regionale- en landelijke ontwikkelingen binnen de opleidingen. Een belangrijk doel van deze samenwerking is het inrichten van een intern kwaliteits-systeem, conform de recente voorschriften van het Kaderbesluit van het College Geneeskundige Specialismen (Kaderbesluit CGS), gericht op het toezicht houden op en waarborgen van de kwaliteit van de opleidingen die worden aangeboden binnen Reade.

'Ik merkte op dat het bewustzijn van redenen voor het uitzetten van kwaliteitsmetingen beperkt was'

betrokken partijen die trapsgewijs verantwoordelijkheid dragen voor het bewaken van de kwaliteit van de opleiding. Op lokaal niveau houdt dit in dat de *plan-do-check-act* cyclus (PDCA-cyclus) wordt bijgehouden en kwaliteitsinstrumenten worden ingezet om de kwaliteit binnen de opleiding te toetsen. Ik merkte op dat zowel bij mijzelf als bij andere aio's het bewustzijn van de achterliggende redenen voor het uitzetten van kwaliteitsmetingen beperkt was. Vandaar dat ik een beknopte uiteenzetting heb geschreven over het Kaderbesluit, de PDCA-cyclus en onze rol als aio's. Hiermee hoop ik een duidelijk overzicht te kunnen geven van het onderwerp 'Kwaliteit binnen de opleiding'. →



Figuur 1. Diverse partijen betrokken bij kwaliteitsbewaking.

Kwaliteitsborging medische vervolgopleiding

Om te streven naar maximale kwaliteit binnen de medische vervolgoopleidingen is het Kaderbesluit opgesteld door het CGS.² Binnen dit Kaderbesluit CGS zijn er regels vastgesteld voor de opleidingen, de erkenning van zowel opleidingen als opleiders en de (her)registraties. De Registratiecommissie Geneeskundige Specialisten (RGS) beoordeelt of opleidingen voldoen aan de regelgeving van het CGS. Zowel het CGS als het RGS maken deel uit van het KNMG (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst). Zie figuur 1 ter illustratie van de verschillende partijen die betrokken zijn bij de implementatie van kwaliteitszorg.

In 2008 heeft een projectgroep onder leiding van prof. dr. Albert Scherpbier in opdracht van zowel CGS als RGS een rapport opgesteld, bekend als Scherpbier 2.0.³ Dit rapport richt zich op de beoordeling en verbetering van de kwaliteit van de medische vervolgoopleidingen. Het belangrijkste doel is het bereiken van maximale kwaliteit door te streven naar voortdurende verbetering van de opleiding. Dit gebeurt via een interne kwaliteitsbeoordeling en de daaropvolgende verbeteracties. De beoordeling volgt een cyclisch proces in de vorm van een PDCA-cyclus. Deze PDCA-cyclus wordt ingezet als een instrument om de interne kwaliteit te blijven monitoren, waarbij de focus hoofdzakelijk ligt op het cyclische karakter en het omgaan met geïdentificeerde verbeterpunten (en niet zozeer op de omvang of het aantal meetpunten). Het rapport heeft een aanzienlijke invloed gehad op de verschuiving van de rol van de RGS, waar deze veranderde van handhaver naar toezichthouder, onder de

voorwaarde dat er een goed operationeel intern kwaliteitssysteem aanwezig is.

De controle of een medische vervolgoopleiding voldoet aan de kwaliteitseisen vastgesteld in het Kaderbesluit CGS wordt gefaciliteerd door het uitvoeren van visitaties. Tijdens de opleidingsvisitatie beoordeelt een Plenaire Visitatie Commissie (PVC) ad hoc de continuïteit in de begeleiding van de aiossen, de kwaliteit van het onderwijs, de opleidingsinrichting en de kwalificatie van de (plaatsvervangend) opleider(s). Dit verschilt met de instellingsvisitatie, waar certificering het vertrouwen bevestigt dat de RGS heeft in het interne kwaliteitstoezicht op opleidingsoverstijgende processen van alle medisch specialistische vervolgoopleidingen binnen een instelling.

In de praktijk betekent dit dat geconstateerde verbeterpunten binnen de opleiding worden geïntegreerd in de PDCA-cyclus, die vervolgens worden besproken tijdens de opleidingsvergaderingen. Zowel individueel als in groepsverband dienen aiossen bij te dragen aan een goede opleiding en het verbeteren van het opleidingsklimaat. Dit betekent dat aiossen de regie moeten nemen over hun eigen opleiding en actief moeten bijdragen aan suggesties voor verbetering. Verschillende evaluatie- en meetinstrumenten, zoals SETQ, D-RECT, exitgesprekken, worden ingezet om specifieke aspecten van de kwaliteit te meten en te belichten. De resultaten van deze evaluaties kunnen inspiratie bieden om de opleiding verder te verbeteren en kunnen dan ook worden toegevoegd aan de PDCA-cyclus.

Tijdens mijn verdiepingsstage heb ik niet alleen de theoretische kaders verkend, maar heb ik ook de verworven kennis kunnen toepassen in de praktijk. Dit deed ik onder andere middels het voeren van exitgesprekken met aiossen en bij het opstellen van een *governancecode*. De verdieping van mijn kennis vond voornamelijk plaats tijdens de voorbereiding én uitvoering van de proefvisitaties revalidatiegeneeskunde en reumatologie. Daarnaast was ik betrokken bij de voorbereiding van zowel de opleidings- als instellingsvisitatie van Reade. Ik greep de gelegenheid aan om als aios deel te nemen aan het voorbereidingsproces door de noodzakelijke processen in gang te zetten en de benodigde documenten gereed te maken. Het optimaliseren van de lokale PDCA-cyclus kon hierbij uiteraard niet ontbreken.

TAKE HOME MESSAGE

De individualisering binnen de opleiding tot revalidatiearts biedt aiossen met interesse in de structuur en kwaliteitsborging van de opleiding de mogelijkheid om dit te verkennen via een verdiepingsstage bij een Leerhuis. Op het gebied van 'Kwaliteit binnen de Opleiding' kan meer collectief worden opgetreden, en ook aiossen die geen verdiepingsstage hierin doen, kunnen een actievere rol vervullen. Ik wil mijn collega-aiossen aansporen om de eigen verantwoordelijkheid en stem ten volle te benutten. Dit begint

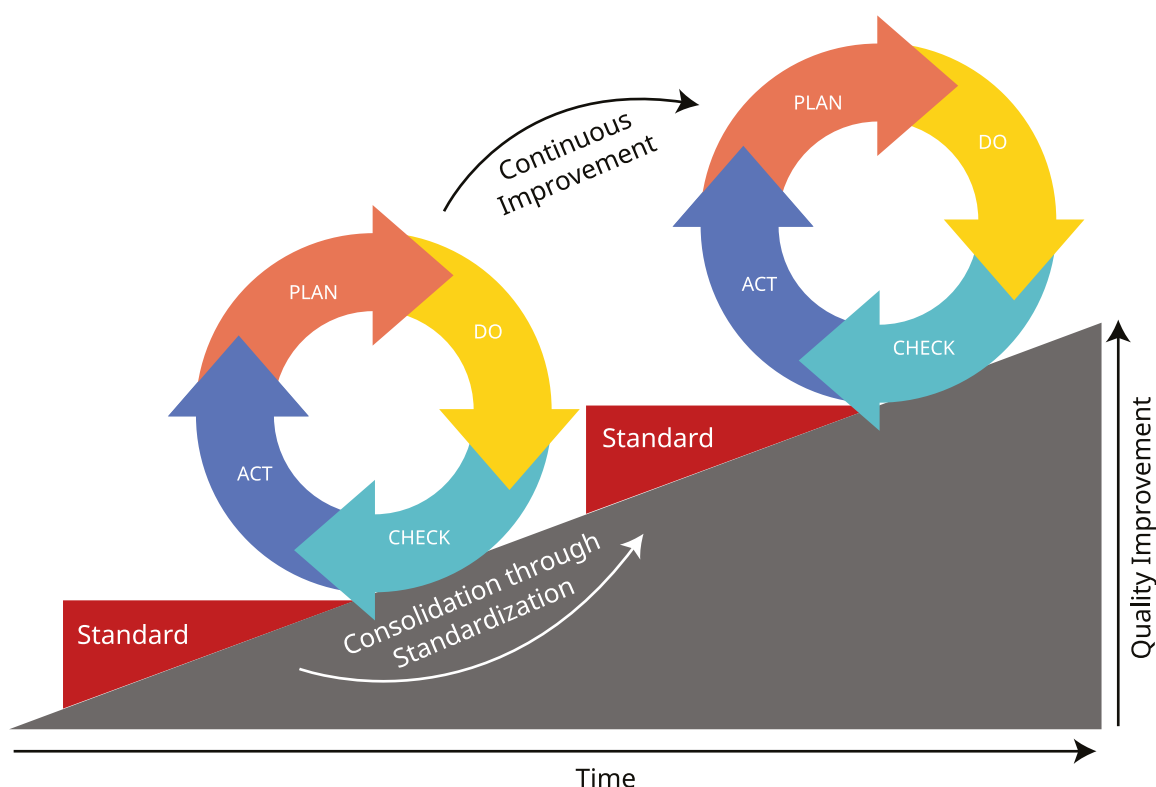
met het delen van kennis, het bewust worden van je invloed en het nog effectiever inzetten van de PDCA-cyclus. Laten we elkaar aanmoedigen om de evaluatie- en meetinstrumenten in te vullen en constructief feedback te geven. Laten we gezamenlijk streven naar

'De actieve bijdragen aan evaluaties vormen de bouwstenen voor het vormgeven van het toekomstig opleidingsplan'

een omgeving waarin de discussie over kwaliteit binnen de opleiding niet slechts een gespreksonderwerp is, maar een dynamische kracht voor voortdurende verbetering. De gezamenlijke inzet en actieve bijdragen aan evaluaties zijn onmisbaar en vormen de bouwstenen voor het vormgeven van het toekomstig opleidingsplan! ←



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



Duchenne spierdystrofie: toekomstperspectieven

Dit proefschrift onderzoekt de uitdagingen voor mensen met DMD tijdens hun levensloop. Het beschrijft aangrijpingspunten voor verbetering van zorg in de spreekkamer, voor de organisatie van zorg en voor interventies. Alles gericht om participatie van mensen met DMD te vergroten.

Duchenne spierdystrofie (DMD) is een X-gebonden, progressieve neuromusculaire aandoening waarbij vele lichaamsfuncties betrokken zijn. De ziekte komt met name bij jongens en mannen voor, maar ook meisjes en vrouwen kunnen in meer of mindere mate klachten hebben. De levensverwachting van mensen met DMD is de afgelopen decennia gestegen. Het ziekteverloop, nieuwe symptomen, evenals de langetermijneffecten van therapieën, moeten nog grotendeels ontdekt worden. In dit proefschrift wilden we meer inzicht krijgen in de uitdagingen waarmee mensen met DMD tijdens het ziekteverloop worden geconfronteerd en bovenal de impact hiervan op dagelijkse activiteiten en participatie. Deel 1 was gericht op het ontrafelen van aspecten van het ziekteverloop en de impact daarvan op participatie. Deel 2 was

gericht op de evaluatie van de huidige zorg. Deze delen samen geven inzicht in hoe mensen met DMD ondersteund kunnen worden bij het optimaliseren van hun participatie.

METHODEN

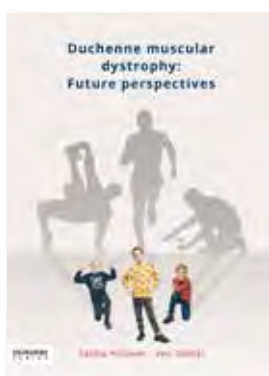
Binnen het proefschrift is een breed scala aan methoden gebruikt;

1. Vragenlijstonderzoek gericht op het voorkomen van symptomen, mate van participatie en huidige zorg in Nederland.
2. Follow-up onderzoek waarbij vrouwen die bij ons bekend zijn met een dystrofinopathie, en al klachten hadden voor hun 16e levensjaar, weer opnieuw gezien en gemeten zijn.
3. Retrospectief onderzoek naar gewichtsbeloop en contracturen van de lange vingerflexoren, met behulp van de Dutch Dystrophinopathy Database (opgezet door het Duchenne Centrum NL).

4. Patiëntdossier-onderzoek naar indicaties en effect van operatieve ingrepen bij voetdeformiteiten.
5. Kwalitatief onderzoek naar ervaringen van mannen met DMD met het dragen van hand nachtsplanken om de verkorting van lange vingerflexoren tegen te gaan.

RESULTATEN

We zagen dat er veel symptomen voorkomen bij jongens en mannen met DMD, met name in de late non-ambulante fase van de ziekte. De tien meest voorkomende symptomen, in aflopende prevalentievolgorde zijn; koude handen, moeite met hoesten, koude voeten, kauwproblemen, contracturen, stijfheid, vermoeidheid, spierpijn en huidproblemen. Ondanks dat veel symptomen niet levensbedreigend zijn, zijn ze wel belemmerend in dagelijkse activiteiten en participatie. Koude handen, laag spreekvolume en kauwproblemen zijn geassocieerd met meer restricties in participatie (USER-P). Revalidatie kan hierbij een belangrijk verschil maken, bijvoorbeeld door inzet van een microfoon, tijdig inzetten van kauwtraining of handverwarming op het rolstoelblad. We hebben gezien bij de vragen naar de uitvoering van zorg dat in Nederland de zorg voor deze groep goed geregeld is. Er is sprake van gedeelde zorg waarbij expertisecentra, centra voor thuisbeademing, revalidatiecentra en de eerste lijn met elkaar samenwerken om de beste zorg zo dichtbij mogelijk te kunnen bieden. Verbeterpunten zijn met name mogelijk voor de non-ambulante groep en ten aanzien van de opvolging van bijwerkingen als gevolg van chronisch prednisongebruik.



Promovenda: S.L.S. (Saskia) Houwen-van Opstal, kinderrevalidatiearts, Radboudumc

Datum promotie: 27 juni 2023

Promotoren: prof. dr. M.A.A.P. (Michel) Willemsen

Copromotoren: dr. I.J.M. (Imelda) de Groot, dr. E.H.C. (Edith) Cup



DR. S.L.S. (SASKIA) HOUWEN-VAN OPSTAL

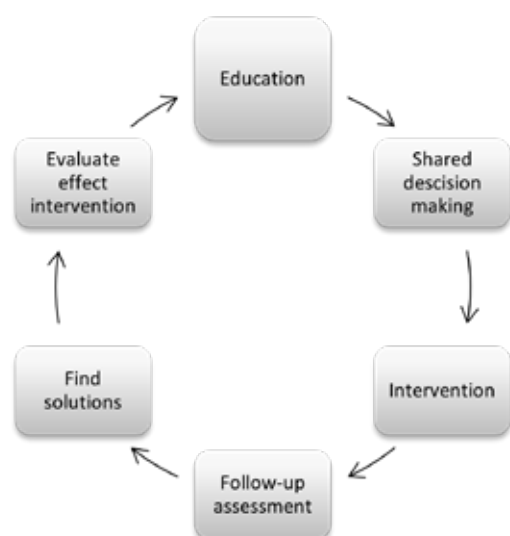


CORRESPONDENTIE

Saskia.Houwen@Radboudumc.nl

Een digitale versie van het proefschrift is te downloaden via: <https://books.ipkampprinting.nl/thesis/588444-Houwen/>





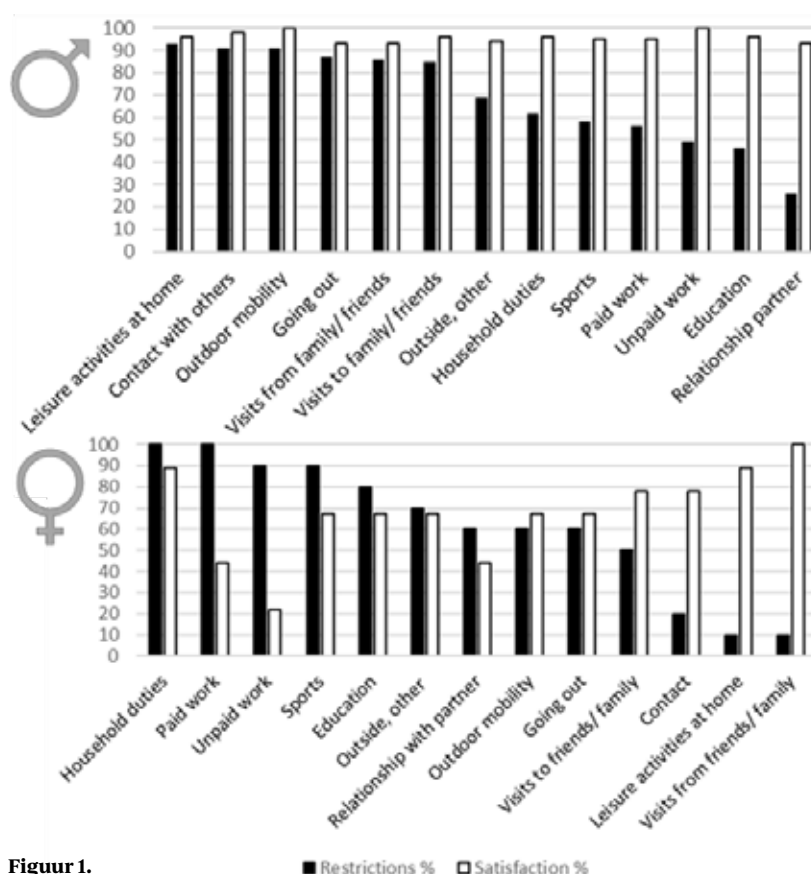
Figuur 2.

Een tweede belangrijke bevinding is dat gewichtstoename binnen de populatie jongens met DMD vaak al een jaar voor het verlies van de loopfunctie plaatsvindt. Ook werd gezien dat de calorie-intake bij jongere ambulante kinderen vaak de geadviseerde intake overstijgt. Door al op jonge leeftijd goede voorlichting te geven over voeding kunnen we misschien voorkomen dat het gewicht gaat toenemen. We weten namelijk dat gewicht verliezen in de non-ambulante fase vaak erg moeilijk is.

De studie naar meisjes die klachten hadden voor de leeftijd van 16 jaar bij een mutatie in het DMD-gen laat zien welke klachten voorkomen, zodat hier beter op ingespeeld kan worden. Gelet dient te worden op cognitie en gedrag, inspannings-intolerantie en zwakte, cardiologie, maar ook de longfunctie kan aangedaan zijn en dit wordt vaak pas laat opgemerkt. Bij twijfel is het dus goed om tijdig te verwijzen naar een neuromusculair specialist. Daarnaast was er een duidelijk verschil in profiel van restricties in participatie tussen vrouwen en mannen (zie figuur 1). We denken dat de relatief beperkte toekomstverwachting van mannen en de beperkte (h)erkenning van klachten bij vrouwen hier een rol in kan spelen.

De studies naar het beloop van contracturen van de lange vingerflexoren en spalken geven ons het inzicht dat preventieve maatregelen belangrijk worden voor het moment dat de polsex tensie met gestrekte vingers onder de 40 graden komt, of snel afneemt binnen een jaar. Dit is te verwachten vanaf het moment dat jongens niet meer in staat zijn hun hand naar hun mond te brengen. Het is belangrijk dat een interventie, zoals het inzetten van hand-spalken, goed begeleid wordt. Vooraf wordt vaak besproken wat het doel is van een interventie, maar de barrières die bij het implementeren van een interventie komen kijken en mogelijke oplossingen hiervoor zijn minder in beeld. Bij dit ziektebeeld is het zorgritueel erg uitgebreid en ervaren veel patiënten dat er veel regelzaken en zorgactiviteiten op ze af komen. Prioriteren en ondersteuning vanuit het team kan dan helpen, zie figuur 2.

Door verschillende methoden en de intensieve samenwerking met patiënten hebben we geleerd dat deze groep zwaar belast wordt met zorg- en regelactiviteiten, waardoor nieuwe adviezen, maar ook het meedoen met onderzoek soms te zwaar kan zijn. In de feedback van participanten bleek dat kwalitatief onderzoek minder belastend werd ervaren dan het invullen van een vragenlijst. Dit zou kunnen betekenen dat een persoonlijke benadering prettiger is voor patiënten. Het verder ontwikkelen van de database, zodat steeds meer zorgdata geregistreerd wordt, zorgt ervoor dat de patiënt minder bevroegd hoeft te worden. Daarnaast is het belangrijk bij de opzet van onderzoek patiënten mee te laten denken om te kijken of er een win-win situatie mogelijk is of dat we de last van het onderzoek zoveel mogelijk kunnen verkleinen. ←



Figuur 1.



Redressiehelmen bij Protec

 **dun & licht**  **ventilerend**  **3D-gescand**  **twee deelbare helften**

Bij schedelvormafwijkingen

Onze toonaangevende, 3D-geprinte redressiehelm is speciaal ontwikkeld om afwijkingen aan de schedelvorm bij baby's te behandelen (plagiocephalie en brachycefalie).

Meest geavanceerde redressiehelm

Het is de meest comfortabele en geavanceerde 3D-geprinte redressiehelm op de markt, die effectieve, maar zachte zorg biedt.

Vele voordelen

Dankzij het 3D-scannen is er geen gips nodig en is het aanmeetproces eenvoudig. Onze helm is bijzonder dun, licht en ventilerend. Hierdoor is het draagcomfort hoog en heeft de baby minder last van transpiratieproblemen.

Meer informatie

Ga naar www.protec.amsterdam voor meer informatie over onze redressiehelmen.