

NEDERLANDS TIJDSCHRIFT VOOR

REVALIDATIE GENEESKUNDE



NEDERLANDSE
VERENIGING VAN
REVALIDATIEARTSEN



JAARGANG 46 | NUMMER 5 | DECEMBER 2024

UITGAVE VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING VAN REVALIDATIEARTSEN

FOCUS OP

MAATSCHAPPELIJKE VERANDERINGEN

IN DIT NUMMER ONDER ANDERE

Pagina 14

**Revalidatiegeneeskunde
leefstijlvol**

Pagina 18

**Interview met
internist en hoogleraar
Marcel Levi**

Pagina 42

**Publicatie: 10 jaar
SCORE-onderzoek**

Pagina 46

**Vernieuwing
regionaal onderwijs**



Beenprothesen bij Protec: via direct socket, met gang- beeldanalyse en looptraining

Protec biedt uw cliënten de beste zorg dankzij de nauwe samenwerking tussen cliënt, revalidatieteam en instrumentmaker. Binnen vier uur loopt uw cliënt de deur uit met een perfect passende beenprothese, door het aanmeten via direct socket en een uitgebreide gangbeeldanalyse. Protec in Amsterdam is onderdeel van De Hoogstraat Orthopedietechniek.

- Beenprothesen via direct socket
- Sportprothesen en sportblades
- Uitgebreide gangbeeldanalyses
- Loop- en hardlooptrainingen

In dit nummer

FOCUS OP MAATSCHAPPELIJKE VERANDERINGEN

5

EDITORIAL
Reflectie

6

KORTOM
Nieuwe revalidatieartsen
Toetsvragen

11

EDITORIAL GASTREDACTIE
Tijd om trots te zijn op ons vak

12

ACTUEEL
De wereld blijft draaien

14

OPINIE
Revalidatiegeneeskunde leefstijl-
vol? Kansen en mogelijkheden

18

INTERVIEW
Internist en hoogleraar
Marcel Levi:
*‘Voor veel patiënten zijn revalidatie-
specialisten de belangrijkste’*

23

OPINIE
Relationeel-contextueel model
van lijden en behandelen?

26

PRIKBORD

28

INTERVIEW
Gesprek met Mathieu Maanders
Over patiëntenparticipatie
en ervaringen

31

OPINIE
Bijsluiter van de (revalidatie-)
geneeskunde, op weg naar
een rijkere geneeskunde

34

ACTUEEL
Pilot op verpleegkundig
kinderdagverblijf

36

ACTUEEL
Inzicht in eigen regie

38

ACTUEEL
De rol van academische
werkplaatsen

40

SPOTLIGHT
Gebruik van technologie binnen
de neurorevalidatie

41

DE PRONKHOEK
Exposure in vivo; implementatie

42

**WETENSCHAPPELIJKE
PUBLICATIE**
10 jaar SCORE-onderzoek

46

JUNIOR VRA
Vernieuwing regionaal onderwijs

50

INTERVIEW
10 vragen aan
prof. dr. Clemens Rommers
‘Het mooiste vak ter wereld!’

53

DE PRONKHOEK
Arousal en loopproblemen bij
mensen met Parkinson

54

INNOVATIE
Samenwerken voor
kinderen met DCD

56

IN MEMORIAM
Dick Rijken

Margreet Stroo



Samen voor de beste zorg

Een revalidatietraject is zeer ingrijpend. Het leven van uw client verandert van het ene op het andere moment. Dan is het fijn om te weten dat Mediq alle kennis in huis heeft om u te ondersteunen bij het leveren van goede wond- en continenzorg of op het gebied van darmspoelen. Onze zorgdeskundigen zijn beschikbaar voor intercollegiaal overleg en geven (product)advies, instructies of trainingen op maat. Maak kennis met de meerwaarde van Mediq voor u en uw client.



at the heart of healthcare

Ga naar
de website



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

Hoofdredacteur

Prof. dr. Jan Geertzen

Eindredactie

Heidi Wals

Redactieadres

Redactiesecretariaat t.a.v. Heidi Wals
Nederlandse Vereniging voor Revalidatieartsen (VRA)
Mercatorlaan 1200, 3528 BL 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 'auteursinstructies' 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 hoofdredacteur.
De uitgever is niet aansprakelijk voor de inhoud van deze uitgave.

46^e jaargang, nummer 5

ISSN 2211-3665

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



VAN DE HOOFDREDACTEUR

Reflectie



Het DCRM is weer geweest en een ieder is weer aan het werk. Sint Maarten en Sinterklaas zijn gekomen en gegaan en de Kerstdagen en Oud & Nieuw staan weer voor de deur. Een mooie tijd om te reflecteren en wellicht een tijd om goede voornemens te bedenken.

Het DCRM was wat mij betreft een succes; niet alleen mooie voordrachten en mooie posters maar ook bijzondere *keynote* sprekers en het ontmoeten van collegae en vrienden. Een congres

is immers meer dan een *Meeting of Minds*.

Wij, de NTR redactie, waarderen het zeer dat de Commissie Wetenschap & Innovatie (WeCo) de aangereikte kans heeft aangegrepen om voortaan een NTR-nummer gedeeltelijk te vullen met de *keynote* sprekers en wellicht in de toekomst meerdere onderdelen van het congres. We kunnen daardoor de hoogtepunten teruglezen maar voor degenen die niet aanwezig konden zijn ook een mooie kans om het gesprokene te lezen.

Terugkijkend op 2024 is er wederom een druk jaar gepasseerd voor velen van ons met daarin ook de VRA Kwaliteitsstandaard Indicatiestelling (I)MSR. De organiserende stuurgroep heeft hier heel mooi werk afgeleverd met deelname van zeer veel VRA-leden. De term *stepped care* is vervangen door *matched care*, waardoor ons werk als revalidatieartsen op een juiste waarde geïdentificeerd wordt. Ik vrees echter dat we op dit vlak nog niet klaar zijn met het Zorginstituut (ZIN) of de zorgverzekeraars (ZN). Het Revalidateregister begint 'op stoom' te raken en de VRA vraagt zich af waarom wij op aarde zijn. Zelf begrijp ik dit niet; waarom dienen wij een slogan te hebben? Dat heeft geen enkele andere wetenschappelijke vereniging? Blijven wij in die Calimero-rol zitten? Kunnen wij na 70 jaar nog niet uitleggen wat wij doen of verschilt dat meer per locatie? Ik voelde mij zeer ongemakkelijk bij de bespreking van dit onderwerp tijdens de ALV. Mijn oude opleider professor Willem Eisma kon altijd in één zin de definitie van de revalidatiegeneeskunde opdreunen waarmee ons vak beschreven werd. Ik heb nooit bespeurd dat dit niet begrepen werd. Op de gezamenlijke website van de VRA en Revalidatie Nederland opent de *homepage* met de slogan: 'Opnieuw leren leven'. De keuze ligt voor het oprapen zou ik zeggen.

Jan Geertzen,
hoofdredacteur

Kortom

10 JAAR CAPACITEITENPROFIEL (CAP)



In 2024 is het 10 jaar geleden dat het boek 'Capaciteitenprofiel', geschreven en ontwikkeld door Anke Meester, werd gelanceerd. Alle reden voor de kinderrevalidatieartsen om bij dit feestelijke feit stil te staan en vooruit te kijken. Het Capaciteitenprofiel (CAP) is een methode die (para)medici handvatten biedt om een overzichtelijke prognose te maken, en daarmee ouders van een kind met een beperking transparant

en realistisch te informeren over de mogelijkheden en toekomstige zorg.

Er wordt een inschatting gemaakt van de extra zorgbehoefte op volwassen leeftijd van het individuele kind, als gevolg van blijvende stoornissen in het ICF-domein functies en anatomische eigenschappen, uitgedrukt in een 5 puntsschaal. Het CAP-profiel wordt positief geformuleerd (optimale omstandigheden), is toetsbaar en verandert niet in de tijd bij stabiele aandoeningen.

Dit jaar zijn er diverse workshops gegeven onder ander tijdens de jaarlijkse driedaagse nascholing voor kinderrevalidatie, gericht op dagelijks gebruik en implementatie van CAP in de revalidatiecentra. Judith van Munster: 'Ouders van jonge kinderen komen steeds sneller met vragen over hoe de toekomst van hun kind eruit zal zien. Het CAP helpt ouders om te onderbouwen waarom er voorzieningen aangevraagd worden en het maakt inzichtelijk welke extra inspanningen ouders vaak langdurig doen in de zorg. Het CAP is anno 2024 nóg meer relevant dan in de tijd dat Anke ermee startte!'

De enthousiaste kinderrevalidatieartsen van intervisiegroep CAP hebben nieuwe aanvragen om geïnteresseerde revalidatiecentra te trainen, en mooie plannen om kennis te delen in de toekomst.

*Judith van Munster, kinderrevalidatiearts Maartenskliniek Nijmegen
Inez van der Ham en Maud Wuisman, kinderrevalidatieartsen
Basalt, Den Haag*

Referentie

<https://basaltrevalidatie.nl/patientenfolders/infoblad-capaciteitenprofiel/>

GENEESPLEZIER

Contact

Wat geeft een 'revalidatiearts van de toekomst' geneesplezier in een veranderend zorglandschap met daaruit volgende nieuwe 'kansen en uitdagingen'? Verschillende concepten schieten door mijn hoofd zoals technische vooruitgang, bijdragen aan optimale participatie, intra- en extramuraal samenwerken en misschien wel de belangrijkste: contact maken.

Laatst sprak ik een mevrouw van midden zestig met een psychisch belaste voorgeschiedenis en niet al te beste vaten, nadat zij een knie-exarticulatie had ondergaan. Ik tref haar op de gang van het ziekenhuis op weg naar buiten en besluit even met haar mee te lopen. Ze zucht, ze mist haar hond, een pup van zes maanden die ze juist nam om deze ellende te voorkomen door meer te bewegen. We wisselen wat foto's uit van onze trouwe viervoeters en vervolgen ons gesprek. Trots laat ze zien hoeveel ze alweer kan met haar geoperreerde been. Verwonderd aanschouw ik een soort knieflexie en -extensie waarbij een massa onder de knie vrolijk op en neer beweegt. Vervolgens steekt ze een jointje op en legt uit dat dit haar al ruim 15 jaar helpt psychisch stabiel te blijven, iets wat daarvoor ondanks verschillende typen medicatie niet lukte en meermaals leidde tot gedwongen opnames. Vol met gedachten over haar vervolgtraject, zowel technisch (wat is de bewegende massa onder haar stomp en hoe is deze te prothetiseren) als sociaal (hoe moet het met haar drugsgebruik in een revalidatiecentrum en wat betekent dit voor haar psychische stabiliteit), laat ik haar achter. In overleg met de operateur en de collega's in het revalidatiecentrum komen we tot een passend plan en daags erna wordt zij overgeplaatst, vastberaden zo snel mogelijk weer voor haar hond te kunnen zorgen.

Echt contact maken met je patiënt, ze als de complete mens zien die ze zijn en goed luisteren wat in hun situatie passende zorg is. Zou niet de hele gezondheidszorg daarmee gebaat zijn? Om mensen te bewegen tot gedragsverandering, te motiveren tot therapietrouw, te besluiten wanneer het genoeg is geweest? Het maakt mijn werkdag iedere keer weer een feestje en dat is in de komende periode van schaarste (#duurzameinzetbaarheid) ook wat waard.

Iris de Nie, arts in opleiding tot revalidatiearts, OOR NWN

WILLEM EISMADAG GRONINGEN - PASSIE NAAST HET WERK

De Willem Eismadag, inmiddels een lustrumeditie, vond op 9 oktober plaats in de Prinsenhof in Groningen. Op deze woensdag kwamen revalidatieartsen, oud-revalidatieartsen en revalidatieartsen in opleiding werkzaam dan wel opgeleid in het UMCG Centrum voor Revalidatie bijeen om oude bekenden te treffen en om kennis te maken met nieuwe gezichten.

Het thema van de dag was 'Passie naast je werk', met zes gepassioneerde sprekers. De middag werd afgetrapt door Jitze Posthumus, die ons meenam in zijn passie van het varen en hoe dit is verweven met zijn leven. Daarna was Anandi van Loon aan het woord. Naast revalidatiearts is zij ook professioneel danser en dansdocent en introduceerde ze ons in deze wereld van de dans- en muziek-geneeskunde. An Bennema was de derde spreker, zij nam ons mee in het hardlopen, en de lessen die zowel in het hardlopen als in het werkende leven kunnen worden toegepast. Na de pauze vertelde John van Loenen over de betekenis van vrijwilligerswerk, zowel persoonlijk als voor de samenleving. Lara Huisman beklom daarna het podium om vol passie te laten zien waarom zij de klimsport beoefent en haar rol in het paraklimmen. Als laatste

spreker was Jan-Willem Meijer aan het woord, om ons inzicht te geven in passie, zingeving, ambitie, ontwikkeling en het werk.

De dag werd afgesloten door Jan Geertzen met een terugblik op Willem Eisma en eerdere Willem Eismadagen.

De bijeenkomst eindigde met een borrel en diner. Het was een geslaagde dag en we zullen deze traditie, hetzij onder een andere naam, zeker voortzetten.

Patrick Domerchie, revalidatiearts UMCG Centrum voor Revalidatie



REVALIDATIE JAARPRIJS 2024



Op 7 november jl. is tijdens de ALV de winnaar van de Revalidatie Jaarprijs voor Innovatieve patiëntenzorg bekendgemaakt door juryvoorzitter prof. dr. Anne Visser-Meily. De prijs van 20.000 euro, beschikbaar gesteld door *Ipsen Farmaceutica*, is dit jaar toegekend aan **dr. Rita van**

den Berg met het project **CapriXpress**. Het project omvat een e-health applicatie die gericht is op leefstijlverbetering in de wachttijd tot medisch specialistische hartrevalidatie. De innovatie borduurt voort op wetenschappelijk onderzoek en is gericht op patiënten met een lage sociaaleconomische positie, een groep die meestal moeilijk te bereiken is met revalidatiezorg. De jury spreekt de hoop uit dat deze innovatie wordt doorontwikkeld voor andere aandoeningen waarvoor leefstijlaanpassing ook heel belangrijk is. - HW

PHD AWARD

De PhD Award Rehabilitation Medicine werd dit jaar toegekend aan **dr. Anouk Tosserams** (Radboudumc) voor haar proefschrift *Compensation strategies for gait impairment in Parkinson's disease. Towards personalized gait rehabilitation*. De jury prees haar werk voor de maatschappelijke relevantie, het brede perspectief en de klinische impact, in het bijzonder de ontwikkeling van een stapsgewijze richtlijn voor professionals en patiënten om voor ieder individu de beste compensatiestrategie(ën) te bepalen. De wetenschappelijke kwaliteit werd bovendien als uitzonderlijk beschouwd. Over Anouks presentatie tijdens de PhD sessie was de jury eveneens lovend. Zij bracht haar verhaal zeer duidelijk, rustig en met passie. - HW



VAN HOYTEMA TROFEE 2024



Op 7 november is tijdens de ALV door juryvoorzitter Susanne Staijen de Van Hoytema Trofee 2024 toegekend aan **dr. Casper van Koppenhagen**, omdat hij zich in woord en geschrift bijzonder verdienstelijk heeft gemaakt

voor de revalidatiegeneeskunde. Casper is een bevlogen collega die bijdraagt aan een brede positieve profilering van de revalidatiegeneeskunde, zowel naar andere specialismen als naar niet-medici. Hij is een ambassadeur voor het vak; als revalidatiearts, onderzoeker en als media-persoonlijkheid. - HW

Bartiméus: Visio

HET VISUEEL FUNCTIE CLASSIFICATIE SYSTEEM (VFCS)

Van het *Visual Function Classification System* (VFCS) voor kinderen met CP is een vertaling in het Nederlands beschikbaar. De VFCS richt zich op het visueel functioneren van het kind in het dagelijks leven. Er zijn vijf niveaus beschreven. Kinderen in niveau 1 ervaren hooguit uitdagingen wanneer ze het zien gebruiken in onbekende of drukke omgeving. Kinderen in niveau 5 hebben ernstige beperkingen in de dagelijkse visueel-gerelateerde activiteiten.

De VFCS is geen test en ook geen vervanging van een oogheelkundig en visueel functie-onderzoek. Een ouder en/of professional die het kind kent vult de beslisboom in, gebruikmakend van de beschrijving van de verschillende niveaus en de verschilblokken. Het gebruik van de VFCS kan bijdragen aan het onderkennen van visuele problemen bij kinderen met CP en het gericht doorverwijzen naar een oogarts en/of expertisecentrum op het gebied van visuele diagnostiek en begeleiding.



Bij de vertaling is samengewerkt door Bartiméus, Koninklijke Visio en KU Leuven/UZ Leuven. De Nederlandstalige VFCS is gratis te downloaden via de websites van Visio en Bartiméus.

BESTE PRESENTATIE EN BESTE POSTER

De prijs voor de beste presentatie van een Free Paper op het DCRM 2024 is gegaan naar **Govert van der Gun**. Zijn presentatie ging over het door *machine learning* ontwikkelde predictie-model voor verwacht herstel van functie van de bovenste extremititeit na een CVA.

Charlotte Bosman won op het DCRM 2024 de prijs voor de beste poster. De poster getiteld *Comparing non-microprocessor controlled and microprocessor controlled prosthetic knees on all ICF-levels* had een vraagstelling bij een praktisch probleem. De jury waardeerde dat er nadrukkelijk met een revalidatievisie naar het probleem gekeken is. - HW



PUBLICATIES OVER AMPUTATIES

Een recent artikel in *Prosthetics and Orthotics International* beschrijft de publicatietrends over onderzoek met betrekking tot amputatie. Het biedt een interessant inzicht in hoe het onderzoek zich op dit vlak heeft ontwikkeld, met een indrukwekkend aantal van 8.588 studies. Uit deze publicatie blijkt dat - hoewel Nederlandse onderzoekers in aantal niet de meeste publicaties hebben - Nederlandse onderzoekers (Geertzen en Dijkstra) en publicaties een belangrijke rol spelen in de kennisvorming over dit onderwerp, zich onder andere uitend in een hoog aantal citaties. Het is leuk om op deze bibliografische manier naar kennisvorming te kijken, en alleen daarom is dit artikel al het lezen waard. - MA

Liu Z, Wang M, Liu Q, Huang B, Teng Y, Li M, Peng S, Guo H, Liang J, Zhang Y. *Global trends and current status of amputation: Bibliometrics and visual analysis of publications from 1999 to 2021. Prosthet Orthot Int.* 2023 Aug 23. doi: 10.1097/PXR.000000000000271. Epub ahead of print. PMID: 37615606

NIEUWE REVALIDATIEARTSEN



Charlotte Anné
Opgeleid: OOR ZON
Einddatum opleiding: 31-08-2024
Huidige werkplek: AZ Monica, Antwerpen

Aandachtsgebieden: fysische geneeskunde, NAH en spasticiteit



Myrna Kastaneer
Opgeleid: OOR ZWN
Einddatum opleiding: 01-05-2024
Huidige werkplek: Revalidatie Friesland

Aandachtsgebieden: amputatie en prothesiologie, trauma, dwarslaesie, NAH, post-COVID



Linda Beun-van der Schriek
Opgeleid: OOR Utrecht
Einddatum opleiding: 01-09-2024
Huidige werkplek: De Hoogstraat Revalidatie

Aandachtsgebieden: NAH, volwassenen met CP



Johan Lim
Opgeleid: OOR NWN
Einddatum opleiding: 01-10-2024
Huidige werkplek: Basalt Den Haag
Aandachtsgebieden: neurorevalidatie,

waaronder NAH, dwarslaesie, MS en NMA



Iris Dekker
Opgeleid: OOR NWN
Einddatum opleiding: 01-10-2024
Huidige werkplek: Spaarne Gasthuis (per 1-2-2025, tijdelijke functie)

Aandachtsgebieden: neurorevalidatie, handrevalidatie, NAH en cognitie, onderwijs



Daphne Meijler
Opgeleid: OOR ON
Einddatum opleiding: 04-08-2024
Huidige werkplek: Tolbrug, Den Bosch
Aandachtsgebied: kinderrevalidatie



Kaily van Deursen
Opgeleid: OOR ZON
Einddatum opleiding: 01-10-2024
Huidige werkplek: Adelante, locatie Venlo

Aandachtsgebied: kinderrevalidatie



Vera van Reuler
Opgeleid: OOR NWN
Einddatum opleiding: 22-06-2024
Huidige werkplek: Zaans Medisch Centrum

Aandachtsgebied: bewegen, sport en leefstijl in de revalidatie



Siham Icho
Opgeleid: OOR Leiden
Einddatum opleiding: 25-08-2024
Huidige werkplek: HMC Westeinde
Aandachtsgebieden: ziekenhuis-revalidatie, poliklinische revalidatiebehandeling



Audrey van Stokkom-Vollebregt
Opgeleid: OOR ZON
Einddatum opleiding: 15-09-2024
Huidige werkplek: Adelante
Aandachtsgebieden: traumatologie en amputatie



Maartje Kamps
Opgeleid: OOR ON
Einddatum opleiding: 10-05-2024
Huidige werkplek: Sint Maartens-kliniek

Aandachtsgebied: kinderrevalidatie



Nino van Tilborg
Opgeleid: OOR NWN
Einddatum opleiding: 02-04-2024
Huidige werkplek: Basalt, locatie Leiden
Aandachtsgebieden: neurorevalidatie, NAH en NMA (klinisch en poliklinisch)

OOR NO - Noordoost Nederland

OOR NWN - Noordwest Nederland

OOR ON - Oost Nederland

OOR ZON - Zuidoost Nederland

OOR ZWN - Zuidwest Nederland

TOETSVRAGEN UIT EINDTOETS LANDELIJK ONDERWIJS

Op 1 en 2 februari 2024 heeft de themacursus 1 'Niet aangeboren hersenletsel' plaatsgevonden voor aiossen revalidatiegeneeskunde. Aansluitend aan de cursus is een digitale eindtoets afgenomen met behulp van toetssysteem Remindo.

We behandelen hier twee vragen uit de toets van februari 2024. 27 aiossen hebben de toets gemaakt.

VRAAG 1:

Een patiënt met afasie herhaalt steeds dezelfde lettergrepen in een poging om te communiceren; zoals 'oke, oke, oke...!'

WAT IS DE JUISTE TERMINOLOGIE HIERVOOR?

- A. Echolalie
- B. Telegrafische snelheid
- C. Stereotypen
- D. Agrammatisme

$P=0,59$, $r=0,24$

16 aiossen kiezen het goede antwoord, maar 10 aiossen kiezen ook voor antwoord A en 1 voor antwoord D. Deze vraag maakt heel goed onderscheid: 'goede aiossen' kiezen voor het juiste antwoord.

Vraag 2: B

Vraag 1: C

juiste antwoorden toetsvragen

VRAAG 2:

WELK SYMPTOOM IS DE MEEST BEPERKENDE FACTOR BIJ RE-INTEGRATIE IN WERK VAN MENSEN MET HERSENLETSEL?

- A. Snelle overprikkeling
- B. Vermoeidheid
- C. Niet kunnen multi-tasks
- D. Te weinig ondersteuning van collega's
- E. Vertraagde informatie verwerking

$P=0,48$, $r=0,58$

Bron: Presentatie Prof. dr. C.A.M. van Bennekom: 'Aan het werk na hersenletsel'

13 aiossen hebben deze vraag goed, zij scoren ook heel hoog op de rest van de toets. De vraag is erg onderscheidend met een hele hoge r-waarde. Aiossen die de vraag fout beantwoorden kiezen antwoord E, D en A, het zijn dus goede afleiders. Al deze afleiders hebben een hoge negatieve r-waarde, en worden dus gekozen door aiossen die slechter scoren op de toets.

Twee vragen die goed aansluiten bij ons vakgebied waarbij enerzijds diagnostiek en anderzijds gevolgen van Niet aangeboren hersenletsel (NAH) aan bod komen. Voor de makers van deze vragen is het bevredigend dat beide vragen een goed onderscheidend vermogen hebben naast het feit dat ze relevant zijn. De beantwoording van deze vragen ($p=0,59$ en $p=0,48$, de mate van goed antwoorden) laat ook zien dat ze niet te eenvoudig zijn te beantwoorden.

Namens Toetsingscommissie,

Wim G.M. Janssen

EDITORIAL GASTREDACTIE

Focus op Maatschappelijke veranderingen

TIJD OM TROTS TE ZIJN

Het Dutch Congress of Rehabilitation Medicine (DCRM) 2024 nodigde ons uit om te reflecteren op onze rol in een veranderende maatschappij. Met het thema *Maatschappelijke veranderingen: kansen voor de Revalidatiegeneeskunde* onderstreept het congres dat ons vakgebied zichzelf sterker kan positioneren binnen de gezondheidszorg en een leidende rol kan innemen. Voor veel patiënten en hun naasten gaat revalidatiegeneeskunde niet (alleen) over herstel; het biedt ook de mogelijkheid om hun maatschappelijke leven opnieuw vorm te geven na ingrijpende gezondheidsveranderingen. Hierin ligt een unieke kracht die wij als revalidatieartsen mogen uitdragen.

Deze nieuwe positionering vraagt om een koerswijziging die de impact van ons vak duidelijk zichtbaar maakt. Dit themanummer toont dat andere vakgenoten, waaronder ook patiënten, vaak trotser zijn op ons vakgebied dan wij zelf. De huidige maatschappelijke veranderingen bieden ons de kans om revalidatiegeneeskunde sterker te profileren, en de *keynote speakers* helpen ons daarbij.

Internist Marcel Levi benadrukt in zijn prikkelende interview dat bescheidenheid ons niet verder brengt; onze sector moet zich uitdrukkelijker presenteren om de levenskwaliteit van patiënten te verbeteren. Met haar holistische benadering heeft revalidatiegeneeskunde een unieke en onmisbare impact op het welzijn van patiënten. Die impact beperkt zich niet tot de medische toestand, maar helpt patiënten een betekenisvol leven te leiden. Neuroloog Baziel van Engelen en ervaringsdeskundige Ingrid de Groot wijzen op de noodzaak van een bredere kijk op ziekte. Revalidatiegeneeskunde stelt juist de persoon centraal, met als kernvraag wat iemand nodig heeft om, ondanks beperkingen, een betekenisvol leven te kunnen leiden. Dit sluit naadloos aan bij de essentie van ons vakgebied. Psychiater Jim van Os pleit voor een relationeel en contextueel zorgmodel, waarin niet alleen het lijden van de patiënt centraal staat, maar ook de context waarin dit plaatsvindt. Of lijden nu psychisch of fysiek is, protocollen lossen dit niet altijd op; veerkracht en zingeving zijn essentieel. Dit perspectief versterkt de kernwaarden van revalidatiegeneeskunde: functioneren en participatie in de eigen leefomgeving van de patiënt. Van Os daagt ons uit om een ecosysteem te ontwikkelen waarin zorgvormen elkaar versterken, met revalidatie als essentiële schakel. Tot slot onderstreept collega Rienk Dekker het belang van preventie en leefstijl. Door deze aspecten meer te integreren, bouwen we aan duurzamere zorg die aansluit op de behoeften van onze patiënten en inspelen op de uitdagingen van een veranderend zorglandschap.

Dit themanummer benadrukt dat revalidatiegeneeskunde niet enkel een ondersteunende rol speelt binnen andere specialismen, maar een vakgebied is dat daadwerkelijk het verschil maakt. Het is tijd om trots te zijn, ons vak stevig te profileren en de ruimte te nemen die we verdienen. Laten we samen het roer in handen nemen en de revalidatiegeneeskunde positioneren als een onmisbare schakel in de zorg. Want de juiste revalidatiezorg maakt impact!

Dr. Jorit Meesters, lector Revalidatie en Technologie bij de Haagse Hogeschool, hoofdonderzoeker bij Basalt Revalidatie, redactielid NTR
Dr. Nicole Voet, revalidatiearts Klimmendaal Arnhem, Radboudumc Nijmegen, voorzitter commissie wetenschap en innovatie van de VRA



SAMEN OP WEG NAAR BETERE REVALIDATIEZORG

De wereld blijft draaien

In deze inspirerende *spoken word*, een vorm van *performance art* waarbij poëzie mondeling wordt overgebracht, uitgesproken tijdens de opening van het DCRM-congres 2024, neemt Justin Samgar ons mee in de uitdagingen en kansen voor de toekomst van de revalidatiezorg. Aan de hand van de keynote-presentaties reflecteert hij op de toenemende druk op de zorgsector, de noodzaak van samenwerking tussen professionals en patiënten, en het belang van een holistische benadering van gezondheid. Hiermee verwoordt hij op treffende wijze de essentie van het congres: een gezamenlijke, flexibele visie op de zorg, waarin expertise en menselijke kracht naadloos samenkomen.

We weten zeker dat de wereld elke dag een stukje door draait.
Soms onvermijdelijk, soms onduidelijk welke kant het opgaat.
De zorgkosten en druk op deze sector blijven toenemen.
We worden elk jaar wijzer maar ook elk jaar weer grijzer.
Geen zekere toekomst, dus belangrijk dat je het flexibel ziet
in de woorden van internist professor Marcel Levi.
De complexiteiten die disciplines blijven overstijgen,
vragen om dialogen en antwoorden die bekliven,
professionals en patiënten samen vinden en verkrijgen.

We weten zeker dat de wereld elke dag een stukje door draait.
Iedereen is er onderdeel van, ongeacht welke kant het opgaat.
De tijd geeft ons betere therapieën en diagnostiek.
Alles verandert in trends en tendens, golven met dal en piek.
Deze dynamiek brengt voor de revalidatiesector ook mogelijkheden.
Jullie zijn vandaag organisch samen gekomen om deze te bespreken.
Om samen een flexibele visie te creëren die zal werken en leven.

De zorg staat veel in de kijker met te weinig geld en personeel,
leidend tot veel te lange wachtlijsten.
Maar toch valt er niet over te twijfelen: dit is de beste gezondheidszorg aller tijden.
We hebben meer medicijnen, instrumenten en methoden dan ooit tevoren.
Behandelingen werken naar behoren.
Patiënten blijven stukken langer leven.
Juist dit succes brengt de meeste vraagstukken met zich mee
en ook nieuwe problemen.

De GGZ heeft volgens psychiater professor Jim van Os
dezelfde uitdagingen, oplossingen en vragen.
Het is de hoogste tijd om de aandacht te verplaatsen.



JUSTIN SAMGAR DE VERTELLER

Spoken word artiest



HELEEN DULI FOTOGRAFIE

Dus creëren zij een nieuw inspirerend ecosysteem.
Van focus op ziekte en wat afwijkt naar de focus op gezondheid.
Samen met patiënten naar de oplossing van het probleem.
Een holistische aanpak ten behoeve van geestelijk en lichamelijk welzijn.
Misschien is dit wel de tijd dat de GGZ een mentale revalidatiegeneeskunde kan zijn.

Maar de hele gezondheidszorg begrijpt; leefstijl en preventie zijn uitermate belangrijk.
Professor Rienk Dekker licht toe waarom:
Goede voeding en beweging enigszins begeleid, maken al een enorm verschil op de gezondheid.
Leefstijl zou een vast onderdeel kunnen zijn van de zorg en misschien ook wel onderwijs.
Er schieten overal lokale en nationale leefstijl initiatieven uit de grond als grassprietten.
Er zijn al fitte instellingen in samenwerkingsverbanden die werken aan ontwikkelingen.
Maar hoe zetten we de volgende stappen en op welke wegen zoeken we verbindingen.

Revalidatiegeneeskunde is zorgen dat iets weer gaat werken,
mensen terugkomen na een crisis, ziekte of ongeval.
Zorgt dat kinderen verder kunnen groeien, ouderen weer op kunnen bloeien.
Dat betekent dat iedereen hier aanwezig op deze dag,
van dichtbij heeft gezien hoe je om kan gaan met tegenslag.
Deze menselijke kracht wordt door jullie al geïntegreerd
in het omgaan met veranderingen die de maatschappij in deze tijd presenteert.

Professor neuroloog Baziel van Engelen laat ons zien:
De revalidatiesector verbindt alle lagen in de zorg en het sociaal domein.
Het is daarom ook zo mooi om te zien hoe jullie hier in alle diversiteit aanwezig zijn.
Hoe beweeg jij als professional in dit landschap?
Wie zet de eerste stap? Wie neemt er leiderschap?
Wat is kwaliteit van leven, en wie bepaalt dat?

Neem deze dag dan ook niet alleen om kennis te leren.
Neem deze dag ook om mensen te leren kennen.
Alleen door verbinding kunnen we in de juiste richting bewegen.
Niet stuurloos, maar gericht, een duidelijke koers is gegeven.
Altijd een holistische blik op revalideren en genezen.
Soms uitzoomen, soms inzoomen om naar helderheid te streven.
Gaan voor mentale en fysieke gezondheid
en het optimaal functioneren van mensenlevens.

We weten zeker dat de wereld elke dag een stukje door draait.
Iedereen is er onderdeel van,
jullie bepalen mede welke kant het opgaat.
Dit is het moment om je uit te laten dagen.
Door de toekomst en door wat komen gaat.
Dit is het moment om onderzoek en innovatie
verder te ontwikkelen en uit te dragen.
Omdat revalidatie... ons allemaal aangaat.
Jij, ik en zij, professional en patiënt, wij allemaal. ←



Revalidatiegeneeskunde leefstijlvol? Kansen en concrete mogelijkheden

Onze maatschappij verandert, de gezondheidszorg moet daar in mee. Preventie (het bevorderen van een gezonde leefstijl en fitheid) biedt daarbij, juist ook in de revalidatiegeneeskunde, kansen en concrete mogelijkheden. Zo kunnen leefstijlmaatregelen helpen om de gevolgen van het personeelstekort tegen te gaan en revalidatiepatiënten die fitter zijn, ervaren daar zelf veel voordelen van. Concrete praktische toepassingsmogelijkheden van preventie in de revalidatiegeneeskunde worden toegelicht in dit artikel.



PROF. DR. R. (RIENK) DEKKER

Revalidatiearts en hoogleraar Revalidatiegeneeskunde en Actieve Leefstijl, UMC Groningen; gasthoogleraar Basalt Revalidatie, Den Haag



CORRESPONDENTIE

r.dekker01@umcg.nl

De gezondheid en het welzijn van Nederlanders en de houdbaarheid van ons zorgstelsel staan onder druk: naast vergrijzing en stijging van het aantal chronisch zieken is er ook een afname van de beroepsbevolking in combinatie met alsmaar stijgende kosten van de gezondheidszorg.¹ Verdere groei van zorg moet weloverwogen worden begrensd en er moet beter worden gekozen. Zo wordt vanuit de Wetenschappelijk Raad voor het Regeringsbeleid geadviseerd om in te zetten op een meer verplichte manier van preventie,² bijvoorbeeld door de leefstijl en de fitheid van patiënten te verbeteren. Dat biedt kansen voor de revalidatiegeneeskunde.

Dit alles noodzaakt een verandering van de zorg. Het accent komt dan steeds meer te liggen op multi- en interdisciplinair werken en op meer gepersonaliseerde zorg, zoveel mogelijk in de eigen leefomgeving. Een ander belangrijke veranderende insteek is de nadruk op preventie en leefstijl. Het Integraal Zorg Akkoord (IZA)¹ verwoordt

dat per 1 januari 2025 gezonde leefstijl integraal onderdeel uitmaakt van de reguliere zorg. Ook de nieuwe regering, ondersteunt dit in de regeringsverklaring.³ Daarin wordt onder andere aangegeven: 'Het lukt onvoldoende om investeringen in preventie vooraf te relateren aan besparingen later. Daarom werken we samen met organisaties in de zorg aan een investeringsmodel voor preventie'.³

Naast veel landelijke initiatieven, onder andere vanuit de Federatie Medisch Specialisten⁴ spreekt ook de VRA zich uit over het belang van preventie en leefstijl. In het VRA visiedocument Revalidatiegeneeskunde 2025⁵ wordt geconstateerd dat er onvoldoende aandacht is voor preventie. En dat er gewerkt moet worden aan 'een passend en toegankelijk aanbod voor preventie'. Daar liggen kansen.

Hoewel op veel plaatsen in Nederland MSR-keten gerelateerde preventie- en leefstijlinitiatieven uit de grond schieten, ontbreekt het nog vaak aan concrete aanwijzingen om hiermee aan de slag te gaan in de praktijk. Daarom wordt in dit artikel toegelicht hoe de fitheid van patiënten kan worden getest en bevorderd. Daarnaast zal ook aan de hand van een praktische handleiding worden toegelicht hoe leefstijlgedrag van onze patiënten, vanuit het ziekenhuis en vanuit het revalidatiecentrum, kan worden bevorderd.

TESTEN EN BEVORDEREN VAN FYSIEKE FITHEID IN DE REVALIDATIE

Het fysiek fit zijn van patiënten in de revalidatie heeft veel wetenschappelijk onderbouwde voordelen. Niet alleen ondersteunt het de patiënt om mobieler en onafhankelijker te zijn, ook helpt het bij het behouden van een goede algemene gezondheid en het voorkomen van recidieven. Daarnaast leidt fysieke fitheid tot minder stress, afname van angsten, verkleining van kans op depressie, en vergroot het de eigenwaarde en de acceptatie van de handicap.⁶

Een ander aspect van fitheid, dan wel het ontbreken daarvan betreft vermoeidheid. Veel patiënten in de revalidatie blijken namelijk met vermoeidheid te kampen, terwijl toegenomen fitheid kan ondersteunen bij het tegengaan ervan. Ook relevant is dat een fittere patiënt in algemene zin sneller en beter revalideert en dat effect beter vasthoudt.⁷ Fysieke fitheid is daarbij een ruim begrip: het vermogen om fysieke activiteiten uit te voeren zonder overmatige vermoeidheid. Het omvat verschillende aspecten zoals uithoudingsvermogen, kracht, flexibiliteit en balans. Als het gaat om gerichte verbetering van de fysieke fitheid bij revalidatiepatiënten gaat de meeste aandacht meestal uit naar het uithoudingsvermogen, waar de andere onderdelen vaak al in de reguliere revalidatiebehandeling aan bod komen.

'Bij programma's om revalidatiepatiënten fitter te maken zijn effectieve training en betrouwbaar meten van de fysieke fitheid van groot belang en beschikbaar'

Bij het toepassen van programma's om revalidatiepatiënten fitter te maken zijn het toepassen van een effectieve training en het betrouwbaar meten van de fysieke fitheid van belang. Onder training wordt daarbij verstaan: het systematisch toedienen van belastingprikkels met de bedoeling het prestatievermogen te verbeteren. Daarbij moeten spieren, longen, hart en vaten voldoende uitgedaagd worden. Te lichte training is zinloos, kost alleen maar tijd en geld, en leidt niet tot verbetering.⁸ Dit maakt dat het opstellen van een trainingsprogramma specifieke expertise



Figuur 1. Opstelling voor maximale inspanningstest (CPET).

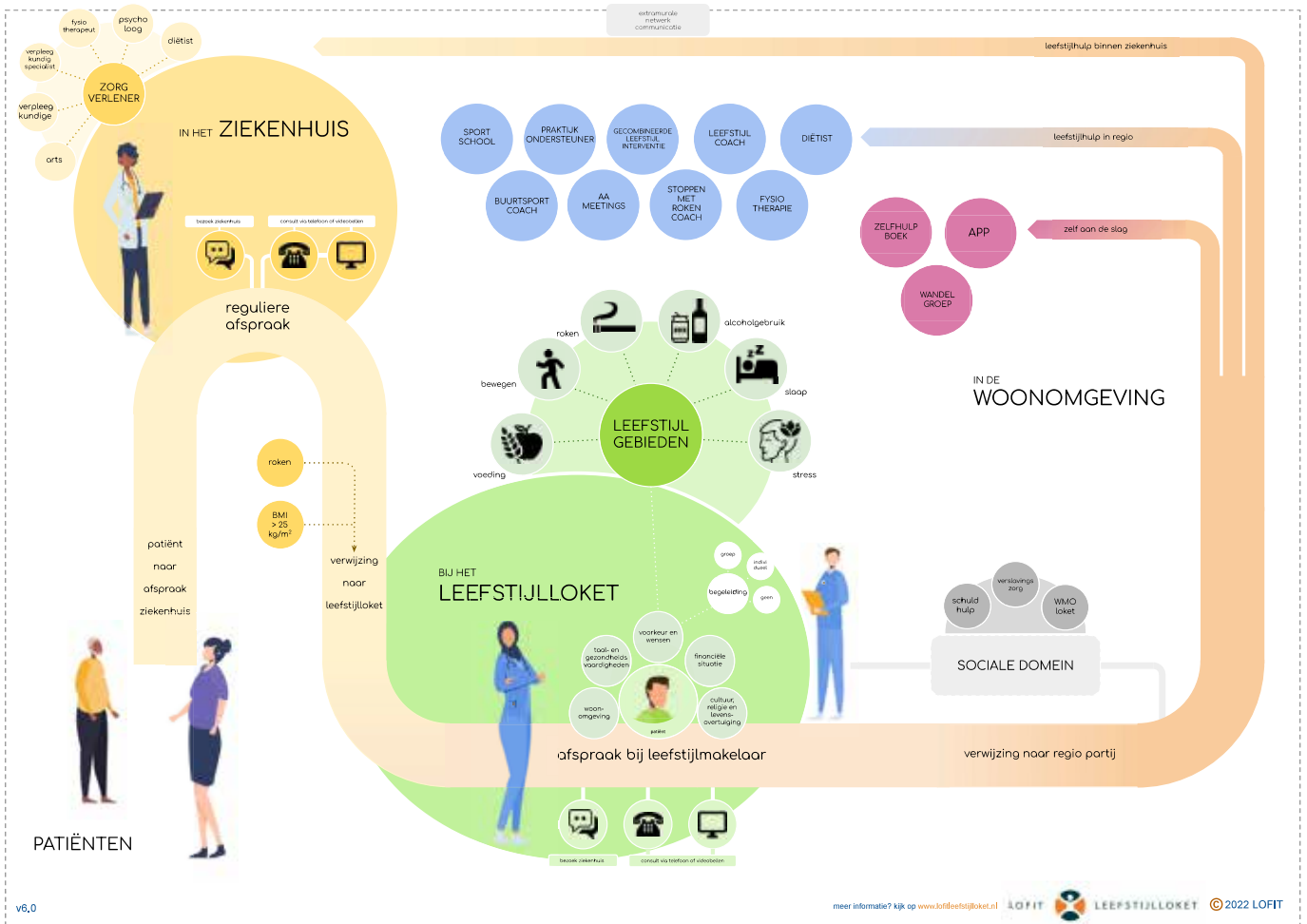
vereist; vaak zijn er binnen de revalidatie-instelling teamleden die hierin goed thuis zijn. Om tot een effectieve training te kunnen komen is het essentieel dat er een betrouwbaar beeld is van het fysiek uithoudingsvermogen voor het begin van die training. Er zijn daarvoor meerdere methoden bekend. De gouden standaard daarbij is de maximale inspanningstest, de *Cardio Pulmonale Exercise Test* (CPET).⁹

Voor een uitgebreid overzicht van de indicaties, contra-indicaties en werkwijze, wordt verwezen naar een factsheet over dit onderwerp.⁹ Om een CPET te kunnen toepassen zijn er een aantal voorwaarden waaraan moet worden voldaan. Voor nadere informatie over die voorwaarden en de te nemen stappen om tot een inspanningslaboratorium te komen wordt verwezen naar figuur 3 (QR-code).

Niet overal in de revalidatiegeneeskunde is er nu al de mogelijkheid om CPETs uit te voeren. Om dan toch iets te kunnen zeggen over de fitheid en het uithoudingsvermogen, zijn er een aantal andere methodieken toepasbaar. Bijvoorbeeld: een maximaal test zonder ademgasanalyse of een *steep ramp* test, maar ook de sub-maximale 6 minuten looptest of vragenlijsten. Om na te gaan wat dan de beste andere optie is, is een beslisboom beschikbaar (zie figuur 3: QR-code). Door hier testdoel, patiëntkenmerken en beschikbare middelen aan te geven, wordt een suggestie gedaan voor het beste alternatief voor de CPET voor die specifieke patiënt. Toepassing hiervan heeft echter het risico dat de daarop gebaseerde training niet optimaal (kosten)effectief is.⁸

BEVORDEREN VAN EEN ACTIEVE GEZONDE LEEFSTIJL

Fit zijn heeft dus veel voordelen en er zijn concrete mogelijkheden onze patiënten fit of fitter te laten worden. Vervolgens is het belangrijk dat we onze patiënten ook fit houden en ondersteunen een actieve gezonde leefstijl aan te nemen en aan te houden. Er blijken echter veel drempels te zijn om daarmee aan de slag te gaan. Mede met deze drempels in het achterhoofd zijn er een aantal programma's (door)ontwikkeld. Voorbeelden hiervan, specifiek gericht op secundaire en tertiaire preventie, zijn het Groninger Leefstijl Interventie Model (GLIM), de RISE-interventie, (*Reducing sedentary behavior, Identification of people at risk, in people with Stroke, Effectiveness in daily living*) vanuit het UMC Utrecht en De Hoogstraat en het programma Basalt in Beweging. Daarnaast vallen nog twee programma's op, ook omdat deze goed toepasbaar zijn in respectievelijk het ziekenhuis en in revalidatiecentra. Deze programma's zijn 'Het leefstijlzorgloket' dat vooral gericht is op de ziekenhuisomgeving, en het integraal leefstijlprogramma *Healthy Habits*, dat vooral toegepast wordt in revalidatiecentra. →



Figuur 2. Werkwijze leefstijl(zorg)loket (LOFIT[®]).

Het leefstijlzorgloket. (LZL)

Bij de ontwikkeling van deze methodiek heeft het onderzoeksconsortium LOFIT (Leefstijlloket Om leefstijlgeneeskunde te Integreeren in de behandeling van patiënten in het ziekenhuis)¹⁰ een belangrijke rol gespeeld. Op basis van een serie van wetenschappelijke onderzoeken is een methodiek ontwikkeld waarmee patiënten die ziekenhuiszorg ontvangen advies en ondersteuning krijgen en kunnen worden verwezen naar activiteiten in hun woonomgeving die bijdragen aan een gezonde actieve leefstijl. Daartoe doorloopt de patiënt een aantal stappen zoals weergegeven in figuur 2.

Het loket kent een aantal werkzame kenmerken, waaronder laagdrempeligheid, tijdsefficiënt, goede overdracht naar regio en terugrapportage naar verwijzer.

Wil je weten hoe het leefstijlzorgloket kan worden opgezet op jouw afdeling? Ga dan naar: <https://leefstijlcoalitie.nl/nieuws/nieuw-handreiking-leefstijlzorgloket-vanuit-het-ziekenhuis>¹¹

Healthy Habits

In revalidatiecentra is ook steeds meer aandacht voor het toepassen van programma's op het gebied van een gezonde actieve leefstijl. In

het oog springend is het integrale leefstijlprogramma *Healthy Habits* (HH), aangeboden vanuit de stichting Special Heroes Nederland.¹² Een integrale aanpak houdt in: gericht op alle leefstijlactiviteiten en samenwerking met andere sectoren en partijen in de regio. Succesfactoren zijn daarbij de wetenschappelijke onderbouwing ervan, het hanteren van een goed netwerk, onderdeel zijn van de reguliere behandeling en betrokkenheid van deskundige medewerkers.

De Stichting Special Heroes Nederland ondersteunt revalidatiecentra en ziekenhuizen bij het implementeren van het programma, door onder andere kennisbijeenkomsten, scholingen, webinars en leefstijlactiviteiten op locatie te organiseren. Met die hulp levert het programma de deelnemende centra onder andere concrete en realistische plannen om aan de slag te gaan met leefstijlactiviteiten in je organisatie.

Meer weten of ook aansluiten? Zie <https://specialheroes.nl/zorg/>¹²

SAMENVATTING

- De revalidatiegeneeskunde speelt een belangrijke maatschappelijk rol door middels een preventieve aanpak de zorg beter betaalbaar en bemensbaar te maken.

- Voor het fitter worden is het betrouwbaar testen en het efficiënt trainen essentieel én ook goed mogelijk.
- Er zijn toepasbare beschrijvingen van methoden beschikbaar om de fitheid van patiënten (bij benadering) te meten.
- Het aannemen en aanhouden van een actieve gezonde leefstijl kan vanuit het ziekenhuis (leefstijl(zorg)loket) en in het revalidatiecentrum (*Healthy Habits*) op een wetenschappelijk onderbouwde manier worden ondersteund.

De onderbouwing van bovenstaande samenvatting, conclusies, kansen en praktische mogelijkheden zijn na te lezen via de QR-code (figuur 3). ←



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



Figuur 3. QR-code: samenvatting, conclusies, praktische mogelijkheden en naslag.

Meer weten of doen?

Meer weten of meer willen doen met actieve gezonde leefstijl en fitheid in de revalidatiegeneeskunde? Informeer dan bij of sluit je aan bij de Werkgroep VRA Bewegen en Sport (WVBS: <https://www.revalidatie.nl/werkgroepen/werkgroep-vra-bewegen-en-sport/>) en/of het samenwerkingsverband Aandachtsgroep Inspanningsfysiologie in de Revalidatiegeneeskunde (AIRe: <https://www.airevalidatie.nl/>)

Advertentie

Lustrumcongres 70 jaar VRA
11 april 2025 Amersfoort

**BACK TO
THE FUTURE**



NEDERLANDSE
VERENIGING VAN
REVALIDATIEARTSEN

REGISTER NOW!

www.rehabilitationmedicinecongress.nl



INTERNIST EN HOOGLERAAR MARCEL LEVI: 'BESCHEIDENHEID PAST NIET BIJ EEN SECTOR DIE EEN GROTERE ROL MOET KRIJGEN'

'Voor veel patiënten zijn revalidatiespecialisten de belangrijkste'

Internist en hoogleraar Marcel Levi, tevens voorzitter van de NWO, vindt dat revalidatieprofessionals nu eindelijk eens uit hun schulp moeten kruipen. Zeker in een tijd waarin zij harder nodig zijn dan ooit. „Ze stellen zich nog steeds een beetje op als de hulpspecialist, terwijl ze voor veel mensen juist de belangrijkste medisch professionals zijn.”



T. (TIM) DE HULLU

Professioneel schrijver en biograaf



PETER VALCKX

“**W**aarom zit de afdeling revalidatie altijd in de kelder of ergens in een hoekje op de beganegrond? En niet midden in het ziekenhuis? Omdat revalidatiespecialisten vaak te bescheiden zijn.

Bescheidenheid die volstrekt onterecht is. De meerwaarde van het vak revalidatiegeneeskunde is evident. In de geneeskunde zijn we heel erg gefixeerd op het genezen van ziekten en het beter maken van dingen die niet goed gaan. Maar voor patiënten is de functie, en dan bedoel ik niet de functie van een orgaan, maar het *overall* functioneren, veel belangrijker. Het kan mensen misschien niet zo heel erg veel schelen hoe goed of hoe slecht hun nierfunctie is; ze zijn vooral geïnteresseerd in hoe ze zich voelen en wat ze kunnen en niet meer kunnen. Dat is natuurlijk typisch iets waar revalidatie zich mee bezighoudt. Wie zorgt ervoor dat je weer naar de winkels kunt gaan, weer kunt sporten, weer van je gezin kunt genieten? Juist.

DE HULP

Toch stellen revalidatiespecialisten zich vaak op als de hulp van een ander specialisme, terwijl ik denk dat ze misschien voor heel veel mensen wel juist de belangrijkste zijn. Laat anderen dan maar even komen helpen! Oncologen, cardiologen of internisten zoals ik, hebben er vaak een handje van om alles waar ze geen zin in hebben, omdat het wat langer duurt of omdat het een wat ander ritme kent, te *outsourcen* naar iemand anders. Dus dan krijg je al snel het beeld van de hulpspecialist. De oncoloog is klaar met de chemotherapie en dan moet de patiënt ook nog even opknappen. En dat moet iemand anders maar eventjes gaan

Marcel Levi

Marcel Levi is voorzitter van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO), hoogleraar Geneeskunde bij Amsterdam UMC/Universiteit van Amsterdam en *Professor of Medicine* bij *University College London*. Voorheen was hij *Chief Executive* bij *University College London Hospitals* en voorzitter RvB van het AMC in Amsterdam. Hij is tevens actief praktiserend internist. Hij bekleedt verschillende bestuurlijke functies in nationale en internationale organisaties op het gebied van research en gezondheidszorg. Hij heeft ruim 800 wetenschappelijke artikelen gepubliceerd en is lid van de Koninklijke Academie van Wetenschappen en *Honorary Fellow* van de *Royal College of Physicians* in de UK. Hij is editor van verschillende wetenschappelijke tijdschriften en auteur van populair-wetenschappelijke/educatieve boeken en columns.



begeleiden. Ik denk dat het de verantwoordelijkheid van de behandelend specialist is om een collega erbij te vragen als er een specifieke expertise nodig is. En dat is dan niet een hulpje, dat is een collega.

Toen ik zelf mijn opleiding tot arts of zelfs tot specialist volgde, had ik nauwelijks te maken met revalidatieartsen. Ik dacht dat zij de bazen van de fysiotherapie waren, zo iets. Daar bleef het ongeveer hangen. En inderdaad, toen ik met ze in aanraking kwam, presenterden ze zich ook niet echt op een manier van 'Dit is onze bijdrage en onze expertise'. Als ik het vak revalidatiegeneeskunde eerder was tegengekomen, had ik me er zeker wel meer in verdiept.

SANATORIA

Het blijft dus een opdracht om het vak revalidatiegeneeskunde sexyer te maken, wat het zeker al is. Misschien moet er een andere term komen voor revalidatie, want deze doet toch een beetje denken aan sanatoria. Een pakkende titel die met functioneren te maken heeft, met je leven weer oppakken. Waarom wil

iedereen eigenlijk chirurg worden? Dat heeft natuurlijk te maken met het imago van het vak. Maar dat imago wordt tijdens de medische opleiding nog flink versterkt. Want daar krijg je allerlei leuke colleges van chirurgen en internisten. Dan is er helemaal aan het einde van het blok ook nog een uurtje revalidatiegenees-

'Het blijft een opdracht om het vak revalidatiegeneeskunde sexyer te maken'

kunde. En komt er iemand binnen die niet weet wat de studenten allemaal al wel of niet weten en stort dertig dia's over hen uit. Dan zie je studenten op hun telefoon kijken, want over dit kleine vak wordt toch geen vraag gesteld bij het examen.

IEDEREEN VECHT

Als je het allemaal bij het oude laat, verandert er niets. Er zal dus iets doorbroken moeten worden. Iets waar de revalidatie →

‘Wees niet vies van een grote mond en laat je niet te snel imponeren door de *glamour boys and girls* van de poortspecialismen’



in uitblinkt is het toepassen van technologie: toon exoskeletten of laat de werking van een robotarm zien! En wie selecteer je bijvoorbeeld voor een opleidingsplaats? Vaak kies je voor mensen die op jezelf lijken, maar wellicht moet je eens een keer voor een ander type kiezen. Voor een alfapersoonlijkheid, bij wijze van spreken. Dan komen er misschien mensen die de revalidatiegeneeskunde naar buiten toe meer gewicht kunnen geven. Als je mij nu zou vragen: noem één belangrijke smaakmaker in de Nederlandse revalidatiegeneeskunde, iemand die af en toe in een nationaal tijdschrift schrijft en duidelijk maakt wat de visie op revalidatie is, dan zou ik het zo niet weten. Daar zou ik echt naar moeten zoeken. Zo'n iemand heb je wél nodig. Dus kom uit je hol, laat je zien. Overal. Op de werkvloer zul je moeten battelen voor positionering, want niets gaat vanzelf. Maar als je dat niet doet, word je vanzelf een sluitpost. Dan gaat de bovenste verdieping in een nieuw ziekenhuis naar de kinderafdeling en krijgen de cardiologen natuurlijk ook primetime. Iedereen vecht voor zichzelf en weet het goed te regelen. En degene die niets zegt, krijgt dan het hok dat nog over was.

PATIENTRELATED OUTCOMES

Argumenten voor importantie zijn er genoeg, daar ligt het niet aan. Iedereen loopt te koop met *patientrelated outcomes*. Wat is

voor de patiënt nou belangrijk? Nou, ik denk dat revalidatie dan ongeveer de helft van alle andere medische specialismen verslaat. Kijkend naar mijn eigen vakgebied: het behandelen van cholesterol of het effect van het behandelen van een acute ziekte is allemaal superbelangrijk. Maar waar heeft een patiënt een half jaar na bijvoorbeeld een ziekenhuisopname nou het meeste plezier van gehad? Dan scoort weer kunnen functioneren door revalidatie hoger dan het op streefwaarde hebben van iemands cholesterol. Het is alleen in de wereld van de medische gezondheidszorg wel belangrijk om die argumenten goed voor het voetlicht te brengen. Dus niet vies zijn van een grote mond en je niet te snel laten imponeren door de *glamour boys and girls* van de poortspecialismen.

WEER OP DE BEEN

Ik ben ervan overtuigd dat die bescheidenheid er in de toekomst afgaat en dat revalidatie belangrijker wordt voor zorginstellingen en populairder bij studenten. Het feit dat een operatie gelukt is of dat medicijnen aanslaan, is niet langer genoeg. Het leven moet echt beter worden voor mensen. En revalidatie past daar heel goed bij en zal veel vaker in een vroeg stadium plaatsvinden. Dat zie ik nu al. Neem oudere mensen die in het ziekenhuis opgenomen worden met een longontsteking. In ons traditionele model werken we allemaal heel hard om ervoor te zorgen dat die longontsteking verdwijnt. En dat de ademhaling herstelt. Dan is het ziekenhuis-

stukje voorbij en gaan we pas nadenken over hoe we die mevrouw of meneer weer op de been kunnen krijgen. ‘Oh ja, die moet thuis ook nog een paar drempeltjes nemen of zelfs een trap op.’ Die volgorde is helemaal niet handig. Dus zijn er nu allemaal initiatieven waarbij je oudere mensen met niet al te grote problemen niet in een ziekenhuis opneemt, maar in een zogenoemde wijkkliniek. Die is vanaf dag één op revalidatie gericht. Dat is een veel verstandigere benadering en die zie ik alleen maar toenemen. Het is allemaal nieuw en het is nog een flinke battle om het gefinancierd te krijgen, maar die kant gaat het wel op. In een maatschappij waarin

‘In een maatschappij waarin kinderen en volwassenen niet meer snel doodgaan door een acute ziekte, maar blijven leven met chronische aandoeningen, zal de revalidatie een centrale rol moeten gaan spelen’

kinderen en volwassenen niet meer snel doodgaan door een acute ziekte, maar blijven leven met chronische aandoeningen, zal de revalidatie een centrale rol moeten gaan spelen. Revalidatie zal nog veel meer geïntegreerd worden in de rest van de gezondheidszorg. Dat betekent: investeren in samenwerkingen. Want wat zijn de uitdagingen voor de gezondheidszorg: dat er veel meer mensen een acute aandoening overleven. Of dat nou een IC-opname is of een groot hartinfarct. En dus ook op jongere leeftijd. Als iemand 46 is, rijst de vraag: hoe nu verder? Revalidatie wordt dan heel belangrijk. Daarnaast wordt de groep ouderen groter. Hoe hou je hen vitaal en op de been? En hoe zorg je ervoor dat die mensen niet in een negatieve spiraal belanden?

EEN ‘CURSUS OPSTAAN’

Als internist in een groot ziekenhuis heb ik veel met oudere patiënten te maken die tegen heel basale functionele problemen aanlopen. Wat mij intrigeert als ik naar die patiëntenpopulatie kijk, is dat het vaak thuis misgaat. Dat mensen vallen. Dat ze kennelijk niet meer de spierkracht en handigheid hebben om op te staan. Dat heb ik met mijn eigen moeder meegemaakt. Toen heb ik direct de fysio in de buurt gebeld: ‘Hebben jullie geen cursus opstaan voor mensen die gevallen zijn?’ Nee, die was er niet. Wel allemaal valpreventieprogramma’s, maar ook daarmee blijven mensen wel eens vallen. Dan zou je toch eigenlijk een actieve revalidatiecommunity willen hebben, die zich enorm stort op dat vallen en opstaan. Voor oudere mensen is dat namelijk mega-probleematisch. Nu wordt dit een beetje door geriateren opgepakt, maar die moeten alles al doen. →

DCRM 2024

Op het *Dutch Congress of Rehabilitation Medicine (DCRM)* in november sprak Marcel Levi over noodzakelijke veranderingen in de gezondheidszorg en *professional in the lead*. Nog meer dan bij veel andere publieke en commerciële diensten staat de gezondheidszorg in het brandpunt van de belangstelling. Veel aandacht gaat uit naar de problemen: te weinig personeel, te weinig geld, te hoge werkdruk, wisselende klanttevredenheid en capaciteitsproblemen leidend tot lange wachtlijsten. Maar paradoxaal genoeg beleeft de gezondheidszorg tegenwoordig de grootste successen aller tijden waarbij we talloze ernstige aandoeningen met een grote impact op het leven van onze patiënten nu succesvol kunnen behandelen. In feite zijn veel van de grote problemen vooral het gevolg van het succes van de gezondheidszorg. De vraag is natuurlijk hoe we de huidige vraagstukken het beste kunnen aanpakken. En wellicht zullen we ook als professionals moeten veranderen: bijvoorbeeld om met een meer generalistische inslag de multimorbiditeit van steeds ouder wordende patiënten te adresseren. Of door op een andere manier te gaan samenwerken. Recente ervaringen hebben geleerd dat er maar één groep is die in staat is complexe problematiek binnen professionele organisaties op te lossen, en dat is die van de professionals zelf. Alleen zij hebben het overzicht en het inhoudelijke vermogen de noodzakelijke transformaties tot een goed einde te brengen. Dat brengt ons wel op het punt van leiderschap: van wie wordt dat eigenlijk verwacht en op welke manier?



En ik denk niet dat zij de experts zijn op het gebied van het bewegingsapparaat. *Communities* zijn de toekomst en zie je ook al vanuit de revalidatie. Al zijn ze nog erg opgehangen aan de revalidatiecentra. Het voorbeeld van Parkinsonnet vind ik mooi, een *community* die door enkele neurologen uit Nijmegen getrokken wordt. Er is een heel netwerk van andere deskundigen gevormd, die lokaal op het gewenste kwaliteitsniveau zorg kunnen leveren. Zo'n model leent zich ook voor veel aspecten van revalidatie. Door verankering in de zorg wordt het vak vanzelf ook populairder. Want dan komen er allemaal dingen bij. Elementen van samenwerking, organisatie en research veranderen op die manier en worden ook makkelijker.

MEER ONDERZOEK

Over de kwaliteit van de revalidatie heb ik geen zorgen. Ik zie dat er steeds meer wetenschappelijk onderzoek plaatsvindt. Dat is doorgaans een teken van vitaliteit van het vak. Een heel mooi onderzoek vind ik bijvoorbeeld het onderzoek dat op de inten-

sive care plaatsvindt, waar ik zelf ook veel werk. Na een intensief behandeltraject zijn mensen enorm achterop geraakt. Ze hebben spierkracht verloren, kampen met zenuwproblemen. Door revalidatie tijdig in te zetten en mensen al vroeg actief te krijgen, kun je

‘Er zijn mooie ontwikkelingen, er liggen kansen voor revalidatie. Je moet alleen nog iets harder op de trom slaan’

op lange termijn heel veel bereiken. Ook bij mensen die een herseninfarct hebben gehad zijn revalidatieprofessionals en -onderzoekers nauw betrokken, zodat patiënten zo snel mogelijk weer kunnen spreken, lopen, hun armen kunnen gebruiken. Het zijn onderzoeken die de meerwaarde van vroege revalidatie onderstrepen. Er zijn mooie ontwikkelingen, er liggen kansen voor revalidatie. Je moet alleen nog iets harder op de trom slaan. ←

Advertentie



Revalidatie jaarprijs 2025 voor innovatieve patiëntenzorg

€ 20.000,-

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

Meer informatie vindt u op www.revalidatie.nl



NEDERLANDSE
VERENIGING VAN
REVALIDATIEARTSEN



Deze prijs wordt mogelijk gemaakt door:



DYS-NL-001143

Een relationeel-contextueel model van lijden en behandelen voor de geneeskunde?

De GGZ en de revalidatiegeneeskunde betreden het morele tijdperk van de geneeskunde, waarin de focus ligt op 'je zinvolle ding kunnen doen' als uitkomst van medisch handelen. Een belangrijke verandering voor de GGZ, gegeven de technisch-specialistische focus op 'ziekte in het hoofd', die -paradoxaal- de vraag naar GGZ juist doet toenemen, vooral bij jongeren. Dus waar te beginnen met de morele transitie? En waar ontmoet de GGZ de revalidatiegeneeskunde in dit proces?



PROF. DR. J.J. (JIM) VAN OS

Hoogleraar psychiatrie en voorzitter divisie Hersenen,
UMC Utrecht



CORRESPONDENTIE

jjvanos-2@umcutrecht.nl

In de kern van medische zorg ligt de ervaring van lijden, een subjectieve en persoonlijke ervaring. Traditioneel leerden artsen zich actief te verhouden tot dit lijden en het een plek te geven in hun zorg. Tegenwoordig is de focus meer verschoven naar diagnostiek en protocollair behandelen, waarbij lijden wordt gezien als een factor die moet worden gereduceerd.

Maar lijden laat zich niet zomaar 'wegbehandelen', vooral niet in het geval van chronische aandoeningen, die inmiddels 60% van de medische problemen in de zorg uitmaken. Dit vraagt om een benadering waarin patiënten worden ondersteund in het ontwikkelen van veerkracht, het bevorderen van hun gezondheid en het proces van zichzelf opnieuw uitvinden door de ziekte en het lijden dat daarmee gepaard gaat te integreren in het bestaan.

DE AARD VAN LIJDEN

Lijden, ongeacht of de aanleiding mentaal of fysiek is, kan worden begrepen in relatie tot ons bewustzijn - de ervaring dat we ervaren.

Ingewikkeld? Nee. We denken dat bewustzijn in de aard affectief (emotioneel) is en tot stand komt in het ervaren van emoties die we genereren terwijl we de wereld om ons heen verkennen. In een gezonde staat fluctueren emoties op een natuurlijke manier en creëren ze een dynamisch evenwicht, wat zorgt voor de achtergrondervaring van 'zelfregulatie'. *What goes up must come down*, en vice versa. Wanneer dit evenwicht verstoord raakt en emoties vastlopen, ontstaat psychisch lijden. Iemand kan blijven hangen in een negatieve emotionele toestand en de voorheen vanzelfsprekende achtergrond van fluctuatie is weg. Deze ervaring kan aanvoelen als een stilstand waarin de toekomst niet meer vanzelfsprekend of zelfs afgesloten lijkt. Met het lijden ontstaat dan vaak een (latente) doodswens.

HET CONTEXTUELE ASPECT VAN PSYCHISCH LIJDEN

Psychisch lijden ontstaat niet 'in het hoofd', maar in relatie tot de omgeving. Dit maakt het lijden complex en gelaagd. Een belangrijke context is de existentiële dimensie. Mensen kunnen psychisch sterk lijden wanneer ze het gevoel hebben dat hun leven geen betekenis of richting heeft. Daarnaast speelt de sociale context een cruciale rol. Relationele moeilijkheden, eenzaamheid, het gevoel van uitsluiting of vernedering kunnen allemaal bijdragen aan psychisch lijden. De culturele context kan eveneens bijdragen aan lijden. Maatschappelijke normen en verwachtingen, zoals de druk om succesvol te zijn, er op een bepaalde manier uit te zien of te presteren, kunnen psychisch lijden verergeren. Ook het lichamelijke aspect mag niet worden onderschat. Lichamelijke klachten en beperkingen kunnen lijden veroorzaken, vooral wanneer iemand zich machteloos voelt in het omgaan met de fysieke toestand. Lichamelijke en psychische gezondheid zijn nauw met elkaar →

verweven. De leefstijl van een persoon speelt daarnaast een grote rol. Factoren zoals een gebrek aan slaap, slechte voeding, gebrek aan beweging, en overmatig gebruik van technologie kunnen de zelfregulatie van iemand ondermijnen en bijdragen aan psychisch en lichamelijk lijden. Ten slotte kunnen trauma's uit het verleden de basis vormen van lijden. Gebeurtenissen zoals misbruik, verlies of andere ingrijpende ervaringen kunnen diepe wonden achterlaten die in latere jaren opnieuw opengaan en intens lijden veroorzaken.

HET RELATIONELE ASPECT VAN LIJDEN

Wat lijden - psychisch dan wel lichamelijk - complex maakt, is dat we ons ertoe gaan verhouden - het is in die zin (zelf)relationeel. Het voelt vaak machtig en dwingend, alsof het lijden 'de baas is' en iets van de persoon wil. Het is niet uitlegbaar en daarmee eenzaam makend. En hoe dieper de negatieve staat, hoe groter de kans dat het externaliseert: negatieve gedachten die eerst herkend werden als van de persoon zelf worden gepercipieerd als negatieve stemmen van iemand anders. Een belangrijk onderdeel van behandeling is daarom dat mensen leren zich anders te verhouden tot hun lijden. Door dit lijden vanuit een ander perspectief te bekijken en zich *empowered* te leren voelen, wordt

het minder machtig en dwingend en krijgt de persoon meer ruimte om het te hanteren.

BEHANDELING VAN LIJDEN: DE KLIK IN DE RELATIEDRIEHOEK

Behandeling van lijden vindt plaats in een dynamische driehoek tussen de hulpverlener, de hulpvrager en de behandeling zelf. Tussen alle drie moet een 'klik' zijn. Een cruciaal aspect van dit proces is de relatie tussen de hulpverlener en de hulpvrager, die gebaseerd is op vertrouwen, erkenning en wederzijds begrip. De hulpverlener neemt een houding van presentie aan, waarin het lijden van de patiënt erkend wordt zonder de directe druk om

'Bekijk het lijden vanuit een ander perspectief'

dit lijden onmiddellijk op te lossen. Deze houding creëert een verbinding waarmee het lijden gedeeld kan worden, waardoor er ruimte ontstaat voor perspectief en nieuwe inzichten. Daarnaast speelt de manier waarop iemand zich tot het lijden verhoudt een belangrijke rol in het behandelproces. Psychisch en lichamelijk lijden kan vaak als overweldigend en dwingend worden ervaren,



Lijden, psychisch of lichamelijk, is in essentie subjectief, niet materieel en niet begrepen. je kunt er dus door verschillende brillen naar kijken. Epistemisch pluralisme is ontstaan voor verschillende manieren van kijken en verschillende manieren van behandelen/begeleiden, zodanig dat er samenwerking ontstaat en patiënten makkelijker kunnen kiezen wat voor hen werkt.

waarbij de persoon zich machteloos voelt. De behandeling richt zich op het ondersteunen van de patiënt om zich anders te verhouden tot het lijden, zodat het minder dominant wordt.

Een andere sleutel tot effectieve behandeling is het stimuleren van motivatie voor verandering. Gegeven het contextuele aspect is lijden vaak een signaal dat er iets in iemands leven of context moet veranderen. Dit proces vraagt om geduld, inzicht en 'gecontroleerd ruzie' maken omdat verandering moeilijk is.

In de driehoek is het essentieel dat de behandeling aansluit bij de overtuigingen en verwachtingen van de hulpvrager. Als een behandeling niet overeenkomt met deze overtuigingen, is de kans op succes kleiner. Daarom is het van groot belang dat de hulpverlener niet alleen vertrouwen heeft in de gekozen behandeling, maar ook openstaat voor afstemming op de unieke behoeften en inzichten van de patiënt.

ZORG ALS ECOSYSTEEM VAN EPISTEMISCH PLURALISME

De toenemende prevalentie van lijden vraagt om een herziening van de organisatie van zorg. Het huidige model, waarin lijden in het kader van psychische of lichamelijke aandoeningen vaak wordt gereduceerd tot een individueel probleem 'in het hoofd' of 'in het lichaam', doet geen recht aan de complexiteit ervan.

Bovendien wordt de zorg vaak geïndividualiseerd aangeboden, terwijl er juist behoefte is aan een breder palet van mogelijkheden. Veel mensen zoeken inmiddels zelf hun weg naar sociale zorg, coaches, herstelacademies, zelfhulpgroepen, informele en complementaire zorg en digitale communities. Vaak met goed resultaat.

In plaats van vast te houden aan één model, zou een ecosysteem van zorg verschillende benaderingen kunnen samenbrengen (epistemisch pluralisme). Dit houdt in dat de GGZ en revalidatiegeneeskunde zich meer consultatief opstelt binnen een breed netwerk van zorgopties, waarin groepsbenaderingen, sociale zorg, ervaringskennis, en complementaire en informele zorg ook een belangrijke rol spelen. Een goed voorbeeld hiervan is welzijn op recept in het sociaal domein, een aanpak die de focus legt op functioneren in de sociale context en niet per se op symptoombestrijding.

HET BELANG VAN WERKEN IN GROEPEN

Groepsbenaderingen, ongeacht de setting (GGZ, revalidatie, sociale zorg, praktijkondersteuning huisarts (poh), herstelacademie, informele zorg, online community) bieden unieke voordelen voor zowel patiënten als zorgverleners. Werken in groepen is vaak krachtiger omdat mensen therapeutische relaties met elkaar aan-

gaan en steun vinden in elkaars ervaringen. In deze setting ontstaan vaak resourcegroepen, waarbij mensen samenkomen om elkaar langdurig te ondersteunen.

HET BELANG VAN ERVARINGSKENNIS EN HERSTELACADEMIES

In dit ecosysteem van zorg is er aandacht voor ervaringskennis. Deze vorm van kennis ziet lijden niet als een puur medisch probleem dat opgelost moet worden, maar eerder als een proces van leren en ontwikkeling. Dit verschuift de focus van behandeling naar een meer educatief model, waarin mensen met elkaar leren om met hun lijden om te gaan en veerkracht op te bouwen. Herstelacademies, in de GGZ maar ook steeds meer in de revalidatiegeneeskunde, spelen hierin een belangrijke rol. Deze academies bieden een veilige omgeving waarin mensen in groepen werken aan hun herstel en tegelijkertijd leren van ervaringsdeskundigen die hetzelfde pad hebben bewandeld.

GGZ EN REVALIDATIEGENEESKUNDE EN ROUTE

De toekomst van de GGZ en de revalidatiegeneeskunde lijkt te liggen in het aanbieden van een breed scala aan behandelingsopties, met een sterke focus op samenwerking tussen verschillende zorgdisciplines vanuit een perspectief van epistemisch pluralisme. In een ecosysteem van zorg krijgen mensen de vrijheid om te

'Een relationeel-contextueel model van lijden en behandelen'

kieszen welke (groeps)behandelvormen het beste bij hen passen, of dat nu sociale interventies, herstelacademies, lichaamsgerichte therapieën of traditionele psychotherapieën zijn. Deze verschuiving vraagt om een meer faciliterende rol van de GGZ en revalidatiegeneeskunde, waarbij zorgverleners mensen helpen om hun weg te vinden in dit brede landschap van zorgopties.

CONCLUSIE

Een relationeel-contextueel model van lijden en behandelen kan de zorg fundamenteel verrijken, met name in de GGZ en de revalidatiegeneeskunde. Dit model erkent dat lijden een wezenlijk onderdeel is van het menselijk bestaan, en vraagt om erkenning en begeleiding, niet om onmiddellijke oplossing. Met een focus op de relatie tussen hulpverlener en hulpvrager, en het meenemen van de bredere context waarin het lijden zich afspeelt, ontstaat er een behandelproces dat beter aansluit bij de realiteit van de patiënt. De organisatie van de zorg kan hierin een sleutelrol spelen, in een ecosysteem van zorgopties waarin zowel formele als informele zorgvormen gelijkwaardig naast elkaar bestaan. ←

Prikbord: maatschappelijke veranderingen

In de VRA-nieuwsbrief is gevraagd naar kansen voor revalidatiegeneeskunde in het licht van alle maatschappelijke veranderingen. Dit is een prikbord met voorbeelden waarin het vak succesvol wordt geprofileerd in een tijdperk vol veranderingen.



Kopzorgen in het verkeer

Jan Willem Gorter, hoogleraar kinderrevalidatiegeneeskunde UMC Utrecht

Fatbikes en e-bikes zien we steeds vaker in het verkeer. Vaak fietsen de (jonge) bestuurders zonder helm. Het gevaar van zware verwondingen, inclusief hersenletsel, is onaanvaardbaar groot. Bij meer dan de helft van de ongelukken met een fatbike is een kind van 10 tot 14 jaar oud betrokken. De maatschappelijke discussie is flink opgelaaid blijkens berichten op sociale media en op lokale en nationale televisie. De meningen zijn verdeeld over het dragen van de fietshelm en andere maatregelen om het risico te verminderen. Juist nu wordt er een appel gedaan op de maatschappelijke betrokkenheid van (kinder)revalidatieartsen ter voorkoming van hersenletsel. We hebben een taak bij het vergroten van maatschappelijk draagvlak voor maatregelen. Want voorkomen is beter dan genezen, daarover zijn de meningen niet verdeeld. Dus draag waar mogelijk ook je steentje bij aan het publieke debat hieromtrent!



Lachgas

Wendy Achterberg, revalidatiearts, voorzitter Bestuur Medische Staf Reade

Een grote maatschappelijke uitdaging de afgelopen jaren was het omgaan met en behandelen van lachgasgerelateerde problematiek. Juist wij als revalidatieartsen zagen de enorme gevolgen hiervan bij vaak jonge mensen. Inmiddels is er een verbod, dat is een mooie stap maar we zijn er nog niet. Hoewel de aantallen patiënten minder worden, blijven de gevolgen schrijnend. Vooral

vanwege de ernstige functioneringsproblemen gerelateerd aan verslavingsproblematiek. In Reade geven we daarom onze behandeling nu in nauwe samenwerking met de verslavingszorg vorm. Geheel passend binnen 'de juiste zorg op juiste plek'. En zo heeft deze vervelende problematiek toch gezorgd voor een heel mooie en veelbelovende samenwerking in onze regio.



Wetenschapslunch voor patiënten en onderzoekers

Nicole Voet, revalidatiearts en onderzoeker Klimmendaal Arnhem en Radboudumc Nijmegen en Vera Verhage, patiëntlid wetenschapscommissie Klimmendaal Arnhem en commissie wetenschap en innovatie VRA

Tijdens de eerste editie van de Wetenschapslunch bij Klimmendaal in januari 2024 vertelden onderzoekers in vijf minuten aan patiënten over hun onderzoek, en dat in begrijpelijke taal. Voor het eerst voelden patiënten zich écht betrokken bij het wetenschappelijke onderzoek. Hun ervaringen en ideeën doen ertoe, patiënten weten als geen ander hoe je onderzoeksresultaten naar de dagelijkse praktijk kunt vertalen.

Het is inspirerend om te zien dat het patiëntenperspectief impact heeft op de verbetering van revalidatiezorg. Want uiteindelijk gaat het om hun leven en wat daarin belangrijk is. Betrek jij patiënten binnen revalidatieonderzoek? Samen kunnen we onderzoek nog relevanter maken voor de praktijk!



Hoe om te gaan met beperkingen

Jos Aarts, wetenschapper Erasmus Universiteit Rotterdam, patiënt

Daar sta je dan, gediagnosticeerd met een progressieve spierziekte, sporadic Inclusion Body Myositis. Ik was genoeg wetenschapper om snel te begrijpen dat er momenteel geen behandeling mogelijk is en dat vertragen van de progressie er ook niet zou inzitten. Wat een transformatie. Geleidelijk besepte ik dat ik met de aandoening zou moeten 'leven', dagelijks weer het beste van ervan maken. Wat ben ik blij dat ik dat kan doen met een multidisciplinair team van neurologie en revalidatiegeneeskunde. Voor mij is het gedeelde elektronisch patiëntdossier een onmisbaar hulpmiddel om dat proces te ondersteunen. Met mijn revalidatiearts zoek ik naar manieren om met mijn beperkingen om te kunnen gaan. Het persoonlijke contact is daarom onmisbaar in digitale tijden. Nog steeds belev ik de ziekte als iets onwonderlijks. Misschien is het nog onvoldoende ingedaald. In mijn rationele perspectief moet ik de beperkingen van de geneeskunde erkennen en proberen te accepteren.

Basalt in Beweging

Desi Stokman-Meiland, revalidatiearts Basalt

Preventie is essentieel voor het verbeteren van de volksgezondheid en het betaalbaar en toegankelijk houden van de gezondheidszorg. De revalidatiegeneeskunde kan (en moet) hieraan bijdragen. Gezond beweeggedrag is onderdeel van preventie en levert patiënten niet alleen algehele gezondheidsvoordelen op, maar helpt bijvoorbeeld ook bij het bereiken van doelen op het gebied van activiteiten en participatie.



Het onderzoeksprogramma Basalt in Beweging heeft als doel het bevorderen van gezond beweeggedrag met de focus op gedragsverandering. Het programma omvat drie promotietrajecten: diagnostiek middels een beweeg- en gedragsprofiel, een gedragsinterventie en een grotere rol van de verpleging. Kijk voor meer informatie op:



INTERVIEW MET MATHIEU MAANDERS, OVER PATIËNTENPARTICIPATIE
EN ZIJN ERVARINGEN MET DE REVALIDATIEGENEESKUNDE

'De revalidatiearts is de enige die zich afvraagt wat goed is voor mij in mijn specifieke situatie'

In het themanummer van het NTR over 'maatschappelijke veranderingen en kansen voor de revalidatiegeneeskunde' mag het patiëntenperspectief op revalidatiegeneeskunde niet ontbreken. Een interview met ervaringsdeskundige Mathieu Maanders die het werk van de revalidatiearts heel goed kan vergelijken met zijn ervaringen met andere specialisten is daarom op z'n plaats.



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

Bij Mathieu Maanders is op zijn 3^e jaar de myopathie van Bethlem vastgesteld. Een langzaam progressieve erfelijke spierziekte, die naast contracturen ook vooral ernstige vermoeidheid veroorzaakt. Hij is afhankelijk van onder andere een elektrische rolstoel. Mathieu bezoekt naast het revalidatieteam ook een aantal andere specialisten zoals de cardioloog en de longarts. Hij kent de medische wereld dus al vanaf zijn jeugd door en door. Bovendien is hij actief in de plaatselijke politiek in Duiven en heeft hij een duidelijke visie op hoe de gezondheidszorg en dan vooral de revalidatiegeneeskunde georganiseerd zou moeten zijn. De ideale kandidaat dus voor een interview in het kader van dit themanummer. Anke Meester sprak met hem.

Kun je iets over jezelf vertellen? Hoe ziet jouw deelname aan het maatschappelijk leven eruit tot nu toe?

'Toen ik 3 jaar was werd bij mij de ziekte van Bethlem gediagnosticeerd. Ik had spierzwakte en was erg snel moe. Aanvankelijk ging ik naar het regulier onderwijs. Wij woonden toen in Breda. Maar op een gegeven moment brak ik mijn arm en toen werden mijn

beperkingen zo ernstig dat regulier onderwijs niet meer haalbaar was en ik de overstap maakte naar de mytylschool Mariëndael in Arnhem. Het hele gezin verhuisde om die reden ook naar Arnhem. Daar heb ik mijn mavo-diploma gehaald. Vervolgens ging ik naar het Titus Brandsma College in Velp en daar haalde ik het meao-diploma. Ik heb lang als accountmanager gewerkt bij diverse bedrijven zoals bij banken, NUON en Menzis. Helaas kon ik dat op den duur niet volhouden vanwege een energietekort. Ik werd volledig afgekeurd door het UWV. Nu ben ik actief in de plaatselijke politiek. Ik ben fractie-assistent van Burger Belangen, een plaatselijke politieke partij, die zich heeft afgesplitst

'Ik werkte als accountmanager, maar kon dat door energietekort niet meer volhouden'

van de PvdA na de fusie met GroenLinks. Verder ben ik actief in allerlei organisaties, zoals de Spierenraad van Klimmendaal, Ambassadeur Uniek Sporten, Algemeen bestuurslid Stichting Gehandicaptenraad Duiven, Voorzitter Stichting Duihvense Sportverkiezing en Voorzitter van de werkgroep Flexvervoer, Inclusie en Toegankelijkheid in het Regionaal Overleg Consumentenorganisaties Openbaar Vervoer Gelderland, die zich onder andere inzet voor toegankelijk OV in Gelderland.

Ik woon samen met mijn vriendin in een eengezinswoning in Duiven.



Voor mijn revalidatie ben ik onder behandeling bij Klimmendaal. Nicole Voet, lid van de gastredactie van dit themanummer is mijn revalidatiearts.'

**Wat zijn jouw ervaringen met de revalidatiegeneeskunde?
En waarin verschillen revalidatieartsen van andere medisch specialisten?**

'De revalidatiegeneeskunde is het enige medisch specialisme dat echt dicht in je leven komt. Geen enkele andere arts werkt zo. Revalidatieartsen gaan uit van wat goed is voor jou. Alle andere artsen werken volgens de bestaande protocollen en zijn niet in staat om die om te vormen naar jouw specifieke situatie. Ik maakte het mee bij de cardioloog. Op basis van zijn onderzoek van mijn hart adviseerde hij pillen plus een beweegadvies. Dat was in mijn situatie (elektrische rolstoel) niet realistisch maar het kwam niet bij hem op om zich erin te verdiepen hoe dat voor mij dan georganiseerd zou kunnen worden. Het bleef dus bij dit advies en hij stuurde me weg met een recept en een verwijzing fysiotherapie. Bij de longarts heb ik vergelijkbare ervaringen. De revalidatiearts is de enige die zich afvraagt wat goed is voor mij in mijn specifieke situatie en wat mijn wensen zijn. De revalidatiegeneeskunde is het enige specialisme dat patiëntenparticipatie serieus neemt. Wat me ook altijd opvalt is dat de toegankelijkheid van je eigen gegevens in ziekenhuizen minimaal is. Als je echt wat wilt weten moet je dat via de huisarts regelen, heel omslachtig. Maar als ik inlog op 'Mijn Klimmendaal' zie ik echt alles wat ik weten wil. Een groot verschil. Misschien een detail, maar wel veelzeggend vind ik, is bijvoorbeeld de plaatsing van het computerscherm in de meeste polikamers in het ziekenhuis: altijd zo neergezet dat de patiënt het niet kan zien. Zo niet bij de revalidatie:

altijd zo dat je zelf ook mee kunt kijken. Het is maar een klein voorbeeld, maar wel veelzeggend vind ik.'

Hoe heeft de revalidatie jou geholpen in je dagelijks functioneren?

'Voor mij is de revalidatie vooral belangrijk geweest in het vinden van de juiste energiebalans. Ik ben dan weliswaar afgekeurd voor betaald werk, maar ik ben nog heel actief in tal van organisaties. Maar als ik een dag teveel doe ben ik vervolgens twee dagen uitgeteld, terwijl ik graag heel veel doe. Het revalidatieteam heeft me geholpen daarin de juiste strategie te vinden. Door middel van de juiste hulpmiddelen, zodat ik mijn activiteiten met zo min mogelijk inspanning kan uitvoeren, kan ik meer aan en kan ik mijn dagen beter organiseren.'

Wat zou er beter kunnen in de revalidatie? Heb je tips voor de medewerkers in de revalidatie?

'Voor mij niets. Ik vind dat de revalidatie precies doet wat het moet doen. De kernwaarde van de revalidatie is het uitgaan van wat de patiënt/revalidant/cliënt of hoe je het ook noemen wilt nodig heeft en vervolgens daar een plan van aanpak voor maken, rekening houdend met de bevorderende en belemmerende

'Revalidatiegeneeskunde is het enige medisch specialisme dat echt dicht in je leven komt'

factoren. Nou, hoe mooi wil je het hebben. Revalidatie is de kortste weg naar herstel. En dan bedoel ik met herstel natuurlijk niet volledige genezing, maar gewoon een optimaal niveau van functioneren dat past bij de patiënt. Dat er soms iets moet veranderen in de aanpak van de revalidatie is niet omdat de revalidatie iets niet goed doet, maar omdat de veranderende maatschappij daarom vraagt en vervolgens speelt de revalidatie daar dan op in zonder de aanpak wezenlijk te hoeven veranderen.'

Welke aanpassingen denk je dat nodig zijn om de revalidatiegeneeskunde te verbeteren voor nieuwe patiëntgroepen?

'Geen dus, zie ook de vorige vraag. Spreken over verbeteringen en aanpassingen suggereert dat er 'iets mis is'. In mijn ogen is dat niet zo. De revalidatie hoeft volgens mij niet te veranderen voor nieuwe patiëntengroepen, want de revalidatie is qua aanpak al maatwerk en geen confectie en dat houdt dus in dat als de hulpvragen veranderen, gedreven door maatschappelijke tenden- →

sen, de revalidatie mee verandert. Als er bijvoorbeeld meer ouderen een beroep gaan doen op de mogelijkheden van de revalidatiegeneeskunde zal de revalidatie voor hen waarschijnlijk dichter bij huis gaan plaatsvinden en zo past men zich aan.'

Vind je dat de locatie van de revalidatiecentra je herstelproces beïnvloedt? Hoe belangrijk is het voor jou dat de behandelingen dichtbij huis plaatsvinden?

'Ja, dat is zeker belangrijk. Voor mij zelfs essentieel. Mijn grootste probleem is mijn energietekort. Dat is ook mijn belangrijkste hulpvraag. Ik wil door middel van slimme hulpmiddelen en strategieën qua dagindeling enzovoort zo efficiënt mogelijk omgaan met mijn energietekort, zodat ik nog voldoende energie over heb om maatschappelijk mee te draaien. Dus als ik ver zou moeten reizen ben ik al uitgeteld voor ik ook maar iets gedaan heb wat ik graag zou willen doen. Dus ja, heel belangrijk dus.'

'Ik sta ook kritisch tegenover initiatieven om revalidatie te concentreren in expertisecentra. Daarmee creëer je je eigen ongemak. Wat mij betreft is dat alleen zinvol als het geld oplevert en goed is voor de patiënt. Het kost de patiënt namelijk onevenredig veel energie en moeite om iedere keer de reis te ondernemen naar dergelijke centra en het is de vraag of dat in voldoende mate iets toevoegt aan het herstel van de patiënt vind ik. Ik weet zeker dat mijn ouders vroeger echt niet een of twee keer per jaar afgereisd zouden zijn naar een of ander Academisch Centrum voor mijn controles. Veel te veel gedoe. Expertise concentreren prima, maar dan als vraagbaak en consultfunctie voor de behandelend revalidatiearts in de periferie.'

In hoeverre denk je dat technologie kan bijdragen aan het zelfstandig revalideren of het monitoren van vooruitgang?

'Er zijn in toenemende mate allerlei hulpmiddelen die het mogelijk maken om thuis in eigen beheer je niveau van functioneren te monitoren en zo nodig te verbeteren. Dat vind ik een enorme winst. Ik zie ook wel risico's als het gaat om diagnostiek en interpretatie van gegevens. Maar toepassing op allerlei publieke domeinen kan zeker ook een groot voordeel bieden en dan denk ik aan toegankelijkheid van het OV, het regelen van hulp op stations enzovoort. Daar is zeker nog een grote slag te slaan.'

Hoe belangrijk is sociale cohesie en persoonlijke ontplooiing voor je herstel en maatschappelijke functioneren?

'Essentieel natuurlijk, maar geldt dat niet voor ieder mens? Iedereen wil zich toch zo kunnen ontplooiën dat je je potentie kunt benutten? Ik merkte het in de coronaperiode, hoe moeilijk



Mathieu Maanders als co-host op DCRM 2023.

het was om dan nog een beetje contact te kunnen hebben. Maar dat gold toen voor de maatschappij als geheel. Contact tussen mensen, fysiek contact, is een basisbehoefte. Helaas ontstaat er bij mensen met een beperking vaak ruis in het contact door het fysieke beeld, dat de perceptie van mensen bepaalt. Als je rechtop staat wanneer je een lezing houdt word je voor vol aangezien. Als je opkomt achter een rollator zakt je IQ meteen 10 punten, als

'Expertise concentreren met vraagbaak- en consultfunctie voor de behandelend revalidatiearts in de periferie'

je in een rolstoel zit gaan er nog eens 10 punten vanaf, en als je in een elektrische rolstoel zit moet je al heel erg je best doen om nog een beetje serieus te worden genomen, terwijl je boodschap hetzelfde is. Heel frustrerend vind ik dat.'

Denk je dat revalidatiegeneeskunde voldoende bijdraagt aan deze aspecten?

'Zeker. Door mij inzicht te geven in mijn kunnen, mij te begeleiden om het meeste uit mijn dag te halen en te ondersteunen in zorg wanneer dit noodzakelijk is word ik gestimuleerd om mijn plek in de maatschappij in te nemen en optimaal te functioneren.' ←

Een bijsluiter van de (revalidatie-) geneeskunde, op weg naar een rijkere geneeskunde

Een holistische benadering in de geneeskunde is essentieel, waarbij niet alleen ziekte als *disease* centraal staat, maar ook het persoonlijke aspect, ziekte als *illness*. Een ervaringsverhaal over leven met een spierziekte toont hoe waardevol het is om naast de patiënt te staan in plaats van alleen tegen de ziekte te vechten. Een bredere maatschappelijke kijk op ziekte, ziekte als *sickness*, kan leiden tot een rijkere, mensgerichte geneeskunde.



I. (INGRID) DE GROOT

Voorzitter diagnosewerkgroep myositis, Spierziekten
Nederland

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

Revalidatiearts en senior onderzoeker Klimmendaal, Arnhem;
afdeling Revalidatie Radboudumc, Nijmegen

PROF. DR. B.G.M. (BAZIEL) VAN ENGELEN

Hoogleraar spierziekten Radboudumc, Nijmegen



CORRESPONDENTIE

n.voet@klimmendaal.nl

DE PRAKTIJK VAN GEZONDHEIDSZORG IS COMPLEX EN AMBIGUE

Enerzijds spelen in de zorg wetenschappelijke inzichten en technologie een cruciale rol: doorgronden wat er met een patiënt aan de hand is, wat eraan vooraf is gegaan, een inschatting kunnen maken hoe het verder gaat, kunnen beoordelen of er iets gedaan kan worden en zo ja, dit kundig uit kunnen voeren (biomedisch perspectief, ziekte als *disease*).

Anderzijds is er de existentiële dimensie van de ziektebeleving (ziekte als *illness*). Ziekte kan betekenen dat iemand niet in staat is om zijn of haar leven te blijven leiden zoals hij of zij dat gewend was en dat bij voorkeur zou willen blijven doen. Het kan lijden, pijn, verdriet, ongemak, angst of onzekerheid met zich meebrengen.

gen. De ziekte, vooral de chronische ziekte, herinnert aan de kwetsbaarheid en de eindigheid van het menselijk leven.

'TYRANNY OF THE IDEA OF CURE'

Hoewel de existentiële dimensie door niemand zal worden ontkend, lijkt een algemene tendens in onze maatschappij te zijn dat de wetenschappelijke en technologische dimensie van zorgverlening in de afgelopen decennia steeds prominenter is geworden, en dat dat ten koste is gegaan van aandacht voor de existentiële dimensie. Dit eenzijdig (*disease*) perspectief heeft dus een prijs:

'Het streven naar een leven zonder ziekte kan het omgaan met lijden en ziekte bemoeilijken'

De *Tyranny of the idea of cure*, de exclusieve aandacht voor de *cure*, het streven naar de 'totale genezing', het streven naar een leven zonder ziekte, kan het omgaan met lijden en ziekte (vooral chronische ziekte) bemoeilijken. De exclusieve aandacht verlamt andere mogelijkheden van behandelen.

LIJDEN AAN DE GENEESKUNDE DOOR EXCLUSIEF DISEASE PERSPECTIEF

Er is lijden in de geneeskunde, maar ook een lijden *aan* de geneeskunde: we leven in een maatschappij waarin de geneeskundige beelden en voorspellingen over chronische ziekten (*sickness* perspectief) de patiënt niet helpen om een goed leven te hebben mét de ziekte. Vandaar dat we pleiten voor een 'Bijsluiter van de geneeskunde' met onder het kopje 'Bijwerkingen' het →



volgende: 'Een exclusief disease-perspectief op uw ziekte komt met een prijs: Het kan u hinderen in een heilzame omgang met uw chronische ziekte, het kan een goed leven met de chronische ziekte in de weg zitten. Vraag uw arts om u en uw gezin te helpen om een optimaal leven te hebben.' Soms moeten we de ziekte als *disease* tussen haakjes zetten, en de patiënt helpen weer deel te nemen aan het leven. Meer naast de patiënt dan tegen de ziekte. Hippocrates zei het al zo mooi: 'Het is belangrijker te weten welke mens de ziekte heeft, dan welke ziekte de mens heeft'.

REVALIDATIEGENEESKUNDE ALS VOORLOPER

De revalidatiegeneeskunde kan een sleutelrol spelen, want het is een scharniervak waar *disease*, *illness* en *sickness* samenkomen. Het ICF-model komt niet voor niets uit de revalidatie. Revalidatiegeneeskunde lijkt bij uitstek geschikt om een bijdrage te leveren aan de bijsluiting van de geneeskunde. Want juist de revalidatiegeneeskunde wordt geconfronteerd met de waarde en de beperkingen van het biomedisch perspectief. Wat dat betreft lijkt de revalidatiegeneeskunde op de palliatieve zorg, maar dan niet alleen voor mensen met een beperkte levensduur. De revalidatiegeneeskunde als voorloper in geneeskunde, hopelijk houdt het zelfbewustzijn en de eigenwaarde van de revalidatiegeneeskunde hiermee gelijke tred.

ERVARINGSVERHAAL: MEER NAAST DE MENS DAN TEGEN DE ZIEKTE

Meer naast de patiënt, dan (uitsluitend strijd) tegen de ziekte, zo zou je het voorgaande kunnen samenvatten. In deze bijdrage willen we niet alleen schrijven over de patiënt en het belang van het *illness* perspectief, we willen het *illness* perspectief illustreren door de patiënt zelf aan het woord te laten.

De casus onderstreept de wens tot 'Meer naast de dokter, dan (uitsluitend strijd) tegen de ziekte'. In feite dus: 'meer naast de patiënt dan tegen de ziekte'.

CASUS

MIJN ERVARING ALS MAATSCHAPPELIJK WERKER

Meer dan 20 jaar werkte ik als maatschappelijk werker in de jeugdhulpverlening, waarvan de laatste 15 jaar bij de Jeugdbescherming. Mijn belangrijkste les was dat succes vaak afhing van mijn vermogen om naast mijn cliënten te staan, in plaats van tegenover hen, wat vaak de verwachte houding was. Door niet enkel problemen zoals pedagogische onmacht te benaderen met standaardinterventies, maar door echt te luisteren naar wat cliënten waardeerden of als moeilijk ervoeren, groeide de relatie en daarmee de kans op 'herstel' en acceptatie. Het is een waardevolle ervaring waaraan ik nog vaak terugdenk, maar nu vanuit een andere positie.

MIJN DIAGNOSE SPIERZIEKTE

Zo'n 17 jaar geleden kreeg ik de diagnose van een spierziekte. Hoewel ik me niet ziek voelde, had ik symptomen als spierzwakte, vermoeidheid en pijn. Dergelijke klachten worden vaak afgedaan als overbelasting of psychosomatisch, zowel door artsen, patiënten zelf, als door de omgeving. Toen ik de trap niet meer op kon, werden mijn klachten opeens symptomen. Na de nodige onderzoeken kreeg ik de diagnose van de arts: een spierziekte. Of, zoals je kunt zeggen: 'de ziekte is van de patiënt, maar je krijgt 'm van de arts'. Vanaf dat moment lag de focus in gesprekken met mijn dokter vooral op erkende medische klachten en de behandelingen ervoor, zaken waarmee een arts uit de voeten kan. Als patiënt ga je daarin mee. Andere aspecten van mijn ervaring moesten mijn naasten en ik zelf aanpakken.

IEMAND MET EEN SPIERZIEKTE

En zo was ik opeens 'iemand met een spierziekte' en ik merkte dat de buitenwereld dat mede door mijn rolstoel of krukken als mijn voornaamste 'zijns' vorm gingen beschouwen. Wat ik me al snel realiseerde is dat ik dan misschien wel een spierziekte had (gekregen), maar dat ik meer ben dan dat. Ik ben nog steeds de vrouw, dochter, zus, vriendin van enzovoort, maar voor de buitenwereld ben je vanaf dat moment vooral 'die persoon met de spierziekte'. En gaat de aandacht vooral uit naar de *medische* behandeling. Die dan neerkomt op symptoombestrijding, want genezen kan men de ziekte nog niet. En ik snap die vragen. Had je mij voor mijn diagnose

gevraagd: 'wat als je een spierziekte zou hebben?', zou ik iets gezegd hebben als vreselijk, want dan kan ik niet meer sporten, moet ik in een rolstoel en dergelijke. Het beeld van de maatschappij blijkt alleen niet te kloppen met mijn beleving.

OVER ROLSTOEL EN ROLVERWISSELINGEN

Want als je mij nu zou vragen wat voor mij het moeilijkste of meest ingrijpend is aan die spierziekte, dan is dat niet die rolstoel of het niet kunnen sporten. Dan vertel ik hoe frustrerend het is om nachtbeademing te hebben. Weg romantiek! Daarvoor in de plaats moet ik elke avond - vóór ik om mijn hoofd een strakke, elastieken band doe, mijn masker over mijn neus en mond doe en de slang aansluit - bedenken dat ik mijn man een knuffel en kus geef en hem zeg wat ik wilde zeggen. Want als ik eenmaal veel vroeger dan hij uitgeteld in bed lig, is het een heel gedoe om alles weer af te koppelen.

'Nooit meer hand in hand kunnen lopen met mijn man maakt me verdrietig'

Of ik vertel hoe verdrietig ik me kan voelen om het feit dat ik nooit meer hand in hand met mijn man kan lopen. Want mijn beide handen heb ik nodig om mijn krukken, loopfiets of rolstoel vast te houden. En hoe daardoor worstelingen ontstaan met het wisselen van rollen: het ene moment is mijn man mijn grote liefde, later op de dag opeens weer mantelzorger.

REBELLIE: HET LEVEN IS MEER EN STERKER DAN DE ZIEKTE

Maar tegelijkertijd ervaar ik mijn leven als een rijk, fijn en waardevol leven. Want, zo heb ik geleerd door mijn nachtbeademing een nachtje thuis te laten als we een romantisch weekendje weggaan, voelt het samenzijn dat weekend extra intens en extra fijn. En met mijn huidige rolstoel is het voor mijn man heel gemakkelijk om zijn hand op mijn schouder te leggen en zo mee te duwen, fysiek contact te hebben, samen vooruit in dezelfde richting. In plaats van betaald werk kwam vrijwilligerswerk waar ik veel voldoening uit haal. Let wel: Dit zijn allemaal *geen bijzaken*, maar voor mij

de hoofdzaken: waardevolle dingen die mijn leven en daarmee dat van mijn dierbaren zin en kleur geven.

DISEASE-ILLNESS-SICKNESS OP WEG NAAR EEN RIJKERE GENEESKUNDE

Ik ben de geneeskunde dankbaar voor wat zij mij brengt: medicatie ter symptoombestrijding of verlichting, hulpmiddelen die het leven makkelijker maken, leefstijladviezen, en ook steun en aanmoediging. Echter, nagenoeg al het onderzoek richt zich op de zoektocht naar de oorzaak en mogelijke oplossingen of genezing van spierziekten (*disease* perspectief). Maar... er zijn meer dan 600 spierziekten, waarvan voor het overgrote deel op dit moment geen genezing bestaat en soms niet eens symptoombestrijding. Ontwikkeling van medicijnen kost tientallen jaren en dat betekent dat veel mensen ondertussen nog jarenlang dagelijks opstaan én naar bed gaan met de gevolgen ervan. Het zou mij helpen als we spierziekten (en chronische ziekten in het algemeen) niet enkel beschouwen als probleem of een imperfectie die teniet gedaan moet worden (*sickness* perspectief). Want het leven is nu eenmaal niet maakbaar. Het zou in mijn ogen de geneeskunde verrijken als we in die geneeskunde én in de maatschappij ziekten in het algemeen zouden beschouwen als *facts of life*. Dat we, zoals ik mijn verhaal begon over mijn werk als maatschappelijk werker de persoon tegenover ons, of dat nu een cliënt of patiënt is, niet zien als een belichaming van een 'probleem'. Een moeilijkheid waarvoor de arts in zijn gereedschapskist vol kennis en kunde vooral gespitt is op een oplossing die dat probleem zo goed mogelijk fikst (*disease* perspectief). Maar dat we die mens zien als mens die zoveel meer is dan die ziekte. Dat wij samen kijken wanneer en in welke mate die mens (vanuit *illness* perspectief) behoefte heeft aan wat er in de gereedschapskist van de arts zit óf wanneer die koffer juist even gesloten kan blijven om te praten over wat er in het leven van hem of haar op dat moment écht toe doet.

Ziet u het ook voor zich? Een verandering in traditionele rollen en visies, waarbij niet langer een arts en een patiënt tegenover elkaar zitten. Maar waar twee mensen de tijd en ruimte nemen en krijgen om met elkaar in gesprek gaan over de *facts of life* en hoe daarmee om te gaan? Samen op zoek naar een rijkere geneeskunde... ←

EEN PILOT MET REVALIDATIEBEHANDELING OP EEN VERPLEEGKUNDIG KINDERDAGVERBLIJF

Zorg voor de toekomst

De zorg voor het jonge kind met ontwikkelingsproblemen is gefragmenteerd, waardoor het voor gezinnen moeilijk is een passend zorgaanbod te vinden. Om deze reden zijn wij gestart met een geïntegreerd aanbod van medisch specialistische revalidatie, intensieve kindzorg en jeugdhulp.



DRS. L.E. (LAURA) HAFFMANS

Revalidatiearts Rijndam Revalidatie, Rotterdam



CORRESPONDENTIE

LHaffmans@rijndam.nl

Het integraal Zorg Akkoord (IZA) roept op tot waardegedreven, passende zorg en samenwerking in de regio. Echter, in de dagelijkse praktijk ervaren gezinnen met jonge kinderen met ontwikkelingsproblemen dat het ontbreekt aan passende zorg op één plek. Er is sprake van fragmentatie van het zorgaanbod, beperkingen in financiering, wachtlijsten en/of afstand tot de zorg. Het aanbod vanuit revalidatie, intensieve kindzorg en jeugdhulp overlapt of sluit juist niet op elkaar aan. In de regio Rijnmond hebben Rijndam (MSR, medisch specialistische revalidatie) en twee organisaties die actief zijn binnen het sociale domein, te weten: 1) Middin (dagprogramma jonge kind, jeugdhulp) en 2) Enver (intensieve kindzorg en jeugdhulp) kansen gezien om bovenstaande problemen aan te pakken. In twee pilots wordt, middels een intensieve samenwerking, een geïntegreerd zorgaanbod gecreëerd voor deze jonge doelgroep.

In dit artikel informeren we u over de pilot van Rijndam en Enver, gebaseerd op de eerste evaluatie.

MOTIVATIE

Aanleiding voor deze pilot was de observatie dat circa 50% van de kinderen met een indicatie voor intensieve kindzorg bij Enver ook bekend was binnen de revalidatie. En dat bij de meerderheid

van deze kinderen - naast intensieve kindzorg - ook een indicatie was voor behandeling binnen de MSR. Door de redenen genoemd in de inleiding kon voor een groot deel van deze doelgroep de revalidatiebehandeling niet optimaal worden ingevuld. Daarnaast was er vanuit Enver de wens om - naast de primaire taak van opvang - ook meer ontwikkelingsgericht te gaan werken. Dit was de aanleiding om op locatie bij Enver te starten met een behandelteam van Rijndam, met als doel het aanbieden van geïntegreerde zorg.

MEERWAARDE

Vanaf het begin zagen beide partijen de meerwaarde van deze pilot voor de kinderen, wat zorgde voor veel enthousiasme, betrokkenheid en flexibiliteit van alle betrokken medewerkers. Uit een ouder-enquête kwam duidelijk naar voren dat ouders deze inzet hoog waarden. Zes van de elf ouders die deelnemen aan de pilot hebben de enquête ingevuld en op de vraag hoe tevreden zij waren met de inzet van Rijndam bij Enver, gaven vier van de zes ouders een 10! Ouders gaven vooral aan: 1) dat de meerwaarde zit in het feit dat vrije dagen nu echt vrij zijn, omdat er geen extra therapie-afspraken meer zijn op vrije dagen, 2) dat kinderen op meerdere momenten gezien kunnen worden door de behandelaren van het revalidatieteam en 3) dat de behandeling op één locatie plaatsvindt.

Ook uit een enquête onder medewerkers van beide partijen, die door 12 personen is ingevuld, bleek de meerwaarde. Medewerkers benoemden als belangrijke voordelen: 1) het feit dat adviezen direct toepasbaar zijn, 2) de integratie van adviezen in het dagelijks leven en 3) de inzet van hulpmiddelen.

DRIE UITDAGINGEN

Naast de eerste positieve ervaringen is het belangrijk om de zorg goed te organiseren en de bedrijfsvoering op orde te houden. Op organisatorisch gebied zijn er de nodige uitdagingen geweest.



‘Dat therapie tijdens de opvangtijden gegeven kan worden is enorm fijn. De vrije dagen zijn dan ook echt vrije dagen om te genieten en spelen met mijn kind, en niet nog naar een therapie-afspraak te moeten.’

(Ouder)

‘Heel fijn om de kennis vanuit het Rijndam te kunnen gebruiken op de Groene Burcht. De medewerkers hebben veel expertise en kennis in huis die met de medewerkers van de Groene Burcht gedeeld kan worden. En vice versa.’

(Medewerker)

Naast de reguliere opstartproblemen, zoals het vrijmaken van personeel en het inhoudelijk afstemmen van de zorg, willen we drie geleerde lessen delen.

Ten eerste de betrokkenheid van ouders. Omdat het project is ontstaan vanuit de wensen van Enver en Rijndam, was ouderbetrokkenheid in het begin beperkt. We moesten eerst onderling afstemmen voordat er ruimte ontstond om ouders actief te betrekken. Nu we de eerste enquête onder ouders hebben uitgezet en de vraag hebben gesteld wie mee wil denken blijken vier ouders gemotiveerd verder mee te denken. Zij krijgen nu een structurelere stem in de pilot.

Reflecterend hierop was het beter geweest om ouders vanaf het begin een actieve rol te geven bij de ontwikkeling. Dat had

de mogelijkheid geboden de zorg nog beter af te stemmen op hun behoeften.

De tweede uitdaging was de samenwerking met de eerstelijnszorg. Diverse therapeuten in de eerste lijn behandelen de kinderen die bij Enver komen, vaak zowel thuis als op de groep. We merkten dat de reacties van deze therapeuten sterk uiteenliepen: van therapeuten die actief contact zochten tot therapeuten die samenwerking wilden, maar dit in de praktijk lastig vonden vanwege zorgen over concurrentie. Dit vraagt geduld en inspanning om in gesprek te blijven over de samenwerking en te bekijken waar de mogelijkheden en grenzen zijn ten aanzien van deze samenwerking.

Ten slotte was er de drukte op de groep. Voor de kinderen en de groepsleiding was het wennen aan de extra therapieën in het dagprogramma, wat soms onrust veroorzaakte. Omdat de meeste kinderen vanwege noodzakelijk verpleegkundig toezicht niet buiten de groep behandeld kunnen worden, vraagt dit van iedereen afstemming, flexibiliteit en creativiteit om de juiste momenten voor behandeling te vinden.

BEDRIJFSVOERING

Naast de inhoudelijke zaken is de financiële kant van belang. Omdat de MSR vergoed wordt vanuit de zorgverzekering en de bekostiging voor Enver vanuit de jeugdwet komt of een andere vorm van vergoeding kent, kunnen deze zorgvormen gelijktijdig worden geleverd. De personele kosten kunnen worden gedekt zodra er voldoende volume is. Met name structurele inzet van de revalidatiearts vormt hierin een uitdaging. We zoeken nu naar mogelijkheden om de aanwezigheid van de revalidatiearts zo effectief mogelijk te benutten, bijvoorbeeld door andere kinderen in revalidatiebehandeling die in de buurt wonen voor poliklinische controle uit te nodigen op deze locatie.

TOEKOMST

Concluderend kunnen we stellen dat deze vorm van samenwerking een grote meerwaarde heeft voor de jonge kinderen die bij Enver komen. Door onze aanwezigheid op locatie merken we dat andere ouders en medewerkers van Enver kansen zien voor behandeling en ontwikkelingsstimulering bij kinderen die nu niet aan de pilot deelnemen. Daarom hopen we in de nabije toekomst onze aanwezigheid verder uit te breiden. Daarnaast onderzoeken we mogelijkheden om samen met Enver en andere partijen elders in de regio ook een dergelijk geïntegreerd zorgaanbod te creëren. De lessen uit deze pilot zullen daarbij zeker van pas komen. ←

Inzicht in eigen regie van de patiënt

Vergroten van eigen regie staat vaak centraal tijdens het revalidatietraject. Het begrip eigen regie is echter complex en veelomvattend. Wat is eigen regie precies? Het is belangrijk om eigen regie te specificeren, zodat we meer inzicht krijgen in de mate van eigen regie van iedere patiënt en beter weten hoe we dit in de revalidatiezorg kunnen verbeteren.

**DRS. B.M.P. (BIANCA) MOURITS**

Onderzoeker, Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht, samenwerking tussen UMC Utrecht en De Hoogstraat Revalidatie

DR. E.W.M. (ELINE) SCHOLTEN

Onderzoeker, Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht, samenwerking tussen UMC Utrecht en De Hoogstraat Revalidatie

DR. J.A. (JORIS) DE GRAAF

Revalidatiearts, afdeling Revalidatie, Fysiotherapiewetenschap & Sport, UMC Utrecht

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

Hoogleraar dwarslaesierevalidatie UMC Groningen, onderzoeker Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht, samenwerking tussen UMC Utrecht en De Hoogstraat Revalidatie

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

Hoogleraar revalidatiegeneeskunde UMC Utrecht en hoofd Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht, samenwerking tussen UMC Utrecht en De Hoogstraat Revalidatie

**CORRESPONDENTIE**

b.mourits@dehoogstraat.nl

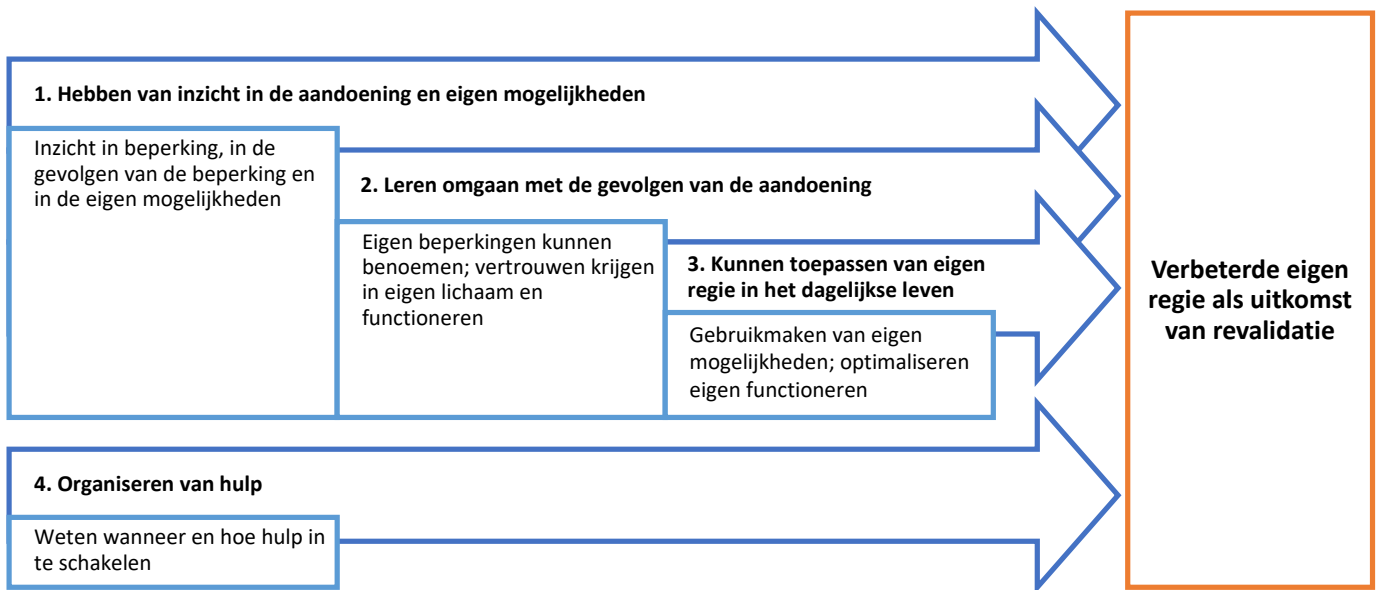
BIJDRAGE REVALIDATIE AAN EIGEN REGIE VAN DE PATIËNT

Eigen regie wordt gezien als het hebben van regie over alle domeinen van het eigen leven en alles wat naar eigen inzicht nodig is om een goed leven te leiden.¹ Het kunnen voeren van eigen regie is cruciaal voor een duurzame vergroting van kwaliteit van leven van patiënten.¹ Het optimaliseren van eigen regie is dan

ook een belangrijk doel van de revalidatie zoals beschreven in de *position paper* van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen in 2015.²

Hoe verhoudt eigen regie zich met het in 2022 verschenen 'Kader Passende Zorg' van Zorginstituut Nederland? Passende zorg gaat niet alleen over ziekte maar ook over gezondheid en zelfredzaamheid. Passende zorg draagt bij aan de eigen regie die patiënten ervaren. Er wordt een duidelijke vraag gesteld aan zorgprofessionals om de samenwerking te versterken tussen het sociale en medische domein en om de zorg meer persoonsgericht te maken. Ziekenhuizen moeten zich ontwikkelen tot gezondheidshuizen, waarbij de focus ligt op de persoon en zijn waarden. Juist de revalidatiezorg kan helpen om de omslag van ziekte naar functioneren te gaan maken. Revalidatiezorgverleners helpen mensen zich aan te passen aan de aandoening en geven hen het vertrouwen om hun leven weer zelfstandig op te pakken.³ Inzicht in eigen mogelijkheden en beperkingen is essentieel om zelf de regie te kunnen nemen. Als zorgverleners in de revalidatie vragen we van patiënten een actieve rol in het managen van, en aanpassen aan de nieuwe situatie. De revalidatie ondersteunt dit adaptieve proces door haar holistische aanpak, het faciliteren van door de patiënt opgestelde doelen en door de patiënt te helpen bij het bereiken van specifieke behoeften.³ Er wordt dus al veel ondernomen om de eigen regie van patiënten te vergroten, zodat zij uiteindelijk weer het gevoel krijgen zelf controle te hebben op hun leven, zowel tijdens als na het revalidatietraject.

Inzicht krijgen in de mate van eigen regie van de patiënt en het meetbaar maken van de verbeteringen op dit domein kunnen helpen om de zorg beter te laten aansluiten op wat de patiënt nodig heeft om weer eigen regie te kunnen pakken op het leven met een beperking. Eigen regie is echter een lastig te meten concept vanwege de verschillende definities en interpretaties, afhankelijk van de setting.



Figuur 1. Elementen van eigen regie zoals beschreven door voormalig patiënten en revalidatieartsen.

HET METEN VAN EIGEN REGIE BIJ PATIËNTEN

In het MUREVAN-project onderzoeken we op welke manier de belangrijkste uitkomstmaten van de revalidatie gemeten kunnen worden vanuit het perspectief van de patiënt.⁴ Als onderdeel van dit project onderzochten we wat patiënten leren op het gebied van eigen regie gedurende het revalidatietraject. In focusgroepen met voormalig patiënten kwamen drie belangrijke elementen van eigen regie naar voren (zie figuur 1): 1) het hebben van inzicht in

'De SeRA geeft zorgverleners inzicht in de mate van eigen regie van een patiënt'

de aandoening en in de eigen mogelijkheden; 2) het leren omgaan met de gevolgen van de aandoening en 3) het kunnen toepassen van eigen regie in het dagelijkse leven.⁵ In een Delphi-studie voegden revalidatieartsen er nog een vierde element aan toe, namelijk de organisatie van hulp.

Op basis van deze elementen is er een patiënt-gerapporteerde vragenlijst ontwikkeld, de *Self-Regulation Assessment* (SeRA), bestaande uit 22 stellingen waarop de patiënt kan antwoorden op een vijfpuntsschaal van 'totaal eens' naar 'totaal oneens'.⁶ Voorbeelden van de stellingen zijn: 'Ik begrijp de lichamelijke gevolgen van mijn aandoening' (Inzicht in eigen aandoening), 'Ik ben mij bewust van wat ik kan' (Omgaan met de gevolgen),

'Ik doe wat ik belangrijk vind' (Toepassen van eigen regie) en 'Ik weet bij wie ik hulp kan vinden' (Organisatie van hulp). Met de SeRA kunnen zorgverleners inzicht krijgen en bewust worden van de mate van eigen regie van een patiënt tijdens zijn of haar revalidatietraject. De SeRA kan een hulpmiddel vormen om in gesprek te gaan met de patiënt over eigen regie: wat is er nog nodig op dit gebied om zelf weer aan het werk te kunnen, het huishouden te kunnen doen of om praatje te kunnen maken met de burens?

CONCLUSIE

Eigen regie is belangrijk om het leven te leiden zoals je dat zelf wilt. Eigen regie voeren wordt vaak bemoeilijkt door een aandoening. Zorgverleners in de revalidatie hebben een belangrijke rol in het optimaliseren van eigen regie van patiënten: het verkrijgen van inzicht in de aandoening en eigen mogelijkheden, en in het leren omgaan met de gevolgen van de aandoening door te kijken naar de context van de revalidant (persoonlijke en omgevingsfactoren). Met de SeRA, een patiënt gerapporteerde vragenlijst, kan de mate van eigen regie gemeten worden vanuit het perspectief van de patiënt, wat inzicht biedt aan de betrokken zorgverleners en de patiënt zelf in wat nodig is om eigen regie over het leven met een beperking te vergroten. ←



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

De rol van academische werkplaatsen in de (revalidatie)hulpmiddelenzorg

Maatschappelijke veranderingen vormen een voortdurende uitdaging voor de gezondheidszorg, zo ook voor de revalidatiegeneeskunde. Innovaties in medische technologie zorgen voor nieuwe behandelmogelijkheden, maar kunnen ook de zorgkosten verhogen en vereisen specialistische kennis en training. Dit, in combinatie met budgettaire beperkingen, zorgt voor spanningen in de financiering en organisatie van zorg. Daarnaast vragen vergrijzing en complexere zorgbehoeften om intensievere multidisciplinaire samenwerking. Kernvraag: hoe waarborgen we de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de (revalidatie)zorg in deze veranderende tijden?



V. (VERENA) SCHUURMANS

Projectcoördinator ProtheseAcademie, afdeling
Revalidatiegeneeskunde, UMC Groningen

R.F. (ROOSMARIJN) GEERLINGS

Projectcoördinator Academische werkplaats HOMELAND,
Fontys Hogescholen, Eindhoven



CORRESPONDENTIE

prothese-academie@rev.umcg.nl
r.geerlings@fontys.nl

Academische werkplaatsen bieden een manier om op maatschappelijke veranderingen in te spelen. Dit zijn kennisnetwerken van partners uit praktijk, onderzoek, onderwijs en patiëntvertegenwoordiging (en/of eindgebruikers) die gezamenlijk onderzoeksvragen formuleren, onderzoek opzetten, en opgedane kennis delen en implementeren. Twee academische werkplaatsen die zich richten op mobiliteitshulpmiddelen binnen de revalidatiegeneeskunde zijn de Academische Werkplaats HOMELAND en de ProtheseAcademie. HOMELAND focust zich op het verbeteren van drukontlastende hulpmiddelen voor mensen met neuropathie, terwijl de ProtheseAcademie zich richt op het verbeteren van arm- en beenprothesegebruik in de thuissituatie. Beide werkplaatsen zijn gefinancierd door het ZonMw programma Goed Gebruik Hulpmiddelen voor de periode 2022-2028.

ProtheseAcademie

V. (Verena) Schuurmans, projectcoördinator, afdeling
Revalidatiegeneeskunde, UMC Groningen

Prof. dr. C.K. (Corry) van der Sluis, projectleider, revalidatiearts,
afdeling Revalidatiegeneeskunde, UMC Groningen

Prof. dr. J.H.P (Han) Houdijk, projectleider, hoogleraar klinische
bewegingswetenschappen, afdeling Bewegingswetenschappen, UMC
Groningen

Dr. A.H. (Aline) Vrieling, projectleider, revalidatiearts, afdeling
Revalidatiegeneeskunde, UMC Groningen

Academische werkplaats HOMELAND

R.F. (Roosmarijn) Geerlings, projectcoördinator, Fontys Hogescholen,
Eindhoven

Dr. J.J. (Jaap) van Netten, projectleider, bewegingswetenschapper,
afdeling Revalidatiegeneeskunde, Amsterdam UMC

Prof. Dr. S.A. (Sicco) Bus, projectleider, bewegingswetenschapper,
afdeling Revalidatiegeneeskunde, Amsterdam UMC

DE EINDGEBRUIKER CENTRAAL

Een belangrijke kracht van academische werkplaatsen is de betrokkenheid van eindgebruikers. HOMELAND en de ProtheseAcademie hebben een panel van eindgebruikers met uiteenlopende achtergronden. In overleg met de eindgebruikers worden relevante onderzoeksvragen geïdentificeerd en geprioriteerd. Dankzij deze nauwe samenwerking kunnen academische werkplaatsen maatschappelijke veranderingen vroegtijdig signaleren

en adresseren binnen het werkveld. Eindgebruikers worden daarnaast actief betrokken bij de uitvoering van het onderzoek, wat zorgt voor oplossingen die aansluiten bij hun behoeften. Dit verhoogt de relevantie en impact van de onderzoeksresultaten en is bovendien leerzaam voor de onderzoekers. Een voorbeeld is het project binnen de ProtheseAcademie dat zich richt op het verbeteren van het draagcomfort van prothesekokers. Hoewel dit onderwerp weinig aandacht krijgt in de literatuur, werd het door prothesegebruikers als zeer belangrijk beschouwd en daarom voor onderzoek geselecteerd.

DE ROL VAN HET ONDERWIJS

Daarnaast stimuleren academische werkplaatsen innovatie en implementatie door onderzoek te koppelen aan de praktijk en het onderwijs, op MBO-, HBO- en universitair niveau. Hiervoor zijn specifieke praktijkgerichte projecten opgezet, die zich op het snijvlak van wetenschap en praktijk bevinden. Deze projecten worden (deels) uitgevoerd door studenten in samenwerking met professionals. De samenwerking maakt het mogelijk om de innovatieve oplossingen die studenten bedenken meteen uit te proberen in de praktijk. Zo hebben studenten medische informatiekunde en technische geneeskunde bij HOMELAND een begin gemaakt met een duurzaamheidsanalyse van orthopedische schoenen, *total contact casts* en *walkers*. Hierdoor wordt niet alleen de klinische effectiviteit in kaart gebracht, maar ook de impact op het milieu en de omgeving. Dit kan leiden tot meer duurzame hulpmiddelen en weloverwogen keuzes. Door de betrokkenheid van alle stakeholders kunnen academische werkplaatsen nieuwe inzichten en vaardigheden snel en effectief overdragen waardoor de praktijk beter wordt uitgerust om in te spelen op maatschappelijke veranderingen. Bovendien worden studenten, de toekomstige (zorg) professionals, betrokken, waardoor zij na hun studie beter voorbereid zijn op de uitdagingen in hun werkveld en openstaan voor innovatie.

SAMENWERKING TUSSEN STAKEHOLDERS

Tot slot versterken academische werkplaatsen multidisciplinaire samenwerking, wat essentieel is in de huidige tijd. Maatschappelijke veranderingen vragen om een geïntegreerde benadering van disciplines. Binnen academische werkplaatsen worden onderzoekers, zorgprofessionals, bedrijven en eindgebruikers samengebracht. Revalidatieartsen zijn cruciaal binnen HOMELAND en de ProtheseAcademie door hun centrale rol in het voorschrijfproces van aangepast schoeisel of arm- en beenprothesen. Ze adviseren gebruikers over de keuze en het gebruik van deze hulpmiddelen. Dit maakt hen de aangewezen personen om een bijdrage te leveren aan de acceptatie en integratie van nieuwe innovaties die worden ontwikkeld door de academische werkplaatsen.

DE UITDAGINGEN VAN ACADEMISCHE WERKPLAATSEN

Hoewel academische werkplaatsen veel voordelen bieden, kennen ze ook enkele uitdagingen. Ondanks de inspanningen kunnen ze aansluiting met de bredere gebruikersgroep missen, bijvoorbeeld als de geselecteerde eindgebruikers niet representatief zijn voor de populatie, of wanneer hun behoeften niet overeenkomen met de mogelijkheden van de academische werkplaats. Een andere uitdaging is de kloof tussen onderzoek en praktijk. Hoewel academische werkplaatsen deze kloof proberen te overbruggen, blijft het lastig om resultaten snel om te zetten in oplossingen door barrières als regelgeving, vergoedingen, organisatieweerstand en beperkte middelen voor implementatie. Tot slot is de coördinatie tussen stakeholders complex en tijdrovend, met uitdagingen door uiteenlopende verwachtingen en communicatiestijlen. Een coördinator is nodig om deze samenwerkingen te faciliteren, wat ook voor een financieringsuitdaging zorgt. De ProtheseAcademie en HOMELAND worden tijdelijk gefinancierd door subsidie, en de financiering na afloop is onzeker. Toekomstige onderzoeksgelden van subsidieverstrekkingen of andere financieringsbronnen zouden ons inziens ingezet moeten worden om het voortbestaan van academische werkplaatsen te garanderen. Op die manier kunnen we de vruchten blijven plukken van deze waardevolle samenwerkingsverbanden.

CONCLUSIE

Ondanks de uitdagingen bieden academische werkplaatsen een waardevol platform om maatschappelijke veranderingen in de gezondheidszorg aan te pakken. Ze bevorderen innovatie en implementatie door nauwe samenwerking tussen onderzoekers, onderwijsinstellingen, zorg-professionals en eindgebruikers. De betrokkenheid van eindgebruikers maakt het onderzoek relevanter en impactvoller. Continue financiering en een representatieve betrokkenheid van eindgebruikers zijn cruciaal voor het succes. ←

HOMELAND en ProtheseAcademie

Meer over de academische werkplaatsen via:

- [HOMELAND LinkedIn](#)
- [ProtheseAcademie](#)



Gebruik van technologie binnen de neurorevalidatie: hoe dit (niet) te doen?!

Het gebruik van technologie binnen de neurorevalidatie biedt veel mogelijkheden voor interventies en kan een belangrijke bijdrage leveren aan maatschappelijke uitdagingen in de (revalidatie)zorg. Ook wetenschappelijk onderzoek op dit gebied neemt toe. Echter, het daadwerkelijke gebruik in de klinische praktijk blijft achter. Een recent artikel in *Physical Therapy*¹ onderzocht de toepassing van technologie als interventie in de neurorevalidatie en factoren die het gebruik van technologie in de praktijk kunnen beïnvloeden.



C.D.M. (CORIEN) NIKAMP PHD

Onderzoeker Roessingh Research and Development, Enschede



CORRESPONDENTIE

C.Nikamp@rrd.nl

WAAROM DIT ONDERZOEK?

Robotica, *wearables* en *virtual reality*. Allemaal voorbeelden van op technologie-gebaseerde interventies die de laatste jaren meer en meer aandacht krijgen binnen de neurorevalidatie. In potentie bieden ze de mogelijkheid tot onder meer het intensiveren en personaliseren van therapie, het ondersteunen van zelfmanagement en het vergroten van interesse in en deelname aan revalidatietherapie. Niet gek dus dat de afgelopen jaren veel publicaties op dit gebied zijn verschenen. De vertaling naar de klinische praktijk loopt echter achter.

DE ONDERZOEKSVRAAG

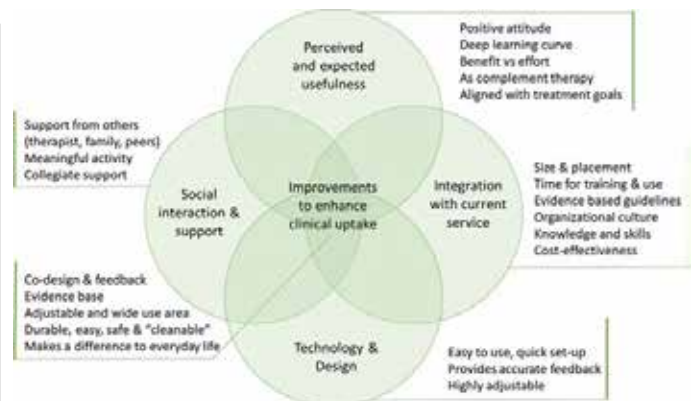
Het doel van deze review was om kennis te verzamelen over de *uptake* van technologie in de neurorevalidatie bij volwassenen en de factoren die de toepassing beïnvloeden.

HOE WERD DIT ONDERZOEKT?

Een *scoping review* werd uitgevoerd, waarbij de auteurs uit 609 artikelen uiteindelijk 25 studies selecteerden. Slechts vier daarvan onderzochten de daadwerkelijke invoering van technologie, of factoren die deze invoering van technologie in de klinische praktijk beïnvloeden.

BELANGRIJKSTE RESULTATEN

De rapportage van duurzaam geïmplementeerde klinische toepassingen van technologieën in neurorevalidatie is schaars. Dit



Figuur. Factoren die de acceptatie en implementatie van technologie in de klinische praktijk van neurorevalidatie beïnvloeden.¹

wordt verder versterkt door een gebrek aan heldere definities rondom de klinische implementatie van technologie. Hierdoor konden de auteurs geen beeld geven van het daadwerkelijke gebruik van technologie in de klinische setting. Daardoor blijft ook onduidelijk hoe we met de inzet van technologie binnen de neurorevalidatie de zorg- en dienstverlening kunnen optimaliseren. Diverse factoren die de invoering van technologieën positief beïnvloeden worden benoemd: voldoende tijd voor implementatie van technologie in een passende omgeving; erkennen van een steile leercurve voor zorgprofessionals en patiënten, die geholpen kunnen worden door goede training en duidelijke instructies, een ondersteunende organisatiecultuur, en het al vroeg betrekken van zorgprofessionals en patiënten bij het ontwerp van technologie.

CONSEQUENTIES VOOR DE PRAKTIJK

De review heeft belangrijke factoren naar voren gebracht, waarmee rekening gehouden moet worden bij het onderzoek naar en de implementatie van technologieën binnen de neurorevalidatie. ←

Literatuur

1. Alt Murphy M, Pradhan S, Levin MF, Hancock NJ. Uptake of technology for neurorehabilitation in clinical practice: a scoping review. *Phys Ther* 2024;104(2):pzad140. Doi: 10.1093/ptj/pzad140

De Pronkhoek



CORRESPONDENTIE

jeanine.verbunt@adelantegroep.nl

EXPOSURE.NL: IMPLEMENTATIE VAN PASSENDE REVALIDATIEZORG VOOR CHRONISCHE PIJN IN NEDERLAND

Prof. dr. Jeanine Verbunt, hoogleraar aan de Universiteit Maastricht en revalidatiearts Adelante Zorggroep



Een op de vijf Nederlanders leeft met chronische pijn en de impact voor zowel de persoon als de maatschappij is groot. Pijnklachten aan het houdings- en bewegingsapparaat kunnen leiden tot verminderd functioneren en tot school- of ziekteverzuim. De revalidatie-aanpak Exposure in vivo

(EIV) bleek uit eerder onderzoek kosteneffectief in het verbeteren van dagelijks functioneren, participatie en kwaliteit van leven bij chronische pijn. De aanpak is echter niet overal in Nederland beschikbaar.

Dit project, gehonoreerd in de ZonMw subsidieronde 'Nog meer implementatie van kennis en innovaties in de praktijk (ronde 2)' heeft als doel Exposure in vivo versneld te verspreiden als passende revalidatiezorg in de eerste en tweede lijn. In dit project combineren we overdracht van kennis met stapsgewijze implementatie in de zorgpraktijk. Het project werd aangevraagd door de Universiteit Maastricht, de patiëntenvereniging Pijnpatiënten naar één stem en de acht revalidatiecentra betrokken bij het Netwerk Pijnrevalidatie Nederland (NPN): UMCG, Revant, Revalidatie Friesland, Heliomare, Roessingh, Rijndam, Reade en Adelante. NPN biedt een uitstekende structuur om de interventie als passende revalidatiezorg systematisch op te schalen. De inrichting van een lijnoverstijgende scholings- en intervisie-structuur zorgt voor kwaliteitsborging. Een totaalbedrag van 250.000 euro werd toegekend. Het project is 1 oktober 2024 gestart en heeft een duur van 2 jaar.

DE BEHANDELING

Exposure in vivo (EIV) is een revalidatie-aanpak met een bio-psykosociale insteek, gericht op patiënten met pijngerelateerde

vrees, die daardoor activiteiten vermijden en vervolgens minder functioneren en participeren. Door EIV leren patiënten dat ze, ondanks pijn, fysiek actief kunnen zijn en waardevolle activiteiten in het dagelijks leven (in werk en vrije tijd) weer kunnen oppakken, leidend tot een betere kwaliteit van leven.

HOE GA JE HET ONDERZOEKEN?

Het onderzoek heeft het design van een implementatieonderzoek. In een stapsgewijze aanpak (volgens Grol en Wensink) gaan we EIV introduceren in de acht revalidatiecentra en hun eerstelijns regio. Vervolgens toetsen we behandeluitkomsten bij mensen die de behandeling volgden, en kijken we naar tevredenheid bij patiënten en zorgverleners.

WIE WERKEN ER MEE?

Thijs van Meulenbroek, Marlies den Hollander en Marissa Gerards van Adelantegroep gaan de landelijke coördinatie van het project en de scholing in de behandeltechniek EIV op zich nemen. Ieder deelnemend NPN-revalidatiecentrum krijgt financiering voor een lokale coördinator.

Literatuur

- Den Hollander M et al. *Expose or protect? A RCT of exposure in vivo vs pain-contingent treatment as usual in patients with complex regional pain syndrome type 1.* Pain 2016;157:2318.
- Dekker C et al. *Functional Disability in Adolescents with Chronic Pain: Comparing an Interdisciplinary Exposure Program to Usual Care.* Children 2020;7:288.
- Den Hollander M et al. *Exposure in vivo versus pain-contingent physical therapy in CRPS type 1: a cost-effectiveness analysis.* Int J Technol Assess Health Care 2018;34(4):400.
- Richard Grol en Michel Wensing. *Implementatie effectieve verbetering van patiëntenzorg.* Bohn Stafleu van Loghum 2015.

DE PRONKHOEK

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

WAT WE LEERDEN OVER PRAKTIJKVARIATIE EN LANGETERMIJNGEVOLGEN VAN EEN BEROERTE

10 jaar SCORE-onderzoek

Het *Stroke Cohort Outcomes of REhabilitation (SCORE)*-onderzoek bestaat tien jaar. Dit observationele onderzoek van Basalt volgt patiënten met een beroerte. Aanvankelijk was het doel om uitkomsten, praktijkvariatie in proces en structuur, en kosten te meten. Momenteel is het onderzoek meer gericht op meeteigenschappen van nieuwere *Patient-Reported Outcome Measures (PROMs)*. In dit artikel geven we een overzicht van de resultaten van het SCORE-onderzoek met gerichte aanbevelingen en blikken we vooruit.



DR. W. (WINKE) VAN MEIJEREN-PONT

Postdoc onderzoeker, Basalt, Leiden

PROF. DR. T. (THEA) P.M. VLIET VLIELAND

Hoogleraar Doelmatigheid van revalidatieprocessen, afdeling Orthopaedie, Revalidatie en Fysiotherapie, LUMC; Basalt, Leiden

DR. J. (JORIT) J.L. MEESTERS

Lector Revalidatie en Technologie, Kenniscentrum Health Innovation, Haagse Hogeschool, Den Haag; Basalt, Den Haag

DR. P. (PAULIEN) H. GOOSSENS

Revalidatiearts en senior onderzoeker, Basalt, Den Haag; Haaglanden Medisch Centrum, Den Haag

DR. D. (DIANA) M. OOSTERVEER

Revalidatiearts en senior onderzoeker, Basalt, Alphen aan den Rijn



CORRESPONDENTIE

w.pont@basaltrevalidatie.nl

Tien jaar terug, in 2014, werd de eerste patiënt voor het SCORE-onderzoek geïncludeerd. *Value-based healthcare* werd in die periode steeds meer omarmd. Deze studie is destijds opgezet om meer inzicht te krijgen in de elementen hiervan: namelijk in de uitkom-

Tabel 1. Uitkomsten en bijbehorende PROMs.

Uitkomst	PROMs
Functies en anatomische eigenschappen en activiteiten en participatie	
Angst en depressie ^{7,8}	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</i>
Vermoeidheid ⁸	<i>Fatigue Severity Scale (FSS)</i>
Invloed van de beroerte ⁸	<i>Stroke Impact Scale (SIS)</i> domeinen Communicatie, Geheugen en denkvermogen, Mobiliteit en Stemming
Gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven ⁴	<i>EuroQoL-5D</i> imensions (EQ5D) en <i>Stroke and Aphasia Quality of Life Scale (SAQOL-39NL)</i>
Participatie ⁵	<i>Utrecht Scale for Evaluation of Rehabilitation-Participation (USER-P)</i>
Persoonlijke factoren	
Onvervulde zorgbehoeften ⁴	<i>Longer-Term Unmet Needs questionnaire (LUNS)</i>
Patiëntactivatie ^{9,*}	<i>Patient Activation Measure (PAM)</i>
Ziektepercepties ¹⁰	<i>Brief Illness Perception Questionnaire (B-IPQ)</i>
Verwachtingen van de revalidatie ¹¹	3 items verwachtingen schaal van de <i>Credibility/Expectancy Questionnaire (CEQ)</i>
Externe factoren/mantelzorgers	
Mantelzorgerlast ⁴	<i>Caregiver Strain Index (CSI)</i>

* *Patiëntactivatie is de kennis, vaardigheden en vertrouwen om op de eigen gezondheid te letten en de benodigde zorg zelf te regelen.*

sten bij patiënten met een beroerte, in praktijkvariatie in proces en structuur van de medisch specialistische revalidatie (MSR), en in de kosten.¹

Om te zorgen dat de onderzoeksvragen relevant zijn voor patiënten en hun naasten werden vanaf het begin van het SCORE-onderzoek zogenaamde onderzoekspartners betrokken.² Dit zijn oud-patiënten met een beroerte. Zij dachten actief mee en dit heeft onder andere geleid tot nieuwe onderzoeksvragen.

PATIËNTEN EN METHODEN

Het SCORE-onderzoek is een prospectieve observationele studie en goedgekeurd

door de Medisch Ethische Commissie van het Leids Universitair Medisch Centrum (P13.249). In deze studie werden (en worden)

'De studie is opgezet om inzicht te krijgen in uitkomsten, proces en structuur en kosten'

alle ruim 900 volwassen patiënten die starten met klinische of poliklinische revalidatie bij Basalt vanwege een beroerte van minder dan zes maanden geleden, uitgenodigd.

De deelnemers moesten in staat zijn om vragenlijsten in het Nederlands in te vullen en *informed consent* hebben getekend. Patiënt- en beroertekenmerken en de Barthel Index werden vanuit het medisch dossier verzameld. De deelnemers aan het onderzoek vulden vanaf de start van de revalidatie verschillende PROMs in.

De patiënt en zijn naaste

Het SCORE-onderzoek beschrijft aspecten uit alle onderdelen van de *International*

Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Tot 30 maanden na de start van de revalidatie vulden patiënten PROMs in. In tabel 1 is te zien welke uitkomsten en bijbehorende PROMs werden ingevuld.

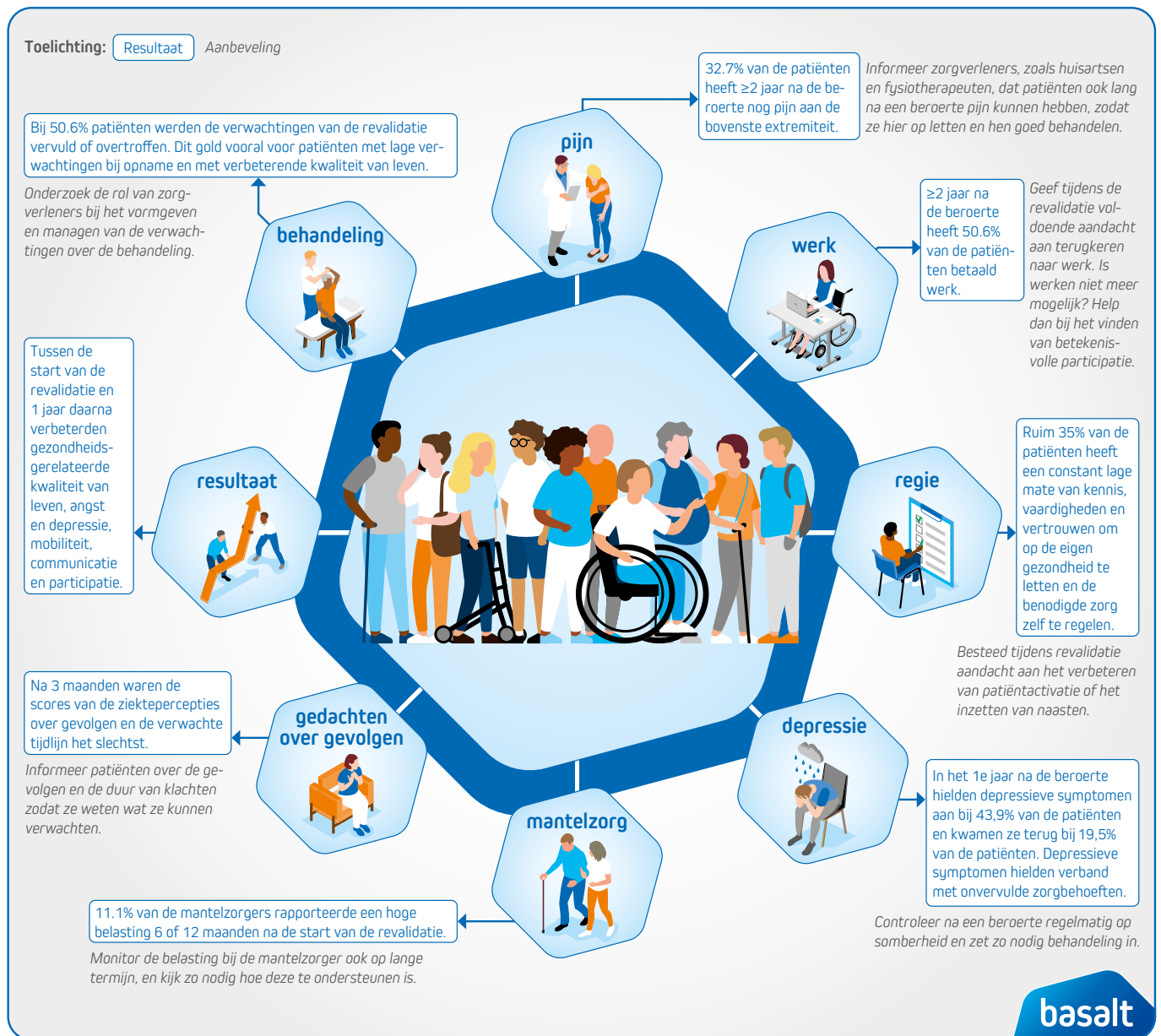
Daarnaast vulden patiënten losse items in over pijn in de bovenste extremiteit³ en betaald werk.^{4,5}

Naast van patiënten die deelnamen aan het onderzoek hebben ook invloed op de patiënt (externe factoren) en vulden daarom een vragenlijst in over mantelzor-

gerlast zes en twaalf maanden na de start van de revalidatie.⁶

Praktijkvariatie in proces en structuur van MSR en kosten

Het SCORE-onderzoek bracht ook proces en structuur van revalidatie en kosten in kaart. Opnameduur, totaal aantal uren therapie en uren therapie per week per discipline werden vergeleken tussen patiënten van het Rijnlands Revalidatie Centrum en Sophia Revalidatie (voor →



Figuur 1. Resultaten en aanbevelingen ten aanzien van de patiënt en zijn naaste.

de fusie tot Basalt).¹² Om praktijkvariatie in de MSR na een beroerte in beeld te brengen vergeleek een multidisciplinaire expertgroep behandelprogramma's en protocollen.¹³ Vanaf de start van de revalidatie tot één jaar daarna werden maatschappelijke kosten voor zorggebruik tijdens de revalidatie, werkverzuim, en zorggebruik in kaart gebracht.⁴

RESULTATEN

De patiënt en zijn naaste

Resultaten van PROMs en gerichte aanbevelingen zijn weergegeven in figuur 1. De vragen over verwachtingen werden door 79 patiënten beantwoord aan het begin en eind van de revalidatie. Bij 40/79 patiënten werden de verwachtingen vervuld of overtroffen.

Praktijkvariatie in proces en structuur van MSR en kosten

Er waren geen verschillen in opnameduur en totaal aantal therapie-uren per week.¹² Er werden wel verschillen gevonden in de uren van bepaalde disciplines en in de structuur van zorg tussen revalidatiecentra bijvoorbeeld in opname- en ontslagcriteria en frequentie van de teamvergaderingen.¹³ Het is daarom aan te bevelen om het effect van deze verschillen in proces en structuur binnen de MSR op uitkomsten en kosten van revalidatie te onderzoeken om tot de meest effectieve behandelingen te komen.¹² De gemiddelde totale kosten gedurende één jaar na start van revalidatie zijn €63.045 per klinische patiënt en €24.533 per poliklinische patiënt. In dit bedrag zitten naast kosten voor revalidatie ook kosten voor werkverzuim, hulpmiddelen en zorggebruik.⁴

Nieuwste ontwikkelingen ten aanzien van PROMs

Nieuwe inzichten en ontwikkelingen

hebben ook geleid tot nieuwe onderzoeksvragen en aanpassing van het SCORE-onderzoek. De *International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM)* publiceerde een *standard set for stroke*.¹⁴ De losse items van deze set vertaalden we in het Nederlands.¹⁵ Een *complete ICHOM standard set for stroke* kan nu worden gebruikt in Nederlandse populaties waardoor vergelijking en verbetering van de beroertezorg mogelijk is. Momenteel wordt deze afgenomen bij deelnemers als onderdeel van de huidige vragenlijsten-set van het SCORE-onderzoek. Naast de *ICHOM standard set for stroke*, kwamen er ook Nederlandse vertalingen van *Patient-Reported Outcomes Measurement Information System® (PROMIS®)* vragenlijsten beschikbaar. Deze PROMIS vragenlijsten werden aanbevolen door

Nieuwe inzichten en ontwikkelingen hebben geleid tot nieuwe onderzoeksvragen'

Uitkomstgerichte Zorg, een project van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en door Revalidatie Impact. Ook enkele van deze vragenlijsten werden aan het SCORE-onderzoek toegevoegd om onderzoek naar de meeteigenschappen bij patiënten met een beroerte te doen. De PROMIS profiel *Computer Adaptive Testing (CAT)* is daar een van; dit is een vragenlijst die zeven domeinen van kwaliteit van leven meet, waarbij het aantal vragen tot een minimum beperkt wordt door de toegepaste technologie.¹⁶ In de deelnemers van het SCORE-onderzoek bleek dat deze vragenlijst geen problematische vloer- en plafondeffecten heeft en bij 5/7 domeinen voldoende validiteit om verschillende aspecten van kwaliteit van leven te meten bij patiënten met een beroerte. Bij 2/7

domeinen is meer onderzoek nodig om de construct validiteit aan te tonen.¹⁷

DISCUSSIE

De resultaten van het SCORE-onderzoek van de afgelopen tien jaar tonen aan dat beroertes aanzienlijke gevolgen hebben op de lange termijn voor patiënten, naasten (mantelzorgerlast) en de maatschappij (zorggebruik en kosten). Het SCORE-onderzoek toont ook aan dat langdurige follow-up middels PROMs haalbaar is in een revalidatiepopulatie.⁸ Dit is belangrijk, omdat bij een deel van de patiënten gevolgen veranderen in de loop van de tijd, zoals bijvoorbeeld pijn in de bovenste extremiteit en depressie.

In de nabije toekomst hopen we met het SCORE-onderzoek meer inzicht te krijgen in welke PROMs het beste gebruikt kunnen worden om uitkomsten van de revalidatie te meten en/of te gebruiken zijn voor routinematige metingen. Dit doen we door onder andere bepaalde PROMIS vragenlijsten (generiek) te vergelijken met beroerte-specifieke PROMs en de meeteigenschappen (onder andere responsiviteit) van de *ICHOM standard set for stroke* en PROMIS vragenlijsten te bepalen en te vergelijken.

Omdat velen dan al uit het zicht van de revalidatiearts zijn, lijkt goede kennis over beroerte, PROMs en gerichte interventies bij zorgverleners die betrokken zijn bij de patiënt na de revalidatie van meerwaarde. Het is daarom van belang dat hier concrete adviezen voor zijn in richtlijnen van de verschillende disciplines of in zorgpaden. Een goed netwerk waarin korte overleglijnen zijn tussen eerstelijns therapeuten, de huisarts en de revalidatiearts, is hierbij ook van belang.

Praktijkvariatie in proces en structuur kan het gevolg zijn van een andere patiëntenpopulatie of van volumes (denk hierbij aan het geven van groepstherapie). Maar prak-

tijkvariatie kan ook ongewenst zijn, als het bij een vergelijkbare patiënt tot andere (negatievere) uitkomsten leidt. De Santeon ziekenhuizen hebben met hun Samen Beter programma deze ongewenste praktijkvariatie succesvol doen verminderen voor verschillende ziektebeelden.¹⁸ Onze resultaten geven aanleiding om een dergelijk verbeterproject ook vorm te geven voor de MSR en inmiddels is er een CVA verbeterteam opgericht binnen REVION, een samenwerkingsverband tussen Basalt, Klimmendaal, Revalidatie Friesland en Revant. Ook kunnen de gegevens van Revalidatie Impact hiertoe bijdragen.

Gezien de gevonden kosten en de maatschappelijke ontwikkelingen waarin er steeds minder zorgpersoneel zal zijn voor een steeds grotere groep patiënten die leven met een beroerte, is het van meerwaarde om te kijken naar mogelijkheden om goede revalidatie te bieden met minder zorgpersoneel. *Blended care* is een van deze mogelijkheden. De *Fit After Stroke (FAST)@Home* studie maakte efficiënt gebruik van de gegevens die werden verzameld binnen het SCORE-onderzoek en evalueerde de effectiviteit van een e-health platform als onderdeel van *blended care*. Dit onderzoek toonde aan dat het gebruik van e-health als extra bovenop de reguliere revalidatie op de langere termijn leidde tot significant grotere verbeteringen in gezondheidsuitkomsten.¹⁹

Sterke en zwakke punten SCORE-onderzoek

Het sterke van het SCORE-onderzoek zijn de omvang van de steekproef (800+ patiënten) en de lange follow-up (tot 100 maanden). Hierdoor is het mogelijk om de uitkomsten van revalidatie goed in kaart te brengen. Daarnaast wordt er een breed scala van uitkomsten gemeten. Een ander sterk punt is de patiënten-

participatie in de vorm van de eerder genoemde onderzoekspartners. Er wordt gekeken of de patiëntenparticipatie nog verder geïntensiveerd kan worden.

Patiënten met ernstige afasie, ernstig aangedane patiënten en patiënten met een taalbarrière konden niet deelnemen. Dit is een zwakte van het SCORE-onderzoek (en helaas van vele onderzoeken). Momenteel worden PROMs ontwikkeld gericht op patiënten met afasie en door het beschikbaar komen van onder andere PROMIS-vragenlijsten in steeds meer talen lijken hier ook kansen te liggen voor toekomstig onderzoek en de dagelijkse praktijk. Het SCORE-onderzoek omvat alleen patiënten met een beroerte die revalideren/revalideerden binnen de MSR. Om zicht te krijgen op de gehele groep patiënten met een beroerte is de SCORE+ studie opgezet, waarin van september 2020 tot september 2021 in Haaglanden Medisch Centrum 342 patiënten met een beroerte zijn geïncludeerd ongeacht hun vervolgtraject. Analyse van de data van deze studie is gaande.

CONCLUSIE

Na tien jaar SCORE-onderzoek is het duidelijk dat er ruimte lijkt voor verbetering van uitkomsten voor onze patiënten, dat er praktijkvariatie is, en dat er aanzienlijke kosten in het eerste jaar na de start van revalidatie voor een beroerte worden gemaakt. Wij denken dat het harmoniseren en routinematig meten van uitkomsten, en het gebruikmaken van onder meer de gegevens van Revalidatie Impact, ongewenste praktijkvariatie kan verminderen en daarmee de zorg voor patiënten met een beroerte beter en doelmatiger kan maken. Het SCORE-onderzoek geeft inzicht in het beloop van de gevolgen van een beroerte op lange termijn. Door het routinematig meten van uitkomsten middels PROMs kunnen ook na de revalidatie tijdig domeinen waarop ondersteuning nodig is vastgesteld worden. ←

Summary

The Stroke Cohort Outcomes of REhabilitation (SCORE) study started 10 years ago.

This study provides knowledge of long-term consequences of stroke and indications of areas where interventions are of value.

The objective of this article is to provide an overview of recommendations from the SCORE study.

Stroke patients who receive inpatient and/or outpatient rehabilitation completed patient-reported outcome measures (PROMs).

This study found considerable long-term consequences of stroke for patients, caregivers and society which results in a number of recommendations to improve stroke care. In clinical practice it is important to monitor pain in the upper extremity, mood, unmet needs and caregiver burden of caregivers of stroke patients. During rehabilitation sufficient attention should be given to return to work or finding other meaningful ways of participation, improving patient activation (one's role in the care process and having the knowledge, skills, and confidence to manage one's health and health care) and informing stroke patients about the consequences of their stroke in order to manage their expectations.

Keywords: stroke | rehabilitation | outcomes | practice variation | costs



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

Vernieuwing regionaal onderwijs

Na de succesvolle modernisering van het landelijk onderwijs is het regionale onderwijs geëvalueerd door middel van een landelijke stakeholderanalyse. Het regionale onderwijs moet aansluitend en aanvullend zijn op het landelijke onderwijs, en vooral bestaan uit vakoverstijgende onderwerpen met actieve werkvormen en betrokkenheid van de aiossen bij de organisatie en het verzorgen van onderwijs. Het advies is integraal overgenomen door het Concilium en wordt verwerkt in het Landelijk Opleidingsplan.



DR. I. (IRIS) DEKKER

Revalidatiearts, afdeling revalidatiegeneeskunde Amsterdam UMC

M. (MAUD) OOMEN

Beleidsadviseur en projectmanager Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen, Utrecht

DR. L.W.E. (LOUISE) SABELIS

Revalidatiearts, afdeling revalidatiegeneeskunde Amsterdam UMC

PROF. DR. V. (VINCENT) DE GROOT

Revalidatiearts en hoogleraar revalidatiegeneeskunde, afdeling revalidatiegeneeskunde Amsterdam UMC



CORRESPONDENTIE

i.dekker1@amsterdamumc.nl

Het onderwijs van de aiossen revalidatie bestaat uit het *landelijk*, *regionaal* en *lokaal* onderwijs. In figuur 1 worden deze verschillende onderwijsniveaus weergegeven en is duidelijk te zien dat afstemming hiertussen belangrijk is.

Door de nieuwe inrichting van het *landelijk* onderwijs (zie uitleg in kader 'box 1') ontstond er bij het Concilium behoefte aan advies over aanpassingen van het *regionale* onderwijs zodat het aansluitend en aanvullend is op het landelijk onderwijs. Dit was de aanleiding voor onderzoek onder stakeholders (aiossen, revalidatieartsen, Concilium, scholingscommissie en onderwijskundigen) om te komen tot een advies voor een vernieuwde opzet van het regionale onderwijs.



Figuur 1. Overzicht huidige onderwijs voor aiossen.

Box 1. Vernieuwd landelijk onderwijs

Vanaf 2022 zijn er zeven themacursussen die tijdens twee blokken in het jaar worden gegeven. De aioss kiest per blok een cursus, passend bij de stage op dat moment. Naast de themacursussen worden er landelijke cursussen over communicatie, klinisch redeneren en epidemiologie gegeven.

METHODE

Het onderzoek onder stakeholders bestond uit een enquête onder alle aiossen in september 2022, werkgroepen tijdens de beleidsmiddag van het Concilium en de Scholingscommissie in oktober 2022 en bij de aiossen van (destijds) OOR VUmc. Daarna volgden interviews met betrokkenen uit elk OOR (8 aiossen en 6 opleiders en leden van de opleidingsgroep). De interviews werden getranscribeerd en gecodeerd waarna er meerdere thema's werden onderscheiden. Hiervan waren belangrijke thema's: het huidige onderwijs en de wensen ten aanzien van het regionale onderwijs op inhoud, vorm en organisatie. Nadien werd er advies ingewonnen bij onderwijskundigen van de Federatie Medisch Specialist (FMS).

BEVINDINGEN

Voor de meeste stakeholders was de inhoud, vorm en organisatie van het regionale onderwijs in andere regio's onbekend. Uit de

analyse van de verzamelde informatie bleek dat er grote regionale verschillen zijn op de inhoud, vorm en organisatie. Daarnaast kwamen er verschillende knelpunten naar voren waarmee rekening gehouden moet worden in het vernieuwen van het regionale onderwijs.

Inhoud

Huidige onderwerpen lopen uiteen van medisch inhoudelijke tot diverse vakoverstijgende onderwerpen en generieke activiteiten, hiervan gaat de meeste aandacht uit naar wetenschap. Inhoudelijk verschillen de wensen van medisch inhoudelijke onderwerpen, vakoverstijgende onderwerpen, vaardigheden, generieke activiteiten en regionale expertise.

Onderwijsvorm

Fysiek onderwijs wordt door de meerderheid geprefereerd omdat dit de interactie bevordert. Daarnaast ervaart men een grotere betrokkenheid van de aiossen. In sommige regio's is het onderwijs hybride, dat geeft de mogelijkheid tot minder reistijd maar vermindert de interactie. De huidige onderwijsvorm is voornamelijk plenair, waarbij men soms uiteengaat in kleinere groepjes.

Organisatie

Het aantal onderwijsuren en de onderwijsfrequentie verschillen met een variatie van vier maal per jaar een middag tot twaalf maal per jaar een hele dag, waarbij de meeste regio's rond de tien maal per jaar een halve dag onderwijs hebben.

De inhoud wordt op diverse manieren bepaald van vrijheid voor elk onderwijsmoment tot terugkerende cycli van onderwerpen of vasthoudend aan de landelijke thema's. In sommige regio's wordt de behoefte van de aiossen geïnventariseerd.

Het onderwijs wordt in de regio's door verschillende betrokkenen

'Vakoverstijgende onderwerpen zorgen voor onderwijs dat toegankelijk is voor alle niveaus'

georganiseerd: door de aiossen, door een aios-commissie met betrokkenheid van revalidatieartsen en aiossen of door revalidatieartsen op inhoudelijk en aiossen op organisatorisch niveau. De betrokkenheid van zowel de aiossen als revalidatieartsen bij het invullen van het regionale onderwijs werd zeer gewaardeerd. De aanwezigheid van revalidatieartsen bij het onderwijs is in sommige regio's verplicht of een mogelijkheid waarbij dit van toegevoegde waarde werd gevonden door aiossen en revalidatieartsen. Ondanks dat velen het belang zien van gestructureerde evaluatie

wordt dit niet altijd uitgevoerd.

Over het betrekken van aiossen bij het geven van onderwijs bestaat nog enige twijfel onder de geïnterviewde betrokkenen vanwege de tijdsinvestering en de diepgang van het onderwijs. Er wordt een meerwaarde gezien van het zelf onderwijs geven in het kader van de generieke activiteit.

Er was overeenstemming dat het hebben van andere verantwoordelijkheden zoals bijvoorbeeld een diensttelefoon tijdens het onderwijs onwenselijk is.

KNELPUNTEN

- Verschil in behoefte en kennisniveau van de aiossen: doordat aiossen in de regio verschillen in opleidingsduur en op diverse locaties werkzaam zijn met uiteenlopende aandachtsgebieden is de behoefte van de individuele aios op inhoudelijk niveau verschillend.

- Afstemming met landelijk onderwijs: in sommige regio's werd de inhoud van het regionale onderwijs afgestemd op het landelijk onderwijs. Nu de aios zelf kiest welke themacursus passend is, is de aansluiting en aanvulling voor medisch inhoudelijke onderwerpen op het landelijk onderwijs lastiger te realiseren.

- Aanbieden van interactieve onderwijsvormen: implementatie van interactieve onderwijsvormen bij zowel het hybride onderwijs en bij het reeds bestaand plenaire onderwijs.

- Onderwijsfrequentie in het najaar: deze wordt als hoog ervaren wegens achtereenvolgens themacursus, communicatiecursussen voor alle jaargangen en de DCRM waardoor aiossen minder gelegenheid hebben tot werkplekleren.

SYNTHESE VAN BEVINDINGEN

Samen met de onderwijskundigen werd naar aanleiding van de bovengenoemde knelpunten en de belangrijkste punten uit de enquêtes, beleidsmiddag en interviews het advies voor verandering in het regionale onderwijs opgesteld:

Inhoud

Vakoverstijgende onderwerpen zorgen voor onderwijs dat toegankelijk is voor alle niveaus en onafhankelijk is van de huidige stage van de individuele aios. Dit heeft tot gevolg dat verdieping op medisch inhoudelijke onderwerpen grotendeels plaatsvindt in het landelijke en lokale onderwijs.

Door op *lokaal* niveau medisch inhoudelijk onderwijs te geven wordt het werkplekleren optimaal benut, kan meer vraaggestuurd onderwijs plaatsvinden waarbij de expert aanwezig is en wordt ook lokaal aangesloten op het landelijk toegepaste principe van *just-in-time* leren. Voorbeelden van vakoverstijgende onderwerpen die werden genoemd zijn te vinden in tabel 1. →

Tabel 1. Onderwerpen passend binnen advies voor regionaal onderwijs.

Onderwerpen passend binnen advies voor regionaal onderwijs	
Generieke activiteiten*	<ul style="list-style-type: none"> - Presentatietechnieken <p><i>Onderzoek</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Uitleg over methodologie door wetenschapsgroep bij een CAT - Uitnodigen expert wetenschap (kritisch leren beoordelen van een artikel, instrumenten voor beoordelen artikel) - Wetenschappelijke vorming - Journal club <p><i>Management & leiding geven</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Organisatie rondom klassieke diagnoses in de regio - Bedrijfsvoering: bijv. hoe zet je een poli op in de regio - Medisch leiderschap - Het verschil in organisatie bijvoorbeeld tussen specialistische centra en kleinere algemene centra bij de aanpak van een medisch inhoudelijke onderwerp zoals bijv. het aanmeten van spalken (loopanalyse versus pragmatische aanpak) <p><i>Opleiden & supervisie geven</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hoe zet je een lesprogramma in elkaar? - Hoe kun je effectief online lesgeven? - Hoe houd je het digitaal interactief? - Hoe maak je een goede powerpointpresentatie? - Interdisciplinair opleiden, werkvormen gebruiken
Persoonlijke ontwikkeling	<ul style="list-style-type: none"> - Hoe ontwikkel je jezelf in de opleiding - Persoonlijke effectiviteit - Balans werk-privé - Intervisie - Solliciteren - Soft skills - Werkdruk - Vitaliteit / duurzame inzetbaarheid
Netwerksamenwerking	<ul style="list-style-type: none"> - Leren over/van regionale samenwerking - Triage naar GRZ en MSR, bijv. specialist oudergeneeskunde uit eigen regio betrekken. - Wachtlijsttrriage - Samenwerking aangrenzende specialismen en paramedici
Aangrenzende vakken	<ul style="list-style-type: none"> - Longrevalidatie - Sportgeneeskunde - Orgaanaandoeningen - Andere aangrenzende vakken
Regionale expertise / regionale speerpunten	Onderwerpen die niet lokaal gegeven (kunnen) worden
Overig	<ul style="list-style-type: none"> - Bezoek schoenmaker/instrumentmaker - Diversiteit - Klachten - Communicatiemiddelen - Duurzaamheid - Ethiek - Snijzaal
Behoeft van aios	- Zelf invulling kunnen geven

* Zie het landelijk opleidingsplan voor uitgebreide informatie over de inhoud van de generieke activiteiten op basis- en verdiepingsniveau.

Daarnaast kan er ruimte gemaakt worden voor invulling afgestemd op de behoeften van de aiossen.

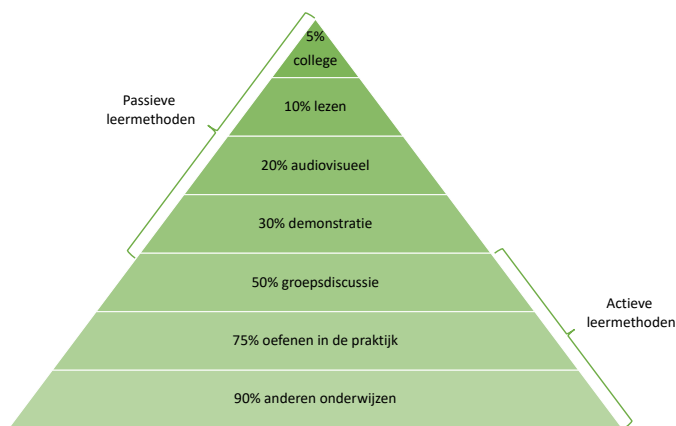
Onderwijsvorm

Fysiek onderwijs met interactieve werkvormen heeft de voorkeur. De individuele leerstrategieën van de aiossen worden het beste

aangesproken door het aanbieden van verschillende onderwijsvormen, met de nadruk op actieve werkvormen omdat deze een hoger leerrendement geven (zie figuur 2.).^{1,2}

'Nadruk op actieve werkvormen; deze geven een hoger leerrendement'

In figuur 2 is te zien dat het hoogste leerrendement wordt gehaald door zelf onderwijs te geven, mits de aios voldoende onderlegd is en ondersteund wordt. Dit is ook één van de generieke activiteiten en kan regionaal of lokaal gerealiseerd worden, met ondersteuning van de betrokken revalidatiearts.



Figuur 2. Afbeelding afgeleid van leerpiramide van Bales - Leerrendement bij verschillende onderwijsvormen.²

Het fysieke onderwijs zorgt er daarnaast voor dat aiossen binnen de regio elkaar leren kennen en er informele intervisie plaatsvindt. Een mogelijkheid om de reistijd te verminderen is om de onderwijsfrequentie te verlagen en de onderwijsduur op een dag te verlengen.

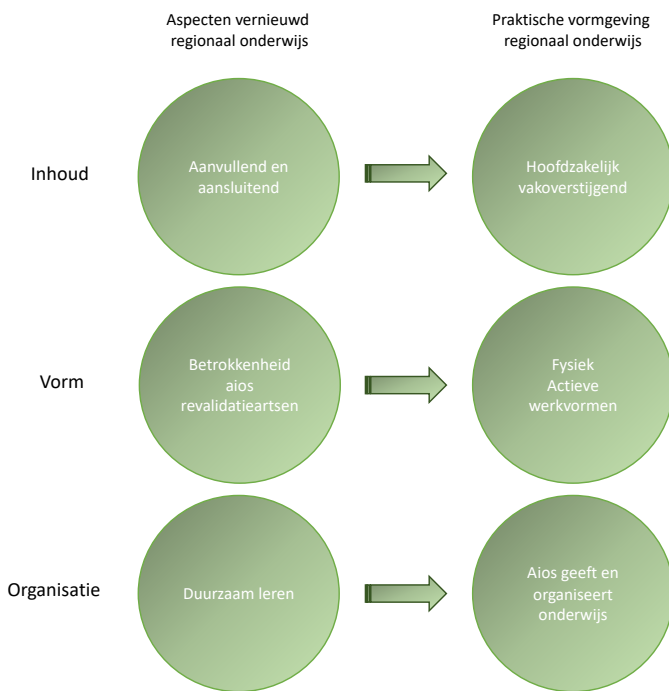
Organisatie

Om de betrokkenheid van de aiossen te vergroten zou door elke aios een onderwijsmoment georganiseerd kunnen worden. De aiossen stellen leerdoelen op en organiseren bijpassende onderwerpen en docenten. Een onderwijscommissie ziet daarbij toe op het gehele regionale onderwijs.

In het najaar kan de frequentie van het regionale onderwijs omlaag of overwogen het regionale onderwijs in de maanden van de themacursussen en DCRM niet te geven. Op die manier blijft

er in die periode voldoende ruimte over voor werkpleklers. Tussen regio's zijn inhoudelijke en organisatorische verschillen en is er ruimte voor invulling op het gebied van regionale of lokale expertise.

In figuur 3 zijn de belangrijkste aspecten samengevat met daarbij de praktische uitwerking richting het nieuwe regionale onderwijs.



Figuur 3. Aspecten van vernieuwd regionaal onderwijs, uitgewerkt richting praktische vormgeving.

SAMENVATTEND ADVIES

Inhoud

Inhoudelijk gaat de focus binnen het regionale onderwijs hoofdzakelijk naar vakoverstijgende onderwerpen. Medisch inhoudelijke onderwerpen verschuiven zo veel mogelijk naar lokaal onderwijs voor optimaal vraaggestuurd werkpleklers. Verder is structureel regionaal georganiseerde intervisie belangrijk.

Onderwijsvorm

Actieve werkvormen tijdens fysieke bijeenkomsten hebben de voorkeur wat ten goede komt aan de interactie en actieve deel-

Referenties

1. Solomon ED, Blankmeyer KL, Tennial RE, Garczynski AM. Learning by Doing: An Empirical Study of Active Teaching Techniques *Jana Hackathorn, The Journal of Effective teaching* 2011;2:40-54.
2. Overview of the learning pyramid for training providers (ar1o.co).

name van de aiossen. De onderwijstijd clusteren levert een vermindering van de reistijd op.

Organisatie

Aiossen zijn in samenwerking met opleider verantwoordelijk voor de inhoud en organisatie van het onderwijs waarbij de aiossen ook zelf onderwijs geven in samenwerking met een expert.

Structurele evaluatie is belangrijk voor het bewaken van de kwaliteit en wensen van de aiossen. Bij voorkeur is/zijn er revalidatiearts(en) aanwezig bij het regionale onderwijs.

Bovenstaand advies over inhoud, vorm en organisatie van het regionaal onderwijs is opgenomen in de leidraad 'regionaal onderwijs' (te vinden op www.revalidatie.nl) en is overgenomen door het Concilium. Het wordt verwerkt in het nieuwe landelijk opleidingsplan (LOP) revalidatiegeneeskunde dat medio 2025 wordt verwacht.

IMPLEMENTATIE

Het advies betekent voor veel regio's een grote verandering van het regionale en daarmee ook lokale onderwijs. De leidraad kan op regionaal niveau uitgewerkt worden in een regionaal onderwijsprogramma. Het wordt aangeraden de aiosgroep hierbij te betrekken. Met deze veranderingen is het regionale onderwijs aanvullend aan het landelijk onderwijs.

'De aios geeft ook zelf onderwijs in samenwerking met een expert'

Aansluiting op medisch inhoudelijke onderwerpen vindt plaats in het lokale onderwijs, waar het direct toepasbaar is op de werkvloer. De aiossen worden actief betrokken bij het geven en krijgen van het onderwijs en door het invoeren van actieve werkvormen verwachten we dat de aiossen duurzaam leren en zich betrokken voelen bij hun eigen leerproces. ←

TIEN VRAGEN AAN PROF. DR. G.M. (CLEMENS) ROMMERS

'Revalidatiegeneeskunde, het mooiste vak ter wereld!'

Op vrijdag 27 september 2024 gaf prof. dr. Clemens Rommers, hoogleraar revalidatiegeneeskunde in het Maastricht UMC, zijn afscheidscollege ter ere van zijn emeritaat met als titel *De bril van de revalidatiearts*. Clemens heeft zich als hoogleraar gericht op onderwijs in de (revalidatie)geneeskunde. Om stil te staan bij zijn emeritaat stellen we hem tien vragen over zijn carrière.

**DRS. L. (LOES) SWAAN**

Revalidatiearts Rijndam Revalidatie, lid redactieraad NTR

**EMMY ROMMERS**

Clemens, we kennen elkaar sinds 1991, van de eerstejaars basiscursus in Rotterdam. Daar is een mooie foto van. We zijn elkaar sindsdien blijven tegenkomen, al hebben we binnen het vak verschillende interesses. Leuk dat ik jou tien vragen mag voorleggen bij je afscheid.

1. Je bent begonnen met de studie psychologie en pas daarna geneeskunde gaan studeren, en vervolgens heeft het nog vier jaar geduurd voordat je in opleiding kwam. Hoe zit dat?

'Dat ik revalidatiearts wilde worden wist ik al in de vierde klas van de middelbare school, waarschijnlijk omdat mijn moeder onder behandeling was van een revalidatiearts. Maar ik lootte twee keer uit, en ben daarom psychologie gaan studeren, mede op advies van onze toenmalige huisarts. Aan een tussenjaar deden we destijds nog niet... Psychologie bleek ook interessant, en nadat ik ingeloot was voor geneeskunde heb ik tot aan mijn coschappen de twee studies naast elkaar gedaan, bijna tot aan mijn doctoraal psychologie. Ik heb zelf een keuzecoschap revalidatiegeneeskunde georganiseerd in Groningen terwijl ik in Utrecht studeerde. Peter Janssens was daar in Zwolle destijds aios, en we gingen samen op pad. Ik achterop de fiets bij Peter, met een paar verbandschoenen

onder de arm: een mooie tijd. Het heeft me na mijn afstuderen enkele jaren gekost om een opleidingsplek te krijgen. Dat was in die tijd niet zo makkelijk. De omwegen leidden me onder andere via banen als schoolarts en als *Senior House Officer* orthopedie in Engeland naar een aniosschap van anderhalf jaar bij Lyndenstein in Beetsterzwaag. Daar kreeg ik de verantwoordelijkheid voor 26 bedden met minimale supervisie; wel leerzaam, maar niet leidend tot mijn doel om revalidatiearts te worden. Daarom heb ik Revalidatie Friesland uitgedaagd: ik dreigde te vertrekken, in de hoop dat dat zou helpen om een opleidingsplek te krijgen. Dat lukte in Groningen, met de verplichting om na mijn opleiding nog vier jaar als revalidatiearts in Friesland te blijven werken. Al mijn ervaring leidde destijds niet tot verkorting van de opleiding op grond van eerder verworven competenties.'

2. Wat waren je ambities bij je start als revalidatiearts?

'Ik was direct geïnteresseerd in wetenschappelijk onderzoek en ben in 2000 gepromoveerd, op amputatie en prothesiologie van de onderste extremititeit bij ouderen. In Friesland waren er weinig



Foto uit privécollectie.



mogelijkheden om verder te gaan met onderzoek en daarom ben ik naar het UMC Utrecht gegaan waar ik een leuke tijd heb gehad. Maar ook daar waren na een reorganisatie weinig mogelijkheden om door te gaan met onderzoek in mijn interessegebieden. Nadat ik eerder veel moeite had moeten doen om een opleidingsplek te bemachtigen was het nu andersom: het UMC Groningen wilde me graag hebben, en ik kreeg daar de gelegenheid om onderzoek te doen binnen mijn aandachtsgebied. In Groningen is ook mijn interesse in onderwijs ontstaan. Ik werd plaatsvervangend opleider en onderwijscoördinator, en mijn belangstelling voor bewegingsonderwijs kon ik kwijt in het meewerken aan het eerste leerboek Fysische Diagnostiek. Wat een werk was dat! We waren kritisch op onszelf: het voordoen van de handelingen moest exact goed zijn. Later heb ik aan alle volgende heruitgaven meegewerkt, met inmiddels een normering om een student goed te kunnen beoordelen. Ik ben nog steeds streng in mijn oordeel over het lichamelijk onderzoek door studenten en aiossen.'

3. Wat heb je verder gedaan met je ambities in onderwijs?

'Mijn Basiskwalificatie Onderwijs (BKO) heb ik al vroeg in mijn loopbaan gedaan. Dat ging vrij informeel: ik moest drie dikke ordners aanleveren met mijn prestaties op onderwijsgebied en dat was het. Als onderwijscoördinator kreeg ik steeds meer invloed op het basiscurriculum. Hoewel ik meende al veel te weten over medisch onderwijs, bleek dit tegen te vallen als het ging over onderwijs in de volle breedte van de geneeskunde. Daarom heb ik, toen ik al hoogleraar was, de master *Health Professional Education* (MHPE) aan de Universiteit Maastricht gedaan, als eerste revalidatiearts. Gelukkig kon ik al vrij snel in die opleiding een differentiatie kiezen op mijn eigen vakgebied, het ICF-model. Dat vind ik zó leuk: enthousiasme voor een onderwerp waar ik heel erg in geloof overbrengen op anderen die daar nog weinig van afweten. Ik ben er trots op dat het ICF-model nu in de nieuwe Blauwdruk geneeskunde 2022 staat: het is een verplicht onder-

werp voor alle geneeskundestudenten. De rol van alle (politieke) belangen op keuzes blijft lastig; het gaat nooit alleen om de inhoud en het gaat nooit vanzelf, je moet blijven knokken.'

4. Zie je raakvlakken tussen je hobby muziek (orgel, koor) en de (revalidatie)geneeskunde?

'Nee, eigenlijk niet. Ik heb me in Maastricht ook niet beziggehouden met problemen van het bewegingsapparaat bij musici, hoewel Maastricht wel een traditie heeft op dat gebied. Waar ik met bewondering naar heb gekeken tijdens mijn opleiding was het effect van muziektherapie op mensen met afasie of Parkinson.'

5. Vanwaar je interesse in de diabetische voet, amputatie en prothesiologie?

'Bij de diabetische voet is intensieve multidisciplinaire samenwerking nodig. Voor andere professionals is het niet vanzelfsprekend om naar het functioneren te kijken en het is geweldig om anderen daarover te leren. Zo had een orthopeed een idee over een operatie, die volgens hem een goed resultaat zou hebben op de functie van de voet. Wat bleek: het doel van de patiënt was met de operatie nooit bereikt, wat heel vervelend was geweest als dat pas ná de operatie duidelijk was geworden. Wij kijken gelukkig verder,

**'Ik vind het heel leuk om
enthousiasme voor een onderwerp
waar ik heel erg in geloof over te
brengen op anderen'**

ook naar activiteiten en participatie. Een gemeenschappelijke benadering, juist bij complexe casuïstiek, is een uitdaging. En dat het lichamelijk onderzoek zich niet beperkt tot de onderzoeksbank, dat observatie van het bewegen tenminste zo belangrijk is, het vertalen van een bewegingspatroon naar functie. Vooraf schouderpijnen trainen om na een orthopedische operatie met loophulpmiddelen te kunnen lopen is voor ons normaal, maar voor veel anderen nog niet.'

6. Hoe blijven we aiossen de basis van ons vak leren, met verkorting en steeds meer differentiatie in de opleiding?

'De basis is en blijft anamnese en het lichamelijk onderzoek. Helaas maak ik mee dat een derdejaars of vierdejaars aios dat nog niet blijkt te beheersen. 'Wat is hier fout gegaan?', denk ik dan. Bij navraag blijkt meestal dat er eerder al signalen waren maar dat niemand daar consequenties aan heeft verbonden. Het portfolio biedt voldoende houvast voor een goede beoordeling, maar er →



Het cortege bij het afscheid van Clemens.

wordt te weinig mee gedaan. Ik vind 10 KPB's (Korte Praktijk Beoordelingen) per stage, óók als die maar drie maanden duurt, heel normaal. Een KPB is juist van belang als een aios iets nog niet perfect beheerst, daar leer je het meeste van. Ook het onderbuikgevoel van de supervisor moet je meenemen in de beoordeling van een aios. Dat is én subjectief én waardevol.

'Ik verwacht dat AI een deel van het diagnostisch proces zal overnemen, maar communicatie met de patiënt en Samen Beslissen blijft aan ons'

Hoe doet de aios het in besluitvaardigheid, in empathie? Naast het lichamelijk onderzoek wordt communicatie met de patiënt alleen maar belangrijker. Mijn verwachting is dat AI een deel van het diagnostisch proces zal overnemen, maar communicatie met de patiënt en Samen Beslissen blijft aan ons. Lichamelijk onderzoek en communicatie zijn twee poten van de opleiding tot revalidatiearts die moet je behouden, ook met verkorting en verregaande differentiatie.'

7. Welke ontwikkelingen van de laatste jaren juich je toe, en over welke maak je je zorgen?

'We hebben heel veel bereikt in de bijna 70 jaar dat ons vak nu bestaat. We hebben laten zien wat we kunnen, men kan niet meer om ons heen. Wat ik ook toejuich is de samenwerking tussen revalidatiecentra, ziekenhuizen, eerste lijn en ouderenzorg. Ik

verwacht dat er in de toekomst minder revalidatiecentra nodig zijn, en dat is prima. Het zal normaal worden om verder te reizen voor hoog-complexe zorg als dat nodig is. Waar ik me zorgen over maak is het gedoe dat we steeds hebben met bekostiging. Wanneer leert men eindelijk dat goedkoop uiteindelijk duurkoop is? Een klein bedrag extra kan zóveel meer opleveren! En we moeten *stepped care* vervangen door *matched care*, anders is het een verspilling van middelen. Ik maak me ook zorgen over de zichtbaarheid van de revalidatiearts in het ziekenhuis. Dáár ligt de basis van ons vak, niet in de centra. Hoe kan het dat je als revalidatiearts in een ziekenhuis een ander EPD hebt dan de andere specialisten, omdat het revalidatiecentrum nu eenmaal dat andere EPD heeft?'

8. Je hebt geen opvolger met een leerstoel onderwijs. Hoe zorg je dat jouw *legacy* bewaard blijft?

'Dat is teleurstellend, ik had het graag anders gezien. Anderzijds is er al veel bereikt, en ik hoop dat mijn collega's voldoende tijd en vrijheid krijgen om door te gaan op de ingeslagen weg.'

9. Blijf je na je pensionering betrokken bij de revalidatiegeneeskunde en/of bij onderwijs?

'Van het ziekenhuis moet ik met pensioen, en als het ziekenhuis stopt dan stopt ook de universiteit, dat is nu eenmaal zo. Ik blijf betrokken bij audits in het ziekenhuis en bij opleidingsvisitaties. Verder werk ik mee aan trainingen voor opleiders en word ik veel gevraagd om mee te denken over de pijler 'onderwijs' in de opleiding. En wat leuk is: in de serie 'Compendium geneeskunde' zijn we bezig met een deel revalidatiegeneeskunde!'

10. Waar ben je trots op, als je terugkijkt? Je was in 2015 de eerste Docent van het Jaar, je hebt de Van Hoytema Trofee gewonnen...

'Allereerst op mijn proefschrift: de inhoud is mijns inziens nog steeds van belang. Verder op mijn invloed op het basiscurriculum, op het boek Fysische Diagnostiek, op de inbreng in het Compendium Geneeskunde. We hebben tenslotte het mooiste vak ter wereld!' ←

Afscheidscollege terugzien?



Het afscheidscollege van Clemens Rommers is terug te zien.

De Pronkhoek



CORRESPONDENTIE
jorik.nonnekes@radboudumc.nl

MODULATIE VAN AROUSAL OM LOOPPROBLEMEN BIJ MENSEN MET PARKINSON TE VERMINDEREN

Dr. Jorik Nonnekes, revalidatiearts Radboudumc



SUBSIDIE

ZonMw-VIDI (persoonsgebonden subsidie van 850.000 euro)

De ziekte van Parkinson is de op één na meest voorkomende neurodegeneratieve aandoening, en de prevalentie zal de komende decennia snel

toenemen. Loopstoornissen zijn een veelvoorkomend symptoom bij Parkinson. Aanvankelijk zijn deze loopstoornissen constant aanwezig: mensen lopen met kleinere en soms schuifelende pasjes. Met de progressie van de ziekte ontstaat er een extra loopprobleem, namelijk bevriezen van lopen: episodes waarin een patiënt niet in staat is om de volgende stap te zetten en het gevoel heeft dat de voeten aan de grond staan vastgeplakt. Hoewel dopaminerge medicatie (de belangrijkste behandeling bij Parkinson) het lopen enigszins verbetert, verhelpt het de loopstoornissen niet volledig. Er is daarom grote behoefte aan nieuwe behandelopties. De mechanismen die ten grondslag liggen aan loopstoornissen bij Parkinson begrijpen echter we nog onvoldoende, wat de ontwikkeling van nieuwe behandelingen belemmert.

Op basis van klinische observaties zie ik arousal als het belangrijkste ontbrekende puzzelstuk om loopstoornissen bij Parkinson te behandelen. Arousal is de mate waarin een persoon opgewonden of alert is, bijvoorbeeld als gevolg van angst, stress of cognitieve belasting. Loopstoornissen bij Parkinson verergeren doorgaans door verhoogde niveaus van arousal. In het gehonoreerde VIDI-project onderzoek ik hoe dit komt, en hoe mogelijke behandeling werkt.

HYPOTHESE

Arousal beïnvloedt de sterkte van communicatie tussen verschillende onderdelen in het brein, vergelijkbaar met de volumeknop van een radio. Bij Parkinson is er echter een progressieve degeneratie van het arousal-systeem (locus coeruleus), wat het finetunen van arousal steeds moeilijker maakt. Ik verwacht dat als arousal te veel toeneemt, communicatie tussen hersengebieden niet meer effectief is, en dat hierdoor loopstoornissen erger worden; soms zelfs leidend tot bevriezen van lopen.

METHODE

Ik gebruik innovatieve methoden om deze hypothese te onderzoeken: ik gebruik onder andere augmented reality (zie figuur 1) om arousal te moduleren. Tijdens het lopen meet ik hersenactiviteit met ambulante EEG. Ten slotte evalueer ik met ambulante EEG het werkingsmechanisme van een reeds door mijn team ontwikkelde gedragsmatige behandelinterventie voor angst-gerelateerd bevriezen van lopen.



Figuur 1. Augmented reality bril (A), en beelden van normale (B) en verhoogde (C) arousal condities.

IMPACT

Aangezien de meeste symptomen bij Parkinson verergeren in de context van verhoogde arousal, zullen mijn bevindingen ook ons begrip van deze andere symptomen vergroten. Bovendien kunnen de resultaten van mijn VIDI-project zeer waarschijnlijk vertaald worden naar andere neurologische aandoeningen (bijvoorbeeld beroerte, cerebellaire ataxie), waarin verhoogde arousal ook het functioneren negatief beïnvloedt. De bevindingen openen de weg naar zowel farmacologische als non-farmacologische behandeling van suboptimale arousal bij patiënten met cerebrale aandoeningen. Non-farmacologische behandeling wordt in de revalidatie reeds toegepast, denk hierbij aan ontspanningsgroepen. Hiervoor ontbreekt echter een neurowetenschappelijke basis - wat waarschijnlijk nodig is voor toekomstige vergoeding door verzekeraars -, mijn VIDI-project is een eerste stap hiertoe.

DE PRONKHOEK

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

DE WEG NAAR JUISTE ZORG OP DE JUISTE PLEK

Samenwerken voor kinderen met DCD

Voor de juiste zorg op de juiste plek voor kinderen met DCD is Revalidatie Friesland een samenwerking gestart met meerdere eerstelijns praktijken. Resultaat is dat Revalidatie Friesland met meerdere eerstelijns praktijken samenwerkt. Naast veranderingen in cultuur (elkaar kennen en vertrouwen) bleek ook veranderingen in organisatiestructuur (bijvoorbeeld planning) noodzakelijk.



S.A. (SARAH) FLAP MSC

Projectleider, Revalidatie Friesland, Beetsterzwaag

H.A. (HELEEN) REINDERS-MESSELINK PHD

Senior onderzoeker, Revalidatie Friesland, Beetsterzwaag,

M.M. (MARINA) SCHOEMAKER PHD

Universitair Hoofddocent, Rijksuniversiteit Groningen, UMCG, Bewegingswetenschappen, Groningen

B. (BARBARA) PISKUR PHD

Universitair Hoofddocent, Zuyd Hogeschool, Heerlen & Universiteit Hasselt, Hasselt, België



CORRESPONDENTIE

Sa.flap@revalidatie-friesland.nl

Kinderen met *Developmental Coordination Disorder* (DCD) zijn beperkt in participatie thuis, op school en in de maatschappij.^{1,2,3} Ze ervaren problemen in de motoriek, zelfvertrouwen en zelfstandigheid, waarvoor kinderen behandeld worden door therapeuten in de eerste lijn.

Aanbeveling uit de DCD-richtlijn is om bij onvoldoende vooruitgang en/of complexe problematiek te verwijzen naar een revalidatie-centrum.³ Deze kinderen worden echter vaak laat doorverwezen naar een multidisciplinair team in de tweede lijn. Het duurt gemiddeld 33,5 maanden na de eerste keer dat ouders hun zorgen bij een zorgprofessional geuit hebben, voor de diagnose DCD gesteld is.⁴ Groot risico hierbij is dat kinderen faalangst ontwikkelen en motorische activiteiten vermijden, waardoor hun vaardigheden verder achteruit gaan en ze niet mee komen met leeftijdgenootjes.

Betere afstemming tussen eerste- en tweedelijnszorg, is nodig om kind en ouder eerder de beste ondersteuning te geven en onzekerheid bij ouders weg te nemen.

Om betere samenwerking te organiseren is in Friesland het door ZonMw gesubsidieerde project *Samenwerking tussen de eerste en tweede lijn in Friesland: ontwikkelen van een DCD-netwerk* met diverse partners gestart. Het doel van dit project is om in co-creatie met diverse stakeholders de Juiste Zorg Op de Juiste Plek voor kinderen met DCD te organiseren.

Dit project kenmerkt een multi-method aanpak; interviews, actie-onderzoek, tijdlijnmethode en ontwerpgerichte benadering. De interviews met professionals vanuit de eerste lijn, Revalidatie Friesland, het onderwijs (ambulante begeleiding) en ouders van kinderen met DCD lieten zien dat er sprake was van een wij-zij cultuur met denkbeelden over en weer. Er was een gevoel binnen de eerstelijnszorg dat Revalidatie Friesland zich als expert beschouwde voor de zorg van kinderen met DCD en dat ze kinderen

'Er bleek sprake van een wij-zij cultuur'

bij voorkeur binnen de eigen instelling wilden houden. Aan de andere kant vonden professionals bij Revalidatie Friesland dat kinderen te lang in de eerstelijnszorg bleven zonder doorverwijzing. Een gebrek aan communicatie tussen de eerstelijns- en tweedelijnszorg belemmerde de samenwerking.

Om de samenwerking tussen de eerstelijns- en tweedelijnszorg te verbeteren, zijn we met een aantal enthousiaste mensen vanuit verschillende werkvelden een werkgroep gestart wat te beschouwen is als een *community of practice*. Kenmerkend hiervoor is dat iedereen werkt vanuit intrinsieke motivatie, zijn kennis en ervaring rondom DCD deelt en we van elkaar leren om uitdagingen in de

praktijk aan te gaan.⁵ In dit project zijn kindertherapeuten vanuit de eerstelijnszorg (Fysiotherapie Oosterwolde en Kinderfysiotherapie Leeuwarden) en tweedelijnszorg (Revalidatie Friesland) betrokken en wordt samengewerkt met Steunpunt Onderwijs Noord, oudervereniging Balans-Digitaal, en ouders van kinderen met DCD.

Binnen de werkgroep hebben we de resultaten van de verkennende interviews over de onderlinge denkbeelden en gebrek aan communicatie op tafel gelegd en openlijk besproken. Dit bleek een belangrijke eerste stap in het creëren van wederzijds begrip, aangezien iedereen zich realiseerde dat we een gezamenlijk doel hebben in de zorg voor kinderen met DCD. De verschillende belangen hebben we omgezet naar een gezamenlijke missie: Goede samenwerking tussen eerste- en tweedelijnszorg met gezamenlijke verantwoordelijkheid in de zorg voor kinderen met DCD. Bij voorkeur vindt de zorg zo veel mogelijk dicht bij huis plaats, waardoor het geleerde in de behandeling makkelijker gegeneraliseerd kan worden naar de thuissituatie.

ACTIES

Ontwikkelen samenwerkingsmodel

Na het opstellen van een gezamenlijke missie, was de reactie van de werkgroep: we willen op korte termijn concrete resultaten opleveren. Echter bleek al snel dat de betrokkenen niet elkaars taal spraken, en dat het van belang is te investeren in het opbouwen van een onderlinge relatie door elkaar te leren kennen en vertrouwen. We zijn praktisch aan de slag gegaan met het ontwikkelen van een protocol voor samenwerken, met als doel: afspreken 'wie doet wat en wanneer in het zorgproces rondom DCD'. Hierbij kwamen ieders ideeën en belangen op tafel wat leidde tot een gesprek over elkaars perspectieven en expertise. In het ontwikkelde prototype samenwerkingsmodel wordt de eerstelijns therapeut onderdeel van het multidisciplinaire revalidatieteam, door mee te doen aan verschillende multidisciplinaire overleggen (aan het begin van de behandeling, bij de overgang naar de eerste lijn en bij het gezamenlijke eindgesprek). Het uitgangspunt van het samenwerkingsmodel is dat het team binnen Revalidatie Friesland focust op het aanleren van een leerstrategie en het bieden van ouderbegeleiding. Vervolgens gaat de eerste lijn in de eigen omgeving van kind en ouders verder met het toepassen van de leerstrategie op verschillende vaardigheden.

Uitbreiding van de samenwerking: een groeiend innovatie ecosysteem voor gelijkwaardigheid

Na op kleine schaal ervaring te hebben opgedaan met het realiseren van samenwerking, hebben we opgeschaald door in een netwerk-

bijeenkomst, waarvoor alle eerstelijnspraktijken uit Friesland waren uitgenodigd, input en feedback te vragen op het concept-samenwerkingsmodel. Na deze netwerkbijeenkomst zijn 21 eerstelijns therapeuten aangehaakt bij de samenwerking.

Gedurende het innovatieproces kwamen we met de werkgroep tot het inzicht dat een samenwerkingsmodel niet voldoende is, maar dat elkaar leren kennen en vertrouwen cruciaal is, ook voor de praktijken die nieuw aanhaken bij het netwerk. Daarom zijn we meeloopdagen gaan organiseren, waarin de eerste lijn meekijkt bij een DCD-consult van Revalidatie Friesland.

Continue evaluatie en reflectie

Passend bij actieonderzoek zijn verschillende methodes van evaluatie en reflectie ingezet met als doel om zicht te houden of acties bijdragen aan de langetermijnmissie, bij te stellen waar nodig en geleerde lessen in kaart te brengen. Om goed zicht te houden op hoe de samenwerkingsafspraken tot uiting komen in de praktijk zijn twee monitoren aangesteld. De input van de monitoren werd ingebracht in de projectgroep waarbij gereflecteerd werd op zowel inhoud als proces.^{6,7}


'De eerste lijn wordt onderdeel van het multidisciplinaire revalidatieteam'


Naast het aanstellen van twee monitoren zijn ervaringen verzameld door middel van interviews met de eerstelijns professionals en observaties van de projectleider gedurende behandelteam-besprekingen. Alle projectgroepbijeenkomsten zijn opgenomen middels een video-opname en uitgewerkt in een verslag. De Tijdlijnmethode is ingezet voor een gezamenlijk reflectiemoment om bewust stil te staan bij wat er gebeurt in de praktijk en zo inzicht te krijgen in het hele innovatieproces.⁸ Hierbij werd met de projectgroep over langere tijd teruggekeken naar wat belangrijke momenten in het proces waren die energie gaven en/of juist energie kostten. Het resultaat hiervan is beschreven in een zogenaamd veranderverhaal. Ook is de KinderAdviesRaad gevraagd naar wat zij belangrijk vonden en hoe zij tegen samenwerking aan keken. Al deze data zijn vervolgens kwalitatief geanalyseerd met het programma *Atlas.ti*. De opbouw van een codeersysteem gebeurde volgens de 'data-driven methode'. Dit houdt in dat eerst specifiek is gecodeerd en later meer algemenere categorieën zijn gemaakt.⁹



Opbouwen van samenwerking

Samenwerken
Aan de Juiste Zorg Op de Juiste Plek





‘Als je gaat samenwerken moet het wel met iemand zijn waar je goed mee op kan schieten. Dat gebeurde vandaag nog in de klas ‘iemand luisterende niet’, ja dan is samenwerken wel een beetje moeilijk. Het moet wel iemand zijn met wie je goed kan opschieten en elkaar kan aanvullen’
 (Kind uit de Kinderadviesraad van Revalidatie Friesland)

Waar eerder wantrouwen zat, is dit door het uit te spreken naar elkaar en het erover te gaan hebben, gegroeid naar vertrouwen onderling
 (Uit: veranderverhaal – Tijdlijnmethode)

GELEERDE LESSEN

Vooral uit de tijdlijnmethode werd duidelijk dat de organisatie-structuur binnen Revalidatie Friesland belemmerend werkt omdat het is ingericht op de eigen medewerkers. Samenwerking met de eerste lijn vraagt flexibiliteit van planners, en andere medewerkers binnen Revalidatie Friesland om buiten de eigen organisatiestructuren te werken en denken. Na deze bewustwording zijn er extra acties uitgezet om de (planning)structuur binnen Revalidatie Friesland zo te organiseren dat het de samenwerking met externe partijen bevordert.

Een tweede belangrijke les is dat ‘kennen, begrijpen, waarderen en vertrouwen’ voorwaardelijk zijn om te komen tot een goede samenwerking.¹⁰ Zie ook het kader waarin quotes van stakeholders dit onderbouwen.

IMPACT SAMENWERKING

Door de samenwerking ervaren therapeuten nu een vollediger beeld van het kind, wat leidt tot beter afgestemde behandelingen.

Dankzij de gezamenlijke benadering begrijpen ouders beter wat er met hun kind aan de hand is, wat bijdraagt aan de betrokkenheid van ouders. Dit heeft vervolgens weer een positief effect op het kunnen toepassen van de tijdens de behandeling geleerde leerstrategieën door ouders in de thuisomgeving.

Kortom, de samenwerking tussen eerstelijns therapeuten en het multidisciplinaire team heeft niet alleen geleid tot een gedeelde missie en geïntegreerde samenwerking, maar heeft ook geleid tot verbetering van de behandelkwaliteit en het begrip van ouders om het geleerde vanuit de behandeling in de thuissituatie toe te passen. ←



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

Dick Rijken

1937 - 2024

Op 1 juli 2024 overleed onze opleider Richard ('Dick') Rijken op 86-jarige leeftijd, kort nadat wij hem nog mochten zien op een receptie in de Sint Maartenskliniek.

Dick was een man die in diverse opzichten indruk maakte. Met zijn postuur en indringende blik kon hij mensen soms intimideren, maar wie hem beter leerde kennen ontdekte al snel dat hij in wezen een gevoelig, fijnbesnaard mens was. Ook als opleider speelde hij met beide kanten van zichzelf. Hij gaf je soms het gevoel niet tegengesproken te willen worden, maar eigenlijk verlangde hij juist naar weerwoord en stelde hij een duidelijke, eigen mening op prijs. Hij wilde daarmee het beste uit iedere airos halen. Het gezegde 'zonder wrijving geen glans' was vaak op hem van toepassing. Dick was ervan overtuigd dat onze jonge professie sterke ambassadeurs nodig had, en met die overtuiging probeerde hij net-afgestudeerde artsen voor de revalidatiegeneeskunde te interesseren. Net als veel van zijn generatiegenoten was hij een innovator (al heette dat toen nog niet zo), op zoek naar kansen en talent om vooruitgang van ons vak te bewerkstelligen.

Dick begon zijn carrière als revalidatiearts in 1970. In 1982 kwam hij vanuit West-Brabant naar Nijmegen om tot 1997 medisch hoofd te zijn van het revalidatiecentrum van de Sint Maartenskliniek. In 1985 startte hij tevens met de opleiding en hij is tot zijn vertrek hoofdopleider geweest. Hij werkte als revalidatiearts-opleider primair in de Sint Maartenskliniek, maar zijn hart lag ook bij de ziekenhuisrevalidatie, vooral in het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis (het toenmalige opleidingsziekenhuis). Hij was een groot voorvechter van de professionalisering van de opleiding en initiatiefnemer van de VRA-basiscursussen. Ook zag hij al vroeg het belang van wetenschap en ijverde hij voor meer wetenschap binnen de opleiding. Hij stond aan de wieg van de huidige researchafdeling van de Sint Maartenskliniek, ooit gestart als afdeling Revalidatieonderzoek. Samen met orthopedisch schoenmaker Jan Toornend was hij initiatiefnemer van de toenmalige TOS-AGIO trofee, later de Livit trofee, en nu de VRA Wetenschap Talent Award voor wetenschappelijke verdiensten van airossen. Dick zag ook al vroeg de waarde van nieuwe richtingen in ons vakgebied, zoals de cognitieve revalidatie.



Samen met de psychologen van de Sint Maartenskliniek heeft hij bij de zorgverzekeraars bereikt dat cognitieve revalidatie vanaf 1994 in het vergoedingenbesluit werd opgenomen.

Bestuurlijk heeft Dick evenzeer zijn steentje bijgedragen. Hij was van 1971 tot 1976 penningmeester van het VRA-bestuur. En van 1988 tot 1996 was hij lid van het Concilium, waarvan vele jaren als voorzitter. In 1990 is Dick vanwege zijn verdiensten voor de vereniging onderscheiden met de zilveren balk en in 2000 met de gouden balk. In 2004 heeft hij de Van Hoytema Trofee gewonnen voor bijzondere verdiensten in woord en/of geschrift.

Terugkijkend realiseren we ons des te meer dat Dick voor de revalidatiegeneeskunde en voor de VRA enorm veel heeft betekend. We gaan hem missen en wensen zijn vrouw, kinderen, kleinkinderen, vrienden en familie veel sterkte met dit grote verlies. ←

Sander Geurts

Marion Verhulsdonck

Fons van Dijk

Margreet Stroo

1942 - 2024

Op 4 juli overleed Margreet Stroo. Meer dan 20 jaar geleden stopte zij met haar werk als revalidatiearts. Zij werkte gedurende bijna 20 jaar in Roessingh Revalidatiecentrum.

Margreet was na haar opleiding tot diëtiste vier jaar werkzaam in Utrecht. Ze wilde echter arts worden. Na aanvullende examens (haar vooropleiding vereiste dat) mocht ze starten. En na haar opleiding geneeskunde ging ze aan het werk in Roessingh Revalidatiecentrum.

Ze startte in 1978 haar opleiding tot revalidatiearts bij Wijnokus en het laatste deel bij Zilvold. Wijnokus was aangetreden om Roessingh weer op poten te zetten. Hij was blij met Margreet. Hij vond haar een hardwerkende betrouwbare collega en dat werd nog eens gegarandeerd door haar achtergrond: afkomstig uit Walcheren en na de watersnoodramp in 1953 met verlies van huis en haard in staat om met volle kracht door te gaan en opbouwend te zijn. Zilvold nam haar na haar opleiding in 1983 in dienst.

Ik leerde haar eind 1981 kennen. We hadden een goede werk- en privé relatie. Zo heb ik begin jaren 80 op haar verzoek het tuinpad en de stoep bij de voordeur van haar woning opnieuw voor haar aangelegd. Regelmatig hadden we na haar pensioen nog contact, tot haar overlijden.

Ze bleef gedurende ongeveer 20 jaar in Roessingh werken. Aanvankelijk op de klinische afdeling Maatman, een kliniek voor volwassenaars met CVA en NAH. Ze leverde een bijdrage in het afasie-team. Daarnaast was ze werkzaam in het ziekenhuis in Oldenzaal. Ze deed daar een schoenenspreekuur met de orthopedisch schoenmaker en adviseerde over de medische indicatie en vooral ook over de kleur van het leer. Verder was ze consulent in het verpleeghuis in Lossler. Later in de jaren 90 ging ze werken met kinderen op de Mytylschool, naast Roessingh gelegen. Ze was verantwoordelijk voor kinderen en jongeren op het Voortgezet Speciaal Onderwijs (VSO). Tot aan haar VUT heeft ze vooral gewerkt in het door haar opgezette DCD-team. Verder was ze consulent in een aantal kinderdagcentra in de regio. Ze was bestuurslid van de manege, die naast Roessingh gelegen is, waar ook haar patiënten paard reden.



Na haar VUT werd ze gedurende negen jaar secretaris bij de Stichting Steun voor Lichamelijk Gehandicapten in Twente en omgeving. Verder was ze jaren actief voor de Palestijnse zaak (ze stond voor de Palestijnse vrouwen in de Gaza). Ze was gids in de synagoge in Enschede en was actief in de kerk. Ze was lid van de Soroptimisten. Ze maakte meerdere buitenlandse reizen, onder andere naar Egypte waar ze op een kameel werd gehesen, maar ook als lijfarts een oud-collega medische bijstand verleende. Ze speelde golf. Dat ging echter geleidelijk minder omdat ze minder goed ter been werd.

We hebben haar gekend als een betrokken, toegewijde, sociale, empathische *teampayer*, die van haar werk hield. Ze heeft een intens en toegewijd leven geleid.

De voorganger memoreerde tijdens de uitvaart over haar leven een uitspraak van Margreet: 'Het leven was zeer goed'. ←

Daan Wever

Met dank aan de collega's, die geholpen hebben bij het maken van dit In Memoriam, te weten: *Frans van Dam, Mieke Gaymans, Karel Maathuis en Cathrien van Groningen*

Verkorte productinformatie BOTOX® (april 2024). **Naam en samenstelling:** BOTOX 100 Allerganeenheden poeder voor oplossing voor injectie bevat botulinumtoxine (van Clostridium botulinum) type A, 100 Allerganeenheden per injectieflacon. Botulinumtoxine-eenheden van verschillende producten zijn niet onderling uitwisselbaar. **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 Waarschuwingen). *Blefarospasme, hemifaciale spasme en geassocieerde focale dystonieën. *Cervicale dystonie (torticollis spastica). **Contra-indicaties:** BOTOX is gecontra-indiceerd: voor personen met een bekende overgevoeligheid voor botulinumtoxine type A of voor één van de hulpstoffen; bij een infectie op de voorgestelde injectieplaats(en). **Waarschuwingen:** 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. Voorschrijvers en patiënten moeten zich ervan bewust zijn dat bijwerkingen kunnen optreden, ook al werden eerdere injecties goed verdragen. 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. Dysfagie werd ook gemeld na injectie op andere plaatsen dan de halsspieren. 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 motorneuropathische aandoeningen (zoals amyotrofe laterale sclerose of motorische neuropathie) en bij patiënten met onderliggende neurologische aandoeningen, omdat het kan leiden tot extreme spierzwakte en een verhoogd risico op klinisch significante systemische effecten. 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. Niet-mobiele patiënten moeten de activiteiten geleidelijk 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 voor patiënten die niet-geregistreerde injecties ("off-label") van BOTOX rechtstreeks in de speekselklieren, het orolinguaal-faryngeaal gebied, de slokdarm en de maag kregen toegediend. Ernstige en/of onmiddellijke overgevoeligheidsreacties, waaronder anafylaxie, serumziekte, urticaria, oedeemvorming en dyspneu, zijn slechts zelden gemeld. Zoals bij elke injectie kan de injectie letsel veroorzaken, zoals plaatselijke infectie, pijn, ontsteking, paresthesie, hypesthesie, gevoeligheid, zwelling, erytheem en of bloeding/blauwe plekken. Pijn en/of angst gerelateerd met de naald kunnen leiden tot vasovagale reacties, zoals syncope, hypotensie, enzovoort. Voorzichtigheid is geboden als BOTOX wordt gebruikt in de aanwezigheid van ontstekingen op de voorgenomen injectieplaats(en) of als de te behandelen spier overmatige zwakte of atrofie vertoont. 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. Nieuwe of terugkerende epileptische aanvallen zijn gemeld, in het bijzonder bij volwassen en pediatrie patiënten die daarvoor vatbaar zijn. 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. 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. 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. BOTOX is een behandeling voor focale spasticiteit die enkel werd onderzocht in combinatie met de gebruikelijke standaardbehandelingen en is niet bedoeld als vervanging van deze behandelingsmodaliteiten. BOTOX verbetert de bewegingsamplitude van een gewricht dat is aangetast door een gefixeerde contractuur allicht niet. BOTOX mag niet worden gebruikt bij de behandeling van focale spasticiteit van de bovenste ledematen (hand en pols) en de onderste ledematen (enkel voet) bij volwassenen na een beroerte als verminderde spiertonus naar verwachting niet zal leiden tot verbetering van de werking (bijv. beter kunnen wandelen) of verlichting van de symptomen (bijv. pijnverlichting), of de patiëntenzorg niet zal vergemakkelijken. Voorzichtigheid is geboden bij de behandeling van volwassenen met spasticiteit na een beroerte die risico lopen op vallen of die kampen met significante comorbiditeiten. 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. Minder knippen met de ogen na de injectie van botulinumtoxine in de m. orbicularis kan leiden tot blootstelling van het hoornvlies, aanhoudend epitheeldefect en verzuring van het hoornvlies, vooral bij patiënten met aandoeningen van de Vlle zenuw. Het onderste ooglid wordt best niet geïnjecteerd om een ectropion te voorkomen. Ecchymose treedt gemakkelijk op in de weke delen van het ooglid. Gezien de anticholinergische werking van botulinumtoxine moet u voorzichtig zijn bij de behandeling van patiënten met een risico op een geslotenkamerhoekglaucoom, waaronder patiënten met anatomisch nauwe hoeken. Patiënten met cervicale dystonie moeten worden ingelicht over de mogelijkheid van zeer lichte tot ernstige dysfagie. Die 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. In zeldzame gevallen is dysfagie gevolgd door verslikingspneumonie en overlijden gemeld. Injecties in de m. levator scapulae kunnen het risico op een infectie van de bovenste luchtwegen en dysfagie verhogen. Patiënten met subklinische dysfagie lopen meer kans op ernstigere dysfagie na injectie van BOTOX. Zie voor een volledige lijst de huidige SmPC. **Bijwerkingen:** Hierna volgt een opsomming van de zeer vaak ($\geq 1/10$) en vaak ($\geq 1/100$, $< 1/10$) voorkomende gemelde bijwerkingen. Zie voor een volledige lijst de huidige SmPC. **Focale spasticiteit van het onderste ledemaat bij kinderen** Vaak: uitslag, ligamentverstuijing, huidschaafwond, loopstoring, pijn op de injectieplaats. **Focale spasticiteit van de bovenste ledematen als gevolg van een beroerte bij volwassenen** Vaak: misselijkheid, pijn in de ledematen, spierzwakte, vermoeidheid, perifeer oedeem. **Focale spasticiteit van de onderste ledematen als gevolg van een beroerte bij volwassenen** Vaak: uitslag, gewrichtspijn, stijfheid van de skeletspieren, spierzwakte, perifeer oedeem, vallen. **Blefarospasme, hemifaciaal spasme en geassocieerde dystonieën** Zeer vaak: ptosis. Vaak: puntvormige hoornvliesontsteking (keratitis), lagofthalmus, droog oog, fotofobie, oogirritatie, meer traansecretie, ecchymose, irritatie, oedeem in het gezicht. **Cervicale dystonie** Zeer vaak: slikstoornis (dysfagie), spierzwakte, pijn. Vaak: irritatie in de neus (rhinitis), infectie van de bovenste luchtwegen, duizeligheid, hypertonie, hypo-esthesie, slaperigheid, hoofdpijn, droge mond, misselijkheid, stijfheid en pijn in de skeletspieren, asthenie, griepachtige ziekte, malaise. **Farmacotherapeutische groep:** andere spierrelaxantia, perifeer werkende stoffen. ATC-code: M03A X01. **Afleverstatus:** U.R. **Vergoedingstatus:** Volledig vergoed. **Registratienummer:** RVG 117146. **Registratiehouder:** AbbVie B.V., Wegalaan 9, 2132 JD Hoofddorp. Telefoonnummer: 088 322 2843.

Geïntegreerde informatie over dit geneesmiddel is beschikbaar op abbvie.ie/productinformatie.

Krijg spasticiteit vroegtijdig in zicht.

22-43% van de patiënten ontwikkelt spasticiteit binnen 3 tot 6 maanden na beroerte.¹

Elk jaar krijgen ruim 40.000 mensen in Nederland een beroerte, waarvan 78% het overleeft.² Voor patiënten kan een beroerte het begin zijn van een worsteling met geestelijke en lichamelijke beperkingen. Complicaties die weken tot maanden na een beroerte kunnen optreden zijn complicaties zoals epilepsie, incontinentie, spasticiteit, schouderpijn en psychosociale problemen zoals depressie.³⁻⁵

Scan de QR code en bekijk het verhaal van Peter, wiens herstel anders had kunnen verlopen.



Bezoek www.beroerteherstel.nl voor een overzicht van screeningtools voor de vroege herkenning van spasticiteit.