

NEDERLANDS TIJDSCHRIFT VOOR

# REVALIDATIE GENEESKUNDE

JAARGANG 48 | NUMMER 3 | JULI 2026

UITGAVE VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING VAN REVALIDATIEARTSEN



## FOCUS OP PROFESSIONELE ONTWIKKELING

### IN DIT NUMMER ONDER ANDERE

---

*Pagina 10*

**Debat over LOP  
met Judith Vloothuis  
en Alyssa Toorop**

---

---

*Pagina 16*

**Interview met Vincent de  
Groot over professionele  
ontwikkeling**

---

---

*Pagina 30*

**De nieuwe  
kwaliteitsvisiting**

---

---

*Pagina 36*

**10 vragen aan  
Jan Geertzen**

---

# Friedreich ataxie (FA) is zeldzaam, maar niet onzichtbaar.

Vroege diagnose maakt het verschil bij FA.<sup>1,3</sup>

## Herken de signalen ▾

Vallen en gebrek  
aan evenwicht<sup>2,5</sup>



Grote  
vermoeidheid<sup>1,6</sup>



Onduidelijke  
spraak<sup>1,5</sup>



# In dit nummer

## FOCUS OP PROFESSIONELE ONTWIKKELING

5

**EDITORIAL**  
Nieuw behang

6

**KORTOM**  
Toetsvragen

10

**EDITORIAL GASTREDACTIE**  
Professionele ontwikkeling:  
De olifant in de (spreek)kamer?

11

**DEBAT**  
Debat over stellingen met  
opleider Judith Vloothuis en aios  
Alyssa Toorop  
*Het nieuwe Landelijk Opleidingsplan:  
meer centrale positie voor  
professionele ontwikkeling*

14

**MEDISCH ONDERWIJS  
& OPLEIDINGEN**  
Professionele ontwikkeling over  
de grens: de *European Robotic  
Rehabilitation School* in Rome

15

**JUNIOR VRA**  
Professionele ontwikkeling in het  
nieuwe Landelijk Opleidingsplan:  
van calimero tot kansrijke  
kerncompetentie

18

**INTERVIEW**  
Gesprek met Vincent de Groot  
*Prikkelend perspectief op  
professionele ontwikkeling*

22

**UIT DE PRAKTIJK**  
Het Interdisciplinair Leer- en  
Innovatie Netwerk van Reade

24

**ACTUEEL**  
Carrièreswitch

26

**ACTUEEL**  
Revalidatiegeneeskunde op Aruba:  
ontwikkeling van een vak op  
een klein eiland

28

**PRIKBORD**

31

**ACTUEEL**  
De nieuwe Kwaliteitsvisitatie,  
van vinken naar vonken!

34

**ACTUEEL**  
Missie, visie en strategie van  
het Hooglerarenconvent  
Revalidatiegeneeskunde

37

**INTERVIEW**  
Tien vragen aan  
prof. dr. Jan Geertzen  
*'Blijf onderzoek doen, voor de  
onderbouwing van ons vak'*

41

**SPOTLIGHT**  
Intensieve training bij dwarslaesie:  
is meer altijd beter?

42

**CASUÏSTIEK**  
Een optimale klinische  
revalidatie in de vroege herstelfase  
na ernstig THL

46

**ACTUEEL**  
Generieke PROMs  
in de revalidatie

40

**BOEKRECENSIE**  
De Pijnparadox

46

**IN MEMORIAM**  
Gijs Kuijpers

Maatwerk EVO's die in één keer passen dankzij onze beenscanner.



“De mooie pasvorm en het lichtgewicht, esthetische design dragen enorm bij aan het draagcomfort voor de revalidant.”



Larja de Letter

Kinderrevalidatiearts  
Revant Goes

“Dat gaat nooit werken voor mijn patiënt?”

Laat Gerben het bewijzen.



## 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](http://www.revalidatie.nl).

### Redactieraad

Dr. Mattijs Alsem  
Dr. Erwin Baars  
Dr. Rita van den Berg-Emons  
Dr. Janne Bolt  
Prof. dr. Jan Groothuis  
Dr. Tjitske Hielkema  
Dr. Jorit Meesters  
Dr. Janneke Stolwijk-Swüste  
Drs. Loes Swaan

### Hoofdredacteur

Dr. Marike Maijers

### 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](mailto:ntr@revalidatiegeneeskunde.nl)

### Uitgever, advertenties en abonnementen

Performis BV  
Postbus 2396, 5202 CJ 's-Hertogenbosch  
T: 073 689 58 89  
W: [www.performis.nl](http://www.performis.nl)  
E: [NTR@performis.nl](mailto:NTR@performis.nl)

### Advertenties

Contactpersoon: Dhr. Sjuul Martin  
T: 073 689 58 89  
E: [sjuul@performis.nl](mailto:sjuul@performis.nl)

### Abonnement

Standaard € 163,80 per jaar  
Buitenland € 240,69 per jaar  
Genoemde tarieven zijn inclusief btw en verzending. Voor informatie, vragen of wijzigingen aangaande uw abonnement kunt u terecht op [www.performis.nl](http://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](http://www.revalidatie.nl).

### Verschijsning

Februari, april, juni, september 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.

48<sup>e</sup> jaargang, nummer 3

ISSN 2211-3665

Dit tijdschrift is CO<sub>2</sub> neutraal en met FSC-papier geproduceerd.



## VAN DE HOOFDREDACTEUR

# Nieuw behang



Precies 11 jaar geleden was mijn eerste dienst als aios revalidatiegeneeskunde. Facebook herinnerde me daar vandaag aan, want zelf heb ik geen goed geheugen voor memorabele data. Dat wordt me overigens niet altijd in dank afgenomen. Met een foto van mijn dienstlunch liet ik destijds aan de wereld weten dat ik na wat omzwervingen gekozen had voor dit medisch specialisme. Hoogzwanger vergeleek ik mijn dienst met 48 uursdiensten in Zaandam en tropenjaren

in Malawi. Ruim 10 jaar was ik dokter geweest op verschillende afdelingen en kort ervoor gepromoveerd. Dat ik revalidatiearts werd, is achteraf gezien puur toeval.

Ooit hoorde ik na een sollicitatiegesprek dat ik niet bij het behang paste als verklaring waarom ik niet was aangenomen. Slechte operatietechniek of matig wetenschappelijk onderlegd zouden te ontwikkelen vaardigheden zijn geweest. Destijds miste ik de assertiviteit om hier ad rem op te reageren. Jarenlang dacht ik dat je vooral vlieguren moest maken om een goede dokter te zijn. Inmiddels weet ik beter en besef ik hoe waardevol het is om zo nu en dan stil te staan bij de dokter die ik was, die ik ben en die ik wil zijn.

Omdat ik net als anderen in deze editie een carrièreswitch maakte, kon ik me in plaats van op het prille dokter-zijn volledig richten op mijn opleiding tot revalidatiearts. Mijn reflectieverslagen waren een soort dagboekje, waarvan ik me nu afvraag of mijn supervisors die lazen. Het stilstaan bij je eigen professionele ontwikkeling was na jarenlang hard productie draaien een verademing. Verslagen die ik nu onder ogen krijg tijdens OOG-besprekingen (Oordeel Opleidingsgroep) lijken vaak meer een afgemeten juridisch bewijsstuk in een rechtszaak dan een persoonlijk verhaal. Ik mis dan het reflecteren op de dokter die de desbetreffende aios graag wil zijn.

Als revalidatieartsen raken we, als we niet uitkijken, na afronding van de opleiding die momenten van bezinning kwijt. Eens per twee jaar komt de IFMS voorbij en als je geluk hebt doen ze in jouw instelling aan jaargesprekken. Deze editie van het NTR richt zich op professionele ontwikkeling, van opleidingsplannen tot het professioneel ontwikkelen van je team, je medische staf of je organisatie. De vaardigheden van een medisch manager worden pas echt op de proef gesteld als het niet goed draait of als er een moeilijke opdracht ligt. Veel vlieguren zonder stuurman levert geen ontwikkeling op. Zelfreflectie en het herkennen van ontwikkelpunten is de eerste stap, voor jezelf, je team of onze vereniging. En soms moet het behang op de schop.

*Marike Maijers*  
Hoofdredacteur

# Kortom

## LOEKE VAN SCHAİK IS DOCENT VAN HET JAAR 2026

Loeke van Schaik (revalidatiearts in het UMC Groningen) is uitgeroepen tot Docent van het Jaar 2026. Tijdens de Algemene Ledenvergadering van de VRA, op 17 april 2026, werd de winnaar door Nienke van de Kruis van de Junior VRA bekend gemaakt. De aiossen omschrijven Loeke als een gepassioneerd docent. Zij weet op een motiverende manier de theorie te vertalen naar de praktijk. Zij laat de aiossen kritisch nadenken met haar manier van vraagstelling, geeft duidelijke uitleg en is behulpzaam tijdens lichamelijk onderzoek. - HW



## VRA PUBLICEERT JAARVERSLAG 2025

In het VRA jaarverslag wordt teruggekeken naar het bewogen jaar 2025 waarin o.a.:

- het VRA beleidsplan 2026-2036 'Veranderend perspectief' ontwikkeld door de leden vastgesteld werd;
- het dossier aanhoudende pijn met de (concept) 'Indicatiestelling IMSR aanhoudende pijn in houdings- en bewegingsapparaat' veel aandacht vroeg van de hele vereniging en met name het VRA-bestuur; en
- we met z'n allen het 70-jarig jubileum van de VRA vierden met een feestelijk lustrumcongres in Theater Flint in Amersfoort.

- HW



## GENEESPLEZIER

### Waar geneeskunst en werkplezier elkaar vinden

Geneeskunde begon ooit met kennis stampen, maar al snel ontdekte ik dat dokter-zijn iets heel anders vraagt. Geneeskunde draait niet alleen om weten wat je doet, maar ook om voelen waarom je het doet. Die twee - geneeskunst en geneesplezier - blijken verrassend nauw met elkaar verbonden. Want hoe beter je leert afstemmen op de mens tegenover je, hoe leuker het vak wordt. Dat geldt zeker binnen de revalidatiegeneeskunde, mijn prachtige vak, waar herstel zelden een rechte lijn volgt - en waar ik heb ervaren dat ik als dokter net zo goed in ontwikkeling blijf als de patiënt.

Voor de ontwikkelende dokter - van coassistent tot ervaren medisch specialist - is dat een leerproces. In het begin wil je het goed doen, later wil je het beter doen, en op een gegeven moment wil je het vooral met aandacht en compassie doen. Toch kan onderweg het plezier weglekken. De consulten en het werk stapelen zich op, de verwachtingen zijn hoog en je innerlijke criticus draait overuren.

Juist daar zie ik als intercollegiaal coach de meerwaarde van tijd voor het gesprek om stil te staan bij jezelf als dokter en persoon. Niet als oplossing voor alles, maar als oefenruimte. Door met collega's te praten over wat schuurt, ontdek je dat geneeskunst niet alleen gaat over de patiënt helpen, maar ook over jezelf onderhouden als arts. Reflectie, humor en herkenning maken ruimte om weer met nieuwsgierigheid te werken.

Geneeskunst zonder plezier verschaalt tot een reeks handelingen die correct zijn, maar weinig bijdragen. Geneesplezier zonder kunst mist houvast en betekenis. Pas waar die twee elkaar versterken, ontstaat een vorm van werken die duurzaam is - en waarin zowel arts als patiënt merkbaar een stap vooruit zetten. Net als zo vaak in de revalidatiegeneeskunde...

*Sotice Pieters*

*Revalidatiearts Basalt en intercollegiaal coach via Federatie Medisch Specialisten*

## GABRIELA VAN DER SCHOOT WINT WETENSCHAPS TALENT AWARD



De Wetenschap Talent Award 2026 is gewonnen door Gabriela van der Schoot, aios revalidatiegeneeskunde uit het OOR Noord Oost (circuit Groningen/Friesland). Tijdens de Algemene Ledenvergadering op de VRA Voorjaarsdag 2026, maakte dr. Nicole Voet als jurylid de winnaar van de deze trofee bekend. Juryvoorzitter dr. Ilse van Nes reikte de prijs uit. De jury was onder de indruk van de kwaliteit van Gabriela's werk. Wat daarbij bijzonder

opviel was een onderzoekslijn op het snijvlak van oncologie, cardiologie en revalidatiegeneeskunde, binnen een zeer actueel en relevant thema. In haar proefschrift heeft Gabriela verschillende onderzoeksmethoden gecombineerd, waaronder RCT's, systematische reviews en genetische analyses. Dit laat niet alleen haar methodologische veelzijdigheid zien, maar resulteert ook in concrete en toepasbare inzichten voor de oncologische revalidatiepraktijk. - HW

## HET GROENE HOEKJE

### Zaadjes van ontwikkeling

Aan het begin van de cursus 'klimaat-gesprekken', vroeg men wanneer bij mij het zaadje was geplant om me hiermee bezig te houden. Ik had geen idee. Was het begonnen met een liefde voor natuur? Was dat dan als peuter, spelend in het gras? Als brugpieper met een dierenagenda? Wanneer begint zoiets? Ontwikkeling begint volgens mij bij de geboorte en gaat hopelijk een heel leven door.

Dat ik me als revalidatiearts wil bezighouden met het klimaat, heeft wel een duidelijk beginpunt: dat komt door Marcalee Alexander. Deze Amerikaanse revalidatiearts zet zich sterk in voor bewustwording over de urgentie van klimaatverandering en sprak hierover op de ISPRM. De organisatie die zij mee oprichtte, *Sustain Our Abilities*, deelt indringende verhalen van mensen met beperkingen. Dankzij de filmpjes (te vinden op YouTube, zie QR-code, red.) besefte ik bijvoorbeeld dat de buitentemperatuur bij een

cervicale dwarslaesie een grote impact heeft, hoe beangstigend communicatie over vluchten kan zijn bij afasie, of wat stroomuitval betekent als je afhankelijk bent van elektrische apparaten. Zo enorm logisch allemaal, toch had ik niet eerder bij deze bedreiging van participatie en gelijkheid stilgestaan.

Marcallee heeft mij ervan overtuigd dat het onze morele verplichting als revalidatiearts is om bewustzijn over klimaat en beperkingen te vergroten en de kwetsbare positie van onze patiënten te verwoorden, en daarmee hopelijk te verkleinen. Mijn persoonlijke professionele ontwikkeldoel is nu om er een passende manier voor te vinden. Dit stukje tekst in het Groene Hoekje lijkt me daarvoor dan weer een mooi begin, met de hoop daarmee bij anderen een zaadje te planten.

Chantal Bakker,  
revalidatiearts  
Máxima MC



## JET VAN DER KEMP WINT 2E PRIJS EUROPESE TESC AWARD

Tijdens het *European Congress of Physical and Rehabilitation Medicine* (ESPRM) in Krakau, Polen heeft Jet van der Kemp de tweede prijs gewonnen met haar presentatie over wat ouders nodig hebben rondom de diagnose van (risico op) cerebrale parese bij jonge kinderen voor de TESC Award. Jet is naar de ESPRM uitgezonden om haar onderzoek te presenteren en vertegenwoordigde daarmee Nederland en de VRA. Eénmaal per twee jaar mag de VRA een kandidaat nomineren voor de Europese TESC Award voor de beste wetenschappelijke prestatie en het doen van klinisch onderzoek. - HW





## STANDPUNT ZORGINSTITUUT 'IMSR BIJ CHRONISCHE PIJN' EN PUBLICATIE INDICATIESTELLING IMSR AANHOUDENDE PIJN

Op 20 april 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (ZIN) het 'Standpunt Interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie bij patiënten met chronische pijn' gepubliceerd met als ingangsdatum 14 april 2026.

De 'Indicatiestelling IMSR aanhoudende pijn in houdings- en bewegingsapparaat' is op 17 april 2026 goedgekeurd in de Algemene Ledenvergadering van de VRA en is gepubliceerd op de website van de VRA, [www.revalidatie.nl](http://www.revalidatie.nl). De 'Indicatiestelling IMSR aanhoudende pijn in houdings- en bewegingsapparaat' is als bijlage 3 toegevoegd aan het ZIN Standpunt IMSR bij chronische pijn.

Het herziene standpunt is op de website van het Zorginstituut Nederland te vinden. - HW



Zorginstituut Nederland:  
Publicatie Standpunt  
'IMSR bij chronische pijn'

## IGJ PAST STANDPUNT OVER OFF-LABEL VOORSCHRIJVEN AAN

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) heeft, naar aanleiding van recente rechterlijke uitspraken, het standpunt over off-label voorschrijven aangepast. Daarmee vervalt de verzwaarde informatieplicht bij off-label voorschrijven in richtlijnen of protocollen. Die verplichting was in de dagelijkse praktijk voor artsen niet werkbaar en sloot onvoldoende aan bij de afspraken die onder andere de Federatie Medisch Specialisten hierover heeft vastgelegd in het eigen standpunt over off-label voorschrijven. - HW



Standpunt IGJ  
over off-label  
voorschrijven.



Bericht op  
website Federatie.

## HAND-OUT DUURZAAM WERKEN OP DE POLIKLINIEK



Een van de resultaten van De Groene Poli is een hand-out die is gemaakt met meer uitleg over hoe je duurzaam kunt werken op de polikliniek. Dit is een concrete lijst met acties om aan te denken als je jouw werkzaamheden op de polikliniek wilt verduurzamen. Welke acties kun jij al afvinken? - HW



Download de Hand-out  
op [degroenepoli.nl](http://degroenepoli.nl)

## FEDERATIE PRESENTEERT VISIE OP PROFESSIONALISERING

De Federatie Medisch Specialisten heeft samen met het werkveld, vertegenwoordigd in de adviesgroep Professionalisering, een visie op professionalisering ontwikkeld: 'Samenwerken aan brede inzetbaarheid van aios, opleiders en medisch specialisten'.



De visie geeft richting aan een samenhangend en toegankelijk professionaliseringsaanbod dat aansluit bij de veranderende zorgpraktijk en de groeiende behoefte aan continue ontwikkeling. - HW



Download 'Visie op  
professionalisering'.

## TOETSVRAGEN UIT EINDTOETS LANDELIJK ONDERWIJS

Op 24 t/m 26 september 2025 vonden landelijke themacursussen plaats waar aansluitend aan de cursussen een digitale eindtoets is afgenomen met behulp van toetsysteem Remindo. In deze rubriek behandelt de Toetsingscommissie twee toetsvragen uit de reeds afgenomen toetsen. We behandelen hier per themacursus 1 toetsvraag.

### THEMA 7: AANDOENINGEN BIJ KINDEREN, JEUGDIGEN EN ADOLESCENTEN

30 aiossen hebben de toets gemaakt waarbij 97% van de aiossen een voldoende heeft gescoord (=60% goed van de toets).

#### VRAAG 1

Welke van de onderstaande stellingen over Spinale Musculaire Atrofie (SMA) zijn juist?

Let op: meerdere antwoorden zijn juist.

- A. SMA wordt veroorzaakt door mutaties in het SMN1-gen.
- B. SMA type 1 presenteert zich meestal voor de leeftijd van 6 maanden.
- C. Cognitieve ontwikkeling is vertraagd bij kinderen met SMA.
- D. SMA is een aandoening van de perifere zenuwen.

$P = 0,79$ ,  $r = 0,22$

Bron: Hadders-Algra et al., Kinderrevalidatie, hfst 24, Neuromusculaire aandoeningen, Kon. Van Gorcum, 2021

**Terugkoppeling vanuit de vraagsteller:** SMA is een motorneuronziekte veroorzaakt door een SMN1-mutatie. Type 1 presenteert zich vroeg (<6 maanden). Cognitieve ontwikkeling is meestal normaal. SMA is géén aandoening van de perifere zenuwen, maar van de voorhoorncellen van het ruggenmerg.

**18 aiossen** hadden deze vraag helemaal goed, dat wil zeggen alletwee de antwoordopties aangevinkt. Er wordt bij deze vraag wel gezegd dat er meerdere antwoorden goed zijn, maar niet vooraf aangegeven hoeveel antwoorden juist zijn. Dit maakt de vraag moeilijker voor aiossen. Een aios krijgt deelpunten voor elk goed antwoord, maar minpunten voor een fout antwoord. Antwoord A wordt door 28 van de 30 aiossen gekozen, antwoord B door 25 aiossen. veel aiossen kiezen nog een extra fout antwoord erbij. Er zijn ook aiossen die maar 1 antwoordmogelijkheid hebben gekozen (3 aiossen). De vraag maakt goed onderscheid tussen goede en slecht scorende aiossen.

**Discussie:** Een goede vraag die doet wat hij moet doen. In feite is dit een samenvattende vraag over vier aspecten van SMA die ook in vier afzonderlijke goed/fout vragen gesteld had kunnen worden. Het niet vermelden van het aantal correcte antwoorden maakt de vraag uitdagend maar niet inadequaat.

### THEMA 4: AMPUTATIE, PROTHESIOLOGIE EN HANDLETSEL

36 aiossen hebben de toets gemaakt waarbij 86% van de aiossen een voldoende heeft gescoord (=60% goed van de toets).

#### VRAAG 2

Wat is een veelvoorkomende oorzaak van acute postoperatieve stomppijn?

- A. Centrale sensitisatie
- B. Ontregeling van het pijngeheugen
- C. Hematoomvorming
- D. Neuropathie
- E. Myofasciaal triggerpoint

$P = 0,56$ ,  $r = 0,31$

Bron: Revalidatie na een beenamputatie. Geertzen en Rietman. Hfst 22 Pijn na amputatie.

**Feedback van de vraagsteller:** In de eerste dagen na een amputatie zijn lokale oorzaken, zoals een hematoom of infectie, de meest waarschijnlijke verklaringen voor acute pijn.

**20 aiossen** kiezen het juiste antwoord, Alle andere antwoorden zijn goede afleiders, elke antwoord wordt gekozen door een of meerdere aiossen. 9 aiossen kiezen voor antwoord D, dit zijn de slechtst scorende aiossen. dit is blijkbaar een hele goede afleider. De vraag maakt een goed onderscheid tussen aiossen.

**Discussie:** De kern bij deze vraag is het moment waarop de pijn optreedt: acute postoperatieve pijn! Andere verklaringen spelen meer in de postacute of chronische fase. Goede vraag

Namens Toetsingscommissie, Wim G.M. Janssen

Correspondentieadres:

toetsingscommissie@revalidatiegeneeskunde.nl

Vraag 1: A, B - Vraag 2: C

**De juiste antwoorden toetsvragen:**

## EDITORIAL GASTREDACTIE

# Professionele ontwikkeling: De olifant in de (spreek)kamer?

**D**eze uitgave van het NTR richt zich op het onderwerp professionele ontwikkeling (PO). De directe aanleiding was de implementatie van het vernieuwde Landelijk Opleidingsplan (LOP) in de opleiding tot revalidatiearts in de zomer van 2025, waarin PO een formele en prominente plek heeft gekregen. Dit was al langer een wens binnen het Concilium, omdat ons werk meer vraagt dan louter directe medische en communicatieve competenties; Het formuleren van PO als eindterm maakt het mogelijk om de aiossen zich bewuster te vormen in hun individuele professionele identiteit. PO is een containerbegrip, met een aandeel persoonlijke ontwikkeling (zoals de eigen vitaliteit, werk/privé-balans, eigenaarschap) en actuele maatschappelijke thema's zoals preventie, kennis van de context in ons zorgsysteem, bedrijfsvoering en inzet van nieuwe technologieën. De impact van deze nieuwe eindterm op de opleiding in de praktijk komt aan bod in een debat in deze uitgave tussen opleider en aios. In de bijdrage van aiossen Larissa van de Bogaard en Yara Gast, worden praktische voorbeelden gegeven van relevante leeractiviteiten en tegelijkertijd hoe het koppelen van eigen eindtermen aan PO een mooie kans is voor aiossen om zich breed te ontwikkelen.

Het belang van PO is uiteraard breder dan alleen tijdens de opleiding. Een gevleugelde uitspraak is 'De toekomst is onzeker', maar wel zeker is dat de revalidatiearts anno 2026 een carrière lang zal blijven leren en ontwikkelen, al is het maar om bij te blijven met technologische ontwikkelingen in de zorg. Tegelijkertijd dwingen groeiende aantallen (toekomstige) patiënten in een context van toenemende schaarste ons om steeds zorgvuldiger met onze tijd om te gaan. In deze snelkookpan is het daarom cruciaal om een duurzame bestendige balans te vinden tussen alle taken, omgaan met werkdruk én plezier in het werk te houden. Het is daarom belangrijk om op momenten te reflecteren op de eigen carrière en ontwikkeling. Lees voor stof tot nadenken over de betekenis van PO voor de revalidatiearts het interview van Janne Bolt met Vincent de Groot. En overweeg de mogelijkheid om coaching toe te passen om het innerlijk kompas op momenten te herijken, zowel individueel als in teamverband. Dit wordt treffend verwoord in de column Geneesplezier van Sotice Pieters.

We hopen dat deze editie jullie handvatten geeft om het onderwerp professionele ontwikkeling ruimte te geven en te bespreken op je eigen werkplek.

Wij wensen jullie veel leesplezier!

*(Gast)redactie NTR focus op professionele ontwikkeling:*

*Ferrie Harberts*

*Nicole van Kleef*

*Janne Bolt*

*Janneke Stolwijk-Swüste*

*Marike Maijers*



DEBAT OVER STELLINGEN MET OPLEIDER JUDITH VLOOTHUIS EN AIOS ALYSSA TOOROP

# Het nieuwe Landelijk Opleidingsplan: meer centrale positie voor professionele ontwikkeling

In dit debat-artikel gaan opleider Judith Vloothuis en tweedejaars aios Alyssa Toorop met elkaar in gesprek over hun eerste ervaringen met het nieuwe Landelijk Opleidingsplan (LOP) 'Samen Duurzaam in Beweging', dat in de zomer van 2025 in werking trad. Met name de nieuwe eindtermen voor 'professionele ontwikkeling' zijn onderwerpen die aan bod komen.



## F. (FERRIE) HARBERTS

Revalidatiearts en opleider Basalt Revalidatie, Den Haag,  
lid Concilium VRA



**Dr. J.D.M. (Judith) Vloothuis** is revalidatiearts en opleider bij Reade, centrum voor revalidatie en reumatologie in Amsterdam. Sinds 2010 werkt ze bij Reade, gestart na het afronden van haar opleiding. In 2019 werd Judith benoemd tot plaatsvervangend opleider bij Reade en in 2024 werd ze opleider. Judith is binnen de VRA lid van het Concilium en voorzitter van de Scholingscommissie.



**Dr. A.A. (Alyssa) Toorop** is aios revalidatiegeneeskunde bij het Amsterdam UMC in Amsterdam. In juli 2024 is Alyssa gestart met haar opleiding tot revalidatiearts in OOR NoordWest Nederland (OOR NWN) en ze is nu halverwege haar tweede jaar.

Op 1 juli 2025 trad het nieuwe Landelijk Opleidingsplan (LOP) 'Samen Duurzaam in Beweging' in werking, waarmee 'professionele ontwikkeling' een formele plaats kreeg binnen de opleiding. Hieronder vallen bijvoorbeeld persoonlijke ontwikkeling, werk-privébalans en actuele maatschappelijke thema's zoals vitaliteit, leefstijl en preventie en innovatie/technologie. We werken nu een klein jaar met dit nieuwe LOP; een goede aanleiding om een opleider en een aios te bevragen over de eerste ervaringen.

## STELLING 1

### De aios anno 2026 wordt goed voorbereid op een carrière als revalidatiearts

*Alyssa:* 'Eens. Ik zit nu op de helft van het tweede jaar van de opleiding en ik zie dat er veel veranderingen in de opleiding zijn om te zorgen dat aiossen goed voorbereid worden op een toekomst als revalidatiearts. Onderdelen hiervan zijn bewustwording van kosten van de zorg en meer aandacht voor bedrijfsvoering van een revalidatiecentrum en ziekenhuis. Uiteindelijk weet je pas als jonge klare of deze voorbereiding voldoende is geweest, maar we hebben op dit vlak vertrouwen in de opleiding.'

*Judith:* 'Ook eens. Aansluitend op Alyssa: het is juist met de nieuwe eindtermen voor professionele ontwikkeling mogelijk om breder aandacht te hebben voor zaken naast de directe medisch-inhoudelijke kennis, vaardigheden en communicatie. Dit gaat dan over onderwerpen als bedrijfsvoering, maar ook over →

regie pakken in je werk en in je opleiding. Ik wil nog wel noemen dat de aiossen die nu net klaar zijn op deze onderdelen, denk ik, nog niet een gedegen voorbereiding hebben gehad. De overgang van aios naar jonge klare is nog steeds heel groot, er komen opeens allemaal taken bij die nog niet in de opleiding zo naar voren kwamen. Met het nieuwe Landelijk Opleidingplan (LOP) hebben we daarom een hele mooie stap gemaakt om de opleiding zover te krijgen dat de aiossen ook op deze vlakken goed voorbereid worden. Ik ben dan ook benieuwd hoe over twee jaar de stap naar jonge klare voor jou zal zijn, Alyssa. Dit zouden we eigenlijk moeten gaan meten.'

*Alyssa:* 'Je zult als revalidatiearts meer taken naast elkaar doen dan als aios. Een nieuwe taak is dat je ook supervisie gaat geven. Het leren geven van supervisie is op dit moment geen vast onderdeel van de opleiding. Het zou goed zijn om, ook als je geen verdiepingsstage doet waarbij supervisie leren geven aan bod komt, tijdens de opleiding al te leren hoe je dit doet.'

*Judith:* 'Supervisie geven is nog geen eindterm in het onderdeel professionele ontwikkeling. We hopen wel dat we met de huidige opzet aiossen stimuleren vroegtijdig na te gaan denken over die overgang naar jong klare en tijdig het leerproces eventueel bij te sturen. Het leren geven van supervisie kan hier een onderdeel van zijn.'

## STELLING 2

**We zijn doorgeschooten in het aandacht hebben voor werk-privébalans: een hoge werkdruk hoort nu eenmaal bij het leven van een medisch specialist**

*Judith:* 'Oneens: Het is juist heel goed dat we meer aandacht hebben voor een gezonde werk-privébalans. Ook voor onze eigen vitaliteit als medisch specialist. Het moet over de balans blijven gaan, tijdens de opleiding en daarna als revalidatiearts.'

*Alyssa:* 'Oneens. Dit onderwerp heeft veel onderdelen. Er komt uit onderzoek bijvoorbeeld naar voren dat een werkweek van vier dagen productiever maakt. Een belangrijk onderdeel van werkdruk is daarnaast autonomie. Er kan nog winst gemaakt worden met betrekking tot verwachtingen van fysiek aanwezig zijn en mogelijkheden benutten om waar dat kan vanuit huis te kunnen werken. Een hoge werkdruk hoort er wel bij, maar om een goede balans te vinden is het nodig hierover in gesprek te gaan.'

*Judith:* 'Er zijn randvoorwaarden nodig om gedeeltelijk vanuit huis werken mogelijk te maken. Dit onderwerp speelt breder: een aios moet ook leren om het eigen werk in te delen. Soms werkt

een volle poli met daarna een blok tijd om uit te werken, een ander kan beter werken met 'admin-tijd' tussendoor. Wat mij betreft dient de stageplek de individuele aios hierin te faciliteren, afhankelijk van wat het beste werkt voor de aios. Tegelijkertijd is er een spanningsveld om gezamenlijk uiteindelijk al het werk te doen, dat kan een reden zijn om toch fysiek aanwezig te zijn om bijvoorbeeld een noodsein te dragen. Professionele ontwikkeling gaat over al die aanvullende dingen die nodig zijn voor je werk: samenwerking, tijdmanagement, dat is voor alle artsen relevant. Hier hoort ook bij het gesprek aangaan over werktijden en het uitspreken van verwachtingen naar elkaar.'

*Alyssa:* 'Mee eens. aiossen moeten hier regie in krijgen, anders leer je het ook niet.'

## STELLING 3

**Leren productie draaien is een belangrijk onderdeel van de opleiding voor de aios**

*Alyssa:* 'Oneens. Tijdens de opleiding, moet je alle kwaliteiten leren die je in staat zullen stellen om productie te draaien. Als een te vol rooster maakt dat de aios niet genoeg ruimte heeft om te verdiepen, wordt het leerrendement juist lager. Het helpt op dit vlak om de mogelijkheid te hebben langer stil te staan bij een patiënt. Je moet wel kijken naar de kwaliteiten die nodig zijn om bijvoorbeeld een volle poli te hebben: prioriteren, tijdmanagement in de spreekkamer, dagindeling.'

**'Het zou goed zijn als de aiossen worden meegenomen in verwachtingen die gelden voor revalidatieartsen, zoals normen rondom patiëntcontact'**

*Judith:* 'Eens. Ik bekijk dit met nuance van de andere kant. Het leren productie draaien is een onderdeel van de opleiding. Dit onderwerp gaat over vlieguren maken, veel doen en zien. Productie draaien is wellicht een verkeerde term hier. Een aios hoeft geen geld op te leveren voor de organisatie, maar wel veel *exposure* krijgen. Als opleider en supervisor moet je kunnen beoordelen of de aios een vol spreekuur zou kunnen draaien. Dat is uiteindelijk wel wat de revalidatiearts gaat doen.'

*Alyssa:* 'Het zou goed zijn als de aiossen worden meegenomen in verwachtingen die gelden voor revalidatieartsen zoals normen rondom patiëntcontact.'



#### STELLING 4

##### **De aios zou meer moeten leren over nieuwe technische ontwikkelingen zoals AI, om bij te blijven**

*Alyssa:* 'Eens. De zorg loopt in het algemeen achter met technische ontwikkelingen en daar kunnen we veel meer gebruik van maken. Voorbeelden zijn inzet van software om brieven te maken en spraakherkenning voor het maken van notulen en samenvattingen tijdens een consult. Dit zou geïntegreerd kunnen worden in ons dagelijks werk. Het is belangrijk dat de toepassing van dergelijke technologie mogelijk is op de werkplek, dat ontbreekt nu nog vaak.'

*Judith:* 'Oneens: Dit geldt wel voor de aiossen maar gaat veel breder, dit is relevant voor ons allemaal. Aiossen lopen nu vaak voor op technische ontwikkelingen. Op veel plekken is er een overdaad aan informatie beschikbaar zoals op congressen.'

#### STELLING 5

##### **De aios zou er baat bij hebben minimaal één neventaken te hebben, zodat hij/zij aan deze verantwoordelijkheden gewend raakt**

*Judith:* 'Eens. De revalidatiearts heeft in het algemeen veel neventaken. Dit onderdeel zit in het LOP verwerkt in de nieuwe eindtermen van professionele ontwikkeling. Het is belangrijk om te leren dat er veel meer relevant is voor het werk.'

*Alyssa:* 'Eens. Neventaken kunnen zijn het voorzitten van opleidingsvergaderingen, deelname aan de junior VRA, of taken

oppakken binnen de instelling of aios-groep. Je kan er niet aan ontkomen, en dat is ook goed. Een tip zou zijn om iets op te pakken dat je affiniteit heeft qua onderwerp en setting, zoals bijvoorbeeld werkprocessen op de kliniek of een verbeterproject op een medisch onderwerp dat je leuk vindt.'

*Judith:* 'Ik zie dit als een taak voor opleiders: faciliteren om de aios te helpen iets te vinden wat bij hem of haar past.'

#### STELLING 6

##### **De aios krijgt vanuit de opleiding voldoende inzicht in financiële structuren van de zorg**

*Alyssa:* 'Oneens. Het komt op de werkplek wel wisselend aan bod, maar er is geen structureel onderwijs over financiële zaken. Als het je interesse niet heeft, komt er weinig aan bod tijdens opleiding.'

*Judith:* 'Oneens. De huidige aiossen en jonge klaren krijgen hier nog onvoldoende van mee. Het hangt af van wat je toevallig op de werkplek meekrijgt op het vlak van kosten van zorg en DBC-financiering. De verwachting is dat met de nieuwe eindtermen binnen professionele ontwikkeling van het LOP, met het onderdeel Bedrijfsvoering, aiossen beter voorbereid zijn. We zijn ook blij met het Factsheet van de junior VRA over financiering in revalidatiezorg (Download deze op [revalidatie.nl/commissies/junior-vra/](https://revalidatie.nl/commissies/junior-vra/), red.). Die geeft al meer inzicht en heeft een link met de eerstejaars en vierdejaars cursus Communicatie.' ←

# Professionele ontwikkeling over de grens: de *European Robotic Rehabilitation School* in Rome

In februari 2026 kreeg ik als jonge klare de kans om deel te nemen aan de 5e editie van de *European Robotic Rehabilitation School* in Rome. Graag deel ik deze ervaring om andere (jonge) collega's te laten zien wat internationale scholing kan opleveren, zowel inhoudelijk als qua netwerk, en om te laten zien dat deelname vaak toegankelijker is dan gedacht.



**E. (EBRU) BOZKURT-MUMCU**  
Revalidatiearts, Klimmendaal



**CORRESPONDENTIE**  
e.mumcu@klimmendaal.nl

**H**et verblijf in Rome was volledig door de organisatie geregeld, met een centraal hotel en dagelijks georganiseerd vervoer naar de verschillende cursuslocaties. De scholingsweek kende een intensief en gevarieerd programma. In de ochtenden lag de focus op theoretische verdieping, met aandacht voor *evidence-based medicine*, de effectiviteit van nieuwe technologieën en de rol van robotica binnen de revalidatiegeneeskunde. Internationale sprekers deelden hun onderzoek en klinische ervaringen, wat zorgde voor een breed en actueel overzicht van het vakgebied. De middagen stonden in het teken van praktische training in de *technological gym*, waar we hands-on ervaring opdeden met diverse robotische hulpmiddelen. Deze directe koppeling tussen theorie en praktijk maakte het leerzaam en gaf een goed beeld over de toepassingsmogelijkheden in de dagelijkse kliniek.

Naast het inhoudelijke programma was er veel contact tussen de deelnemers onderling. Deelnemers kwamen uit verschillende Europese landen en hadden uiteenlopende achtergronden binnen de revalidatiegeneeskunde. Dit zorgde voor waardevolle uitwisseling over hoe revalidatiezorg in andere landen is georganiseerd, inclusief verschillen in behandelintensiteit, inzet van technologie en financiering. Juist deze gesprekken gaven nieuwe inzichten en hielpen om mijn eigen referentiekader te verbreden. We hebben nog steeds contact via een gezamenlijke whatsapp-groep, waarin regelmatig ervaringen en vragen worden gedeeld. Daardoor blijft

de uitwisseling ook na afloop bestaan en ontstaat er een laagdrempelig internationaal netwerk.

Voor deze editie werden deelnemers financieel ondersteund door de European Board of Physical and Rehabilitation Medicine (EBPRM). Deze ondersteuning dekte het inschrijfgeld, de accommodatie en een deel van de maaltijden. Dit werd rechtstreeks aan de organisatie betaald. Om hiervoor in aanmerking te komen, moet je je als aios of jonge klare registreren bij de EBPRM en vervolgens een aanvraag indienen. De selectie verliep via loting, met voorrang voor kandidaten die het Europees examen hebben behaald.

## ‘Internationale scholing draagt bij aan inhoudelijke verdieping en duurzame professionele contacten’

Terugkijkend heeft deze week mijn blik op robotica binnen de revalidatiegeneeskunde verbreed. Het liet zien dat implementatie van technologie niet alleen draait om bewijs, maar ook om praktische en organisatorische keuzes. Tegelijkertijd maakte deze ervaring duidelijk hoe waardevol het is om over de grens te kijken en van elkaar te leren. Internationale scholing zoals deze draagt bij aan zowel inhoudelijke verdieping als duurzame professionele contacten en vormt daarmee een waardevolle investering in de toekomst van ons vak. ←



De deelnemers en de cursusdocenten.

# Professionele ontwikkeling in het nieuwe Landelijk Opleidingsplan: van calimero tot kansrijke kerncompetentie

Binnen de geneeskunde groeit de aandacht voor professionele ontwikkeling en ook binnen het vakgebied revalidatiegeneeskunde krijgt dit steeds meer waarde. In het nieuwe Landelijk Opleidingsplan (LOP) voor de revalidatiegeneeskunde 'Samen Duurzaam in Beweging' heeft professionele ontwikkeling dan ook een formele plaats gekregen als eindterm voor de opleiding tot revalidatiearts. Een kans die we als aiossen én opleidingsgroep met beide handen moeten aangrijpen!



**L. (LARISSA) VAN DEN BOGAARD**

Aios revalidatiegeneeskunde OOR-ZON en voormalig lid Junior VRA

**Y.E. (YARA) GAST**

Aios revalidatiegeneeskunde OOR-NO lid Junior VRA



**CORRESPONDENTIE**

Larissa.vandenbogaard@adelantegroep.nl

De Nederlandse gezondheidszorg wordt steeds complexer; door ontwikkelingen zoals dubbele vergrijzing, schaarste in personeel en technologische veranderingen, maar ook door nood aan vergroening, preventie en duurzame inzetbaarheid. Om de medisch specialistische zorg in de toekomst toegankelijk, kwalitatief en betaalbaar te houden, heeft de Federatie Medisch Specialisten een toekomstvisie opgesteld, namelijk 'Medisch Specialist 2035'.<sup>1</sup> Hiermee hopen zij een bron van inspiratie te zijn voor alle betrokkenen in de zorg om te bouwen aan toekomstbestendige zorg met als drijfveren bevolgenheid, betrokkenheid en verbondenheid.



**Figuur 1.** Kompas uit Medisch Specialist 2035<sup>1</sup> en VRA-beleidsplan 2026-2036.<sup>1,2</sup>

De VRA heeft deze toekomstvisie verwerkt in haar beleidsplan 2026-2036 om ook de revalidatiezorg voor te bereiden op de veranderingen in het revalidatielandschap.<sup>2</sup> Professionele ontwikkeling is een competentie die perfect aansluit bij beide visies. Het omvat reflectie, communicatie, samenwerking en leiderschap; eigenschappen die nodig zijn om keuzes te kunnen maken →

voor de zorg van morgen. Het is daarom ook meer dan passend dat professionele ontwikkeling een eindterm is geworden voor de opleiding tot revalidatiearts.

### IN DE PRAKTIJK

Professionele ontwikkeling als eindterm lijkt in de praktijk voor aiossen - en waarschijnlijk ook voor opleiders en supervisors - nog ongrijpbaar te zijn. Uit eigen ervaringen van de schrijfsters van dit artikel, maar ook bij navraag binnen de Junior VRA blijkt dit in verschillende opleidingsregio's het geval. Dit is begrijpelijk, het gaat immers voornamelijk over *soft skills*; vaardigheden die minder zichtbaar en meetbaar zijn maar des te bepalender zijn voor het functioneren als arts. Deze vaardigheden werden eerder

## ‘Wat voor revalidatiearts wil ik zijn?’

ook al belangrijk geacht tijdens de opleiding tot revalidatiearts. Vóór de introductie van de EPA's werden namelijk onderdelen van professionele ontwikkeling ondervangen in de verschillende CanMEDS-rollen.<sup>3,4</sup> De eindterm professionele ontwikkeling is daarmee geen nieuwe ontwikkeling, maar een herintroductie van competenties die in de huidige EPA's minder concreet omschreven staan. Het moet daarom niet als extra belasting gezien worden, maar als mogelijkheid om jezelf als aios te versterken in je professionele identiteit; ‘*Wat voor revalidatiearts wil ik zijn?*’.

Het is belangrijk dat binnen regionale en lokale opleidingsregio's gezamenlijk afspraken gemaakt worden over hoe professionele

ontwikkeling vormgegeven kan worden. Om hierbij praktische handvatten te bieden, heeft de Junior VRA in 2025 een van haar speerpunten hierop gericht. Het resultaat is een *Tips & Tricks*-document waarin suggesties staan om met de verschillende vaardigheden en thema's binnen professionele ontwikkeling aan de slag te gaan.<sup>5</sup> Hierbij geldt de disclaimer dat deze suggesties uiteraard niet bindend zijn maar puur als inspiratiebron dienen.

### TIPS & TRICKS

In het Landelijk Opleidingsplan (LOP) ‘Samen Duurzaam in Beweging’ zijn vijf thema's van professionele ontwikkeling uitgelicht, namelijk persoonlijke ontwikkeling, bedrijfsvoering, eigenaarschap en eigen regie, samenwerken met andere specialisten en bekwaamheid in maatschappelijke thema's. Enkele voorbeelden uit het *Tips & Tricks*-document vind je in tabel 1.

Bij de verschillende thema's kunnen de eindproducten van de speerpunten van de Junior VRA van de afgelopen jaren goed van pas komen; ‘Zichtbaarheid van ons vak’, ‘Leefstijl en preventie binnen de revalidatie’ en ‘Financiering in de revalidatiezorg’ (te vinden op <https://www.revalidatie.nl/commissies/junior-vra/>;<sup>6,7,8</sup>). Daarnaast kan de organisatie van de eerste landelijke sportdag ‘Revalympics’ een voorbeeld zijn van een activiteit in het kader van samenwerking en vitaliteit.<sup>9</sup>

Het is belangrijk om ook te kijken hoe groei in professionele ontwikkeling vast te leggen is in het portfolio. Gerichte Klinische Praktijk Beoordelingen (KPB's) over bijvoorbeeld een leefstijlgesprek of een triage met aandacht voor organisatorische aspecten kunnen hierbij gebruikt worden, maar ook 360 graden feedback

**Tabel 1.** Enkele voorbeelden uit het *Tips & Tricks*-document van de Junior VRA.

Thema	Voorbeelden
<b>Persoonlijke ontwikkeling</b>	Balanceer tussen werkzaamheden, leerdoelen en privéleven met aandacht voor collegialiteit en maatschappij
<b>Bedrijfsvoering</b>	Neem organisatorische en financiële aspecten van revalidatiezorg mee in je dagelijkse werkzaamheden
<b>Eigenaarschap en eigen regie</b>	Neem initiatief in eigen ontwikkeling maar ook in die van de opleiding door betrokkenheid bij de PDCA-cyclus
<b>Samenwerking met andere specialismen</b>	Profileer het vak revalidatiegeneeskunde door onderwijs te geven of aan te sluiten bij netwerkbijeenkomsten
<b>Bekwaamheid in maatschappelijke thema's</b>	Bespreek leefstijl en preventie bij alle doelgroepen. Maak verantwoord gebruik van AI



kan waardevolle inzichten geven. Professionele ontwikkeling is een vast agendapunt tijdens voortgangsgesprekken maar hoeft niet alleen dan ter sprake te komen. Door het juist buiten deze periodieke momenten ook aandacht te geven, door de aios én de opleidingsgroep, blijft het onderwerp onder de aandacht en kan er ook gericht gewerkt worden aan professionele groei.

De kernboodschap is; maak professionele ontwikkeling bespreekbaar. Het is namelijk dé uitnodiging tot een dialoog waarbij je als aios de ruimte krijgt om stil te staan bij wie je bent als arts, waar je

Niet als extra last maar als waardevolle stap vooruit naar de revalidatiearts van de toekomst. Het biedt de mogelijkheid om je als aios te verdiepen in vaardigheden en thema's buiten het revalidatie-inhoudelijke spectrum. Hierbij doen wij dan ook de oproep aan alle aiossen om deze kans te grijpen en te kijken hoe professionele ontwikkeling binnen het eigen individuele opleidingsplan past. Het adagium 'Denk groot, begin klein' kan hierbij als uitgangspunt dienen maar moet zeker niet beperkend zijn! ←

## 'Revalidatiearts van de toekomst'

energie van krijgt, waar je tegenaan loopt en hoe je wilt groeien. Door het gesprek aan te gaan - met je opleider, supervisor of collega-aios - krijgt deze eindterm vanzelf meer vorm en betekenis. Hier ligt een grote rol voor de aiossen, maar tegelijkertijd ook voor de opleidingsgroep. De eindterm professionele ontwikkeling mag dus geen losstaande stip op de horizon zijn maar moet integraal verweven worden met curricula, begeleiding en evaluaties.

### AIOS IN THE LEAD

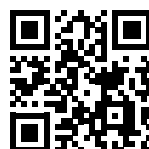
Hoewel professionele ontwikkeling nu nog voelt als een calimero tussen de andere eindtermen van de opleiding tot revalidatiearts, is het een ontwikkeling waar we als aiossen trots op moeten zijn.



**Tips & Tricks-document 'Professionele Ontwikkeling' als eindterm voor de revalidatiearts.<sup>3</sup>**



**Junior VRA webpagina met alle eindproducten van de afgelopen jaren.<sup>3,4,5,6</sup>**



→ **De referenties van dit artikel vind je bij dit artikel op [www.revalidatie.nl/ntr/](http://www.revalidatie.nl/ntr/).**

INTERVIEW MET VINCENT DE GROOT, REVALIDATIEARTS EN AFDELINGSHOOFD  
AMSTERDAM UMC, VOORHEEN VOORZITTER CONCILIUM VRA

# Prikkelend perspectief op professionele ontwikkeling

In het nieuwe Landelijk Opleidingsplan (LOP) 'Samen Duurzaam in Beweging' is meer ruimte gemaakt voor de professionele ontwikkeling van de aiossen. Janne Bolt, aios revalidatiegeneeskunde in het Amsterdam UMC en NTR-redactielid, gaat in gesprek met Vincent de Groot, revalidatiearts & afdelingshoofd van het Amsterdam UMC en voormalig voorzitter van het Concilium, over wat dit betekent voor de aiossen anno 2026.



## DR. J.W. (JANNE) BOLT

Aios revalidatiegeneeskunde Amsterdam UMC  
(OOR NoordWest Nederland)



## PETER VALCKX

**V**incent's ervaringen geven meer inzicht in wat professionele ontwikkeling de revalidatiearts in spe kan brengen. Daarnaast spreekt Vincent over zijn eigen professionele ontwikkeling en wat dit hem heeft gebracht gedurende zijn loopbaan. Dat brengt een prikkelend perspectief op het thema professionele ontwikkeling.

**Wat leuk dat je samen met mij wil terugblikken op onze, maar ook je eigen professionele ontwikkeling! Als aios ben ik benieuwd welke persoonlijke eigenschappen het begin van je carrière hebben gevormd, en of daar nog iets van te leren is, kun je daar wat over vertellen?**

'Sport en bewegen hadden altijd al mijn interesse. Na een aantal daarop gerichte keuzeonderdelen tijdens mijn studie wist ik zeker dat ik revalidatiearts wilde worden. Tijdens het keuzecoschap

revalidatiegeneeskunde werd ik door de revalidatiearts die ook mijn wetenschappelijke stage begeleidde (Jules Becher), gewezen op een opleidingsplek in combinatie met een promotietraject. Eerlijk gezegd had ik er niet eerder over nagedacht om te gaan promoveren. Toch besloot ik snel te solliciteren. In eerste instantie zag ik het vooral als een kans om een opleidingsplek te verkrijgen. Het wetenschappelijk onderzoek zag ik als een inhoudelijke verdieping en een mogelijkheid om aanvullende kennis en vaardigheden te ontwikkelen. Voor mij bleek dat een schot in de roos, want ik was echt op mijn plek in de wetenschap.

**'Professionele ontwikkeling vraagt soms om de bereidheid mogelijkheden te benutten die geen volledige zekerheid geven'**

Terugkijkend op het succes van deze keuze was vooral mijn open houding doorslaggevend. Ik stond ervoor open om een kans te benutten die niet volledig in mijn oorspronkelijke plan paste. Dat besluit heeft mijn loopbaan in belangrijke mate gevormd. Het leerde mij dat professionele ontwikkeling niet altijd gebaat is bij het volgen van een vooraf uitgestippeld pad, maar dat juist het benutten van mogelijkheden die zich aandienen kansen voor ontwikkeling biedt. Soms vraagt dat om pragmatisme en de bereidheid om een stap te zetten zonder volledige zekerheid.'



**Het starten en afronden van projecten is inderdaad soms best spannend als aios, vooral ook wanneer je als aios probeert een gezonde werk-privébalans te houden. Is het dan niet belangrijk op voorhand goed af te wegen wat je gaat doen, zodat je niet naderhand alsnog moet stoppen?**

‘Tot een paar jaar geleden sloot ik mij aan bij de nadruk op een strikte en goede werk-privébalans, ook voor onze aiossen. Die aandacht was begrijpelijk en in veel opzichten ook nodig. In gesprekken met aiossen realiseerde ik me echter dat werk-privébalans in de praktijk vaak vooral wordt vertaald in het bewaken van uren. Dat is begrijpelijk, maar wanneer de balans primair in uren wordt gemeten, kan dat onbedoeld ontwikkelmogelijkheden beperken. Een strak en goed afgebakend pad biedt duidelijkheid en houvast, maar het risico is dat je professioneel vooral in één richting groeit, als een boom die weinig zijtakken ontwikkelt. Het duurde even voordat ik besepte dat er naast het balans-narratief ook een ontwikkelingsnarratief nodig is. Professionele groei vraagt soms om het aangaan van iets dat nog niet volledig voorspelbaar is. Juist daar kunnen nieuwe inzichten,

energie en richting ontstaan. Hiermee geef je je carrière vorm vanuit een strategie gericht op groei en ontwikkeling, en dat geeft meer werkplezier dan een strategie die gericht is op het behouden van een werk-privébalans. Uiteindelijk levert dat een mooie brede boom op. Concreet betekent dit niet te snel ‘nee’ zeggen en de uitdaging aangaan, en de vaardigheid ontwikkelen om op gepaste wijze te stoppen met aangegane uitdagingen als ze je toch niet brengen wat je gehoopt had. Dat betekent niet dat je eindeloos uren moet maken of structureel over je grenzen heen moet gaan. Ik heb zelf ervaren dat het met deze strategie mogelijk is een goede werk-privébalans te houden, waarbij ik ruimte had om vier dagen te werken toen mijn kinderen nog jong waren. Gelukkig biedt ons specialisme goede mogelijkheden voor parttime werken. Een andere vaardigheid die bijdraagt aan het vergroten van autonomie is het doelgericht omgaan met taken en prioriteiten. Wat mij helpt om het werk behapbaar te houden, is efficiënt omgaan met werkzaamheden die ik minder leuk en interessant vind, zodat er ruimte blijft voor werkzaamheden die inhoudelijk uitdagen en voldoening geven. Die manier van werken, waar ik mezelf →

## ‘Professionele autonomie is geen eindpunt, maar een proces dat je je hele loopbaan moet onderhouden’



echt in heb moeten trainen, heeft mijn gevoel van autonomie sterk verbeterd. Centrale vragen hierbij zijn: moet dit gedaan worden, moet ik dat doen, en hoe doe ik het zo efficiënt mogelijk. Ik heb ervaren dat daar verrassend veel mee te winnen valt. Juist als aios heb je een frisse blik waarmee je deze vragen kunt beantwoorden, maak daar gebruik van.’

### **Hoe heb jij in jouw opleidingstijd de ondersteuning van je supervisors en opleiders ervaren bij je eigen professionele ontwikkeling? En heb je bepaalde ondersteuning gemist die je aiossen wel gunt?**

‘In mijn eigen opleidingstijd vond ik het vooral waardevol dat er veel gelegenheid was om te sparren met mijn supervisors. Daardoor leerde ik niet alleen de basiskennis uit de cursussen toe te passen, maar vooral om te gaan met complexe en uitzonderlijke casuïstiek die zich niet één-op-één laat vangen in richtlijnen of leerboeken. Juist in die gesprekken leer je klinisch oordelen en ontwikkel je professionele zelfstandigheid. Dat heeft sterk bijgedragen aan het gevoel dat ik mijn vak echt begon te beheersen.

Wat in de huidige opleiding beter is vastgelegd dan in mijn tijd, is het niveau van zelfstandigheid van een aios. Mijn eigen ervaring was dat ik geleidelijk meer verantwoordelijkheden kreeg en steeds zelfstandiger ging werken, maar dat gebeurde impliciet. Met het huidige EPA-systeem is explicieter benoemd welke verantwoordelijkheden bij welk niveau horen. Dat maakt groei in zelfstandigheid inzichtelijker en beter bespreekbaar. Autonomie wordt daarmee niet alleen ervaren, maar ook concreet gemaakt en gefaciliteerd. Het vraagt wel dat je als aios actief gebruik maakt van je supervisor om die zelfstandigheid bewust verder uit te bouwen, en dat je supervisor daar ook bewust ruimte voor creëert.

Tegelijkertijd merkte ik tijdens mijn opleiding dat ik soms meer ondersteuning had kunnen gebruiken bij het positioneren van mezelf binnen de organisaties. In het begin vond ik het bijvoorbeeld lastig om kritische vragen te stellen over therapieën waar ik twijfels bij had, zeker wanneer die werden voorgesteld door meer ervaren collega's. Het ontwikkelen van professionele assertiviteit, het leren verwoorden van twijfel en het aangaan van het gesprek, is een essentieel onderdeel van autonomie. Het gaat er niet alleen om wát je weet, maar ook om hoe je die kennis inbrengt.

In de loop van de jaren heb ik die vaardigheden verder ontwikkeld, mede door ervaring en reflectie. Deze ontwikkeling is in de huidige opleiding beter geborgd. Ik heb het idee dat aiossen die skills steeds meer hebben. Het kan helpen om gericht te sparren met een mentor of coach over hoe je je binnen een organisatie beweegt en hoe je invloed uitoefent zonder de samenwerking te schaden. Tegelijkertijd is het ontwikkelen van deze vaardigheden nooit ‘af’ aan het einde van de opleiding. Professionele autonomie is geen eindpunt, maar een proces dat je je hele loopbaan moet onderhouden.’

### **Heb je zelf naast de ondersteuning van je supervisors of collega's met een coach of mentor gesproken?**

‘Toen ik op onze afdeling leiding moest geven aan vier hoogleraren die mij hadden opgeleid, vond ik dat een uitdagende verandering van rol in de organisatie. In die periode heb ik met een coach gesproken. Al snel werd duidelijk dat bepaalde persoonlijke overtuigingen mij belemmerden. Vanuit mijn opvoeding had ik sterk meegekregen dat prestaties gepaard moeten gaan met bescheidenheid. Die houding had mij ver gebracht, maar maakte het lastiger om een formele leidinggevende positie vanzelfsprekend in te nemen

De coach hielp mij om die terughoudendheid in perspectief te plaatsen. Een dergelijke positie krijg je niet zonder inhoudelijke en professionele onderbouwing. Dat besef gaf mij meer stevigheid

in mijn rol. Professionele autonomie vraagt soms ook dat je accepteert dat je verantwoordelijkheid mag dragen en dat anderen vertrouwen in je hebben.'

**In het nieuwe Landelijk Opleidingsplan (LOP) wordt meer aandacht gegeven aan maatschappelijke thema's zoals vitaliteit, leefstijl en preventie. Dit zijn thema's die bij de start van jouw carrière waarschijnlijk nog niet zo actueel waren. En hoe zie je de ontwikkeling van deze thema's over de komende jaren?**

'Deze thema's waren altijd al aanwezig, maar zijn momenteel veel actueler dan in de tijd dat ik mijn opleiding deed. Dat heeft deels te maken met een bredere maatschappelijke ontwikkeling waarin preventie en leefstijl steeds meer worden gezien als essentieel voor duurzame gezondheid. Voor ons vak is dat een logische ontwikkeling, omdat revalidatie bij uitstek raakt aan functioneren, belastbaarheid en participatie.

Daarnaast sluiten deze thema's aan bij wat veel huidige aiossen en coassistenten belangrijk vinden: aandacht voor vitaliteit, zowel bij patiënten als in het eigen professionele leven. Tegelijkertijd vraagt de zorg van de toekomst om flexibiliteit van professionals. Complexe zorg, multidisciplinaire samenwerking en veranderende patiëntbehoeften laten zich niet altijd vangen in strak begrensde werktijden.

In de praktijk wordt werk-privébalans nog vaak primair gemeten in uren. Dat is begrijpelijk, maar onvoldoende. Vitaliteit gaat niet alleen over het bewaken van grenzen, maar ook over inhoudelijke betrokkenheid, professionele energie en het vermogen verantwoordelijkheid te dragen in een complexe omgeving.

**'Vitaliteit gaat ook over inhoudelijke betrokkenheid, professionele energie en het vermogen verantwoordelijkheid te dragen in een complexe omgeving'**

Ik verwacht dat deze thema's de komende jaren verder geïntegreerd worden in ons vak en minder als afzonderlijke accenten worden gezien. Het evenwicht is wat mij betreft bereikt wanneer je als revalidatiearts op een duurzame manier kunt functioneren, met ruimte voor flexibiliteit waar dat nodig is, en tegelijkertijd voldoening ervaart in zowel je werk als je privéleven.'

**Welke tip zou je aiossen geven om het maximale rendement te halen uit hun opleiding en zich zoveel mogelijk professioneel te ontwikkelen?**

'Het LOP biedt aiossen ruimte om zich breed te ontwikkelen, onder andere via generieke activiteiten en verdiepingsstages. De opleiding is duidelijk gestructureerd rondom EPA's. Dat geeft helderheid, maar professionele ontwikkeling gaat veel verder dan wat je formeel kunt toetsen of vastleggen. Beperk je daarom niet tot het behalen van EPA's, maar leer juist in de dagelijkse praktijk en omarm de dynamiek die daarbij hoort, zoals onverwachte wendingen, een spreekuur dat uitloopt, een consult dat anders verloopt dan gepland, een spanningsveld binnen het team. Juist in die situaties ontwikkel je klinisch oordelen, flexibiliteit en professionele zelfstandigheid.

Daarom is de hoeveelheid werkplekuren expliciet verankerd in het LOP. Die ruimte is niet vanzelfsprekend, maar het resultaat van bewuste keuzes in de inrichting van de opleiding. Juist in de praktijk ontwikkel je je het meest, vooral als je bereid bent van die momenten te leren. Uiteindelijk vraagt een professionele uitoefening van het vak niet alleen om kennis en structuur, maar om professionals die inhoudelijke diepgang combineren met flexibiliteit en eigenaarschap, en die werk-privébalans niet uitsluitend afmeten aan uren, maar aan de mate waarin zij hun vak duurzaam, met energie en overtuiging kunnen uitoefenen.' ←



DOOR SAMENWERKING LEREN, WERKEN EN VERNIEUWEN

# Het Interdisciplinair Leer- en Innovatie Netwerk van Reade

Het Interdisciplinair Leer- en Innovatie Netwerk (I-LIN) van Reade versterkt samenwerking tussen zorgprofessionals en speelt in op de groeiende complexiteit van de revalidatiezorg. We hebben hierdoor meer begrip van elkaars expertise, wat leidt tot beter afgestemde zorg die aansluit bij de behoeften en mogelijkheden van de patiënt.



**DR. C. (CELINE) TIMMERMANS**

Projectleider I-LIN, Reade

**DR. J.A. (JANNEKE) HAISMA**

Revalidatiearts, Reade



**CORRESPONDENTIE**

c.timmermans@reade.nl

Om zorgprofessionals enthousiast te maken en houden voor de revalidatie zijn een goede opleiding en werksfeer essentieel. Het in Reade opgerichte Interdisciplinair Leer- en Innovatie Netwerk (I-LIN) draagt hier in positieve zin aan bij. We moeten kunnen samenwerken met collega's van verschillende disciplines om de toenemende complexiteit van zorg het hoofd te bieden.<sup>1,2</sup> Door deze samenwerking worden zorg en behandeling afgestemd op de wensen en mogelijkheden van de patiënt. Vanuit de opleiding tot arts en de medisch specialistische vervolgoopleidingen is steeds meer aandacht voor inter- en intraprofessioneel opleiden. Kennis van elkaars expertise en mogelijkheden leidt tot goede afstemming tussen zorgprofessionals onderling, zodat in een netwerk de juiste zorg op de juiste plaats kan worden gegeven.<sup>3</sup>

## ONTWIKKELING I-LIN

In Reade ontbrak een gestructureerde en duurzame aanpak voor deze samenwerking. Dit leidde soms tot suboptimale afstemming tussen disciplines, minder effectieve revalidatie en een beperkt leerklimaat voor zowel studenten als professionals. Voor toekomstige collega's vonden wij het daarom belangrijk dat zij al tijdens hun opleiding in aanraking komen met interprofessioneel samenleren, werken en vernieuwen. In 2020 startte Reade als pilot een LIN (Leer- en Innovatienetwerk) met uitsluitend verpleegkundigen.<sup>4</sup> De focus lag op het versterken van het interprofessioneel bewustzijn en de samenwerking binnen de verpleegkundige discipline. We deden inspiratie op bij onze collega's van Revalidatie Friesland voor de verdere implementatie en verbreding van het concept. Sinds 2022 is de LIN in Reade doorontwikkeld tot het I-LIN: een interdisciplinair programma waarin studenten verpleegkunde, fysiotherapie, ergotherapie, psychologie en geneeskunde samenwerken. Zij leren, werken en innoveren in een werkomgeving waarin onderwijs, praktijk en innovatie met elkaar worden verbonden, onder begeleiding van praktijkopleider van de verpleegkundigen en *Lecturer Practitioner* van Hogeschool Inholland.

De kracht van het I-LIN is te omschrijven aan de hand van vier pijlers: interdisciplinair samenwerken, leiderschap, leerklimaat en innovatie.

## DE VIER PIJLERS VAN HET I-LIN

*Interdisciplinair samenwerken*

De grootste meerwaarde van het I-LIN is het interdisciplinaire karakter. Door te weten wat ieders expertise is, weet men elkaar beter te vinden en elkaars expertise juist en passend in te zetten. Een specifieke vorm hiervoor binnen het I-LIN is dat studenten onderwijs geven aan elkaar. Zij delen actief kennis, ervaringen en inzichten vanuit hun eigen discipline, waardoor interprofessioneel leren wordt versterkt en wederzijds begrip groeit. Op maandag formuleren zij gezamenlijk weekdoelen, die op donderdag worden geëvalueerd. Tijdens deze evaluatie wordt gereflecteerd op de voortgang, samenwerking en behaalde resultaten. Waar nodig worden doelen bijgesteld, zodat het leerproces continu aansluit bij de praktijk en de ontwikkelbehoeften van de studenten.

**‘Samenwerking op deze manier is super waardevol, daar leer ik zelf ook nog iedere dag van’**

- Stagebegeleider (ergotherapeut)

*Leiderschap*

Leiderschap binnen het I-LIN is geen exclusieve rol van een manager of een enkele zorgprofessional, maar een gedeelde kwaliteit. Begeleiders tonen hierin hun voorbeeldrol en stimuleren eigenaarschap door de studenten hierin coachend te begeleiden. Na de inwerkperiode krijgen studenten stapsgewijs meer verantwoordelijkheden binnen de zorgprocessen. Zij leren hoe zij hun eigen rol hierin kunnen pakken en regie kunnen nemen. Gedurende het traject krijgen zij geleidelijk meer verantwoordelijkheid over een vast aantal patiënten, de zogenoemde ‘I-LIN bedden’.

*Leerklimaat*

Een veilig leerklimaat draait niet alleen om het aanleren van vaardigheden, maar ook om een cultuur waarin leren onderdeel is van het dagelijkse handelen. Studenten worden actief betrokken, krijgen ruimte om vragen te stellen en te reflecteren op hun ervaringen. Ook nemen de professionals een lerende houding aan door samen met studenten leerdoelen te formuleren. Dat de studenten geneeskunde het leerklimaat als positief beoordelen blijkt uit de prijs ‘Beste Verbredend Coschap’, die zij Reade in 2025 toekenden.

**‘Iedereen is laagdrempelig aanspreekbaar en bereikbaar. Er zijn mogelijkheden om veel zelfstandig te doen, waardoor je veel leert’**

- Student (verbredend coassistent)

*Innovatie*

Innovatie binnen het I-LIN ontstaat vanuit concrete praktijkvragen. Professionals zitten soms vast in oude gewoontes, terwijl studenten met een frisse blik Reade kunnen helpen om processen te verbeteren. Hun ideeën worden uitgewerkt, getest en waar mogelijk geïmplementeerd. Deze iteratieve aanpak kan bijdragen aan kwaliteit van zorg en werkprocessen. Voorbeelden zijn het systematisch en volledig opstellen en bijhouden van behandelplannen, of het inzetten van scenariotrainingen binnen het I-LIN.

**EFFECTEN EN UITDAGINGEN**

Positieve effecten van het I-LIN lijken onder andere te liggen in een duidelijker taakverdeling tussen disciplines en in verbeterde overdrachtsmomenten, waarbij meer aandacht is voor gezamenlijke behandeldoelen. Deze ontwikkelingen kunnen zowel bijdragen aan de kwaliteit van revalidatiebehandeling en -zorg, en kunnen het werkproces efficiënter laten verlopen. Het I-LIN heeft daar-



*Evaluëren van de weekdoelen op de donderdagmiddag met studenten en begeleiders van de verschillende disciplines.*

naast meerdere studenten geënthousiasmeerd om bij Reade te komen werken.

**‘De samenwerking vond ik waardevol. Het hielp mij breed te leren kijken naar zorg en mij zekerder te voelen in mijn rol’**

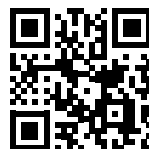
- oud-student I-LIN, nu in dienst van Reade als verpleegkundige

Interprofessioneel leren vraagt echter tijd en goede afstemming van en investering in begeleiding. Door verschillende startmomenten en duur van de stages kan het soms uitdagend zijn om continuïteit te borgen. Ook de verankering binnen beleid en organisatie kost tijd. Juist daarom is het van belang dat ideeën en inzichten uit de praktijk worden vertaald naar concrete verbeteringen binnen de zorgverlening.

**SAMENVATTEND**

Het I-LIN biedt een betekenisvolle manier om leren, werken en verbeteren te combineren. Door te investeren in interdisciplinair samenwerken, een veilig leerklimaat, leiderschap en innovatie kan het I-LIN bijdragen aan zowel de ontwikkeling van toekomstige zorgprofessionals als aan duurzame kwaliteitsverbetering in de praktijk. Verder onderzoek is nodig om te bepalen wat het effect is van het I-LIN op de passende zorg.

Wil je meer weten over het I-LIN of verkennen wat dit concept voor je eigen organisatie kan betekenen? Bekijk onze film en neem dan contact met ons op.<sup>5</sup> Wij delen graag onze ervaringen en praktische inzichten. ←



→ De referenties van dit artikel vind je bij dit artikel op [www.revalidatie.nl/ntr/](http://www.revalidatie.nl/ntr/).

# Carrièreswitch

De meeste revalidatieartsen zoeken hun professionele ontwikkeling binnen hun specialisme door verdere specialisatie in zorg, onderwijs, onderzoek of management. Maar sommigen gooien het over een hele andere boeg... Lees hier drie inspirerende verhalen over een echte carrièreswitch waardoor we drie collega's rijker zijn geworden.

## Het belang van een vroege kennismaking met de revalidatiegeneeskunde



Zes jaar werkte ik als fysiotherapeut voordat ik aan geneeskunde begon. Ik deed mijn werk met plezier, maar merkte dat ik na verloop van tijd meer verdieping zocht. Die behoefte bracht me naar de studie Geneeskunde. Tijdens de opleiding kwam ik nauwelijks in aanraking met revalidatiegeneeskunde, en na mijn afstuderen wist ik eerlijk gezegd nog niet welke kant ik op wilde.

Via mijn achtergrond werd ik gewezen op de revalidatiegeneeskunde en begon ik op de revalidatie in het AMC. Daar viel alles op zijn plek. Ik ontdekte een vak waarin medisch redeneren, functioneel herstel en samenwerking met verschillende disciplines vanzelfsprekend samenkomen. Het werken in een interdisciplinair team heeft mijn professionele ontwikkeling sterk gevormd. Ik leerde verder kijken dan de diagnose alleen en kreeg oog voor participatie, zingeving en kwaliteit van leven als centrale doelen van behandeling.

Mijn verleden als fysiotherapeut blijkt dagelijks een waardevolle basis, terwijl de opleiding tot revalidatiearts mij de verdieping biedt die ik zocht. Mijn eigen route laat zien hoe belangrijk vroege kennismaking met het vak kan zijn. Hoe eerder

**‘Mijn verleden als fysiotherapeut blijkt dagelijks een waardevolle basis’**

studenten ervaren hoe breed en betekenisvol de revalidatiegeneeskunde is, hoe groter de kans dat zij dit veelzijdige werkveld bewust meenemen in hun loopbaankeuze.

*Mattijs de Kleuver*

## Life is like riding a bicycle, to keep your balance you must keep moving

Als je als orthopeed in optocht van sollicitatie naar sollicitatie rijdt en van waarneemplek naar fellowship reist. Dan komt er een moment waarop je keuzes moet maken. Ga ik hiermee door? Ga ik naar het buitenland? Uiteindelijk is het een optelsom dat maakte dat ik besloot het roer om te gooien.

En wat dan.... Gelukkig had ik buiten Nederland al wel in een multidisciplinair behandelteam gewerkt en in Nederland ook regelmatig de verbinding gezocht met de revalidatie.

Dus ben ik gaan proeven aan het revalidatievak en dankzij veel fijne collega's heb ik mij kunnen omscholen tot revalidatiearts. En nu, bijna 14 jaar na dato, werk ik met veel plezier als kinderrevalidatiearts. De revalidatie geeft me nu een super-afwisselende baan; werken in multidisciplinaire teams met

**‘Waar ik eerder als orthopeed met liefde en passie voor werkte, heb ik gewoon meegenomen’**

ruimte voor complexere zorg; afwisseling tussen een meer coachende en meer behandelende rol, en ook de technische kant en leiderschapsrol hebben een groot aandeel. Dat waar ik eerder als orthopeed met liefde en passie voor gewerkt heb, heb ik gewoon meegenomen. En mijn revalidatiejas die zit me als gegoten !

*Bianca Impelmans*

## Verdiepingscarrière

Gefascineerd door de anatomie was de chirurgie een doel vanaf de start van de studie Geneeskunde. Als student was ik al aan boord om met experimentele opstellingen peri-operatieve zorg (bij intestinale ischemie-reperfusie schade) te optimaliseren. Met de artsenbul op zak verder met wetenschappelijk onderzoek, deels om in opleiding te komen. Na de heelkunde opleiding, en moeder geworden in het laatste opleidingsjaar, had ik twee parttimebanen gecombineerd in het LUMC en Bravis Roosendaal, bij elkaar net een beetje te veel hooi op mijn vork. Na mijn 36-uurtje (dienst zonder compensatie) ontwikkelde ik herniaklachten. In retrospectie niet zo gek.

**‘Als chirurg miste ik de tijd om met iedere patiënt mee te mogen denken over ‘hoe verder’; dit is in de revalidatie realiteit’**

Mijn linkerarm, tijdens laparoscopie mijn retractorarm, kreeg een subclavia trombose.

Opnieuw inkleuren van de toekomst was een echte uitdaging, een begin in het omdenken en omgaan met.

Begeleid door de loopbaanadviseur (LUMC) het idee van de revalidatiegeneeskunde ontvangen en kwam met een behapbare waarneming bij de kinderrevalidatie van Rijndam. Voordat ik die aanpakte heb ik bij Natascha Ringeling meegelopen en dit was zeer inspirerend, van anatomisch zeer kundig tot heel praktisch en empathisch over het weer oppakken van het leven met een veranderde functionaliteit. De tijd die ik miste als chirurg om met iedere patiënt mee te mogen denken over hoe verder is in de revalidatie realiteit. Ik vond hiermee de gewenste verdieping die ik zocht.

*Petra Boelens*

# Revalidatiegeneeskunde op Aruba: ontwikkeling van een vak op een klein eiland

Werken als revalidatiearts op Aruba betekent werken in een klein, overzichtelijk zorgsysteem waar samenwerking en flexibiliteit essentieel zijn. De revalidatiegeneeskunde ontwikkelt zich er snel, mede door een groeiende zorgvraag en de geplande bouw van het eerste multidisciplinaire revalidatiecentrum. Dit artikel schetst hoe het vak zich op het eiland heeft ontwikkeld en welke toekomstperspectieven er liggen.



## L. (LENIE) DENTENEER

Projectdirecteur revalidatie Horacio Oduber Hospital Aruba

## A. (ALEXANDROS) VALASSIDIS

Revalidatiearts Horacio Oduber Hospital Aruba



## CORRESPONDENTIE

a.valassidis@hoharuba.com

Aruba wordt vaak geassocieerd met zon, zee en ontspanning. Minder zichtbaar, maar minstens zo relevant, is dat het eiland beschikt over een centraal georganiseerd en kwalitatief hoogstaand zorgsysteem waarin revalidatiegeneeskunde de afgelopen jaren een duidelijke ontwikkeling heeft doorgemaakt. Werken als revalidatiearts op Aruba betekent werken in een compacte en overzichtelijke context, waarin professionele standaarden grotendeels aansluiten bij Nederland, maar waarin de dagelijkse praktijk vraagt om flexibiliteit, creativiteit en intensieve samenwerking.

Dit artikel beoogt inzicht te geven in de organisatie, inhoudelijke ontwikkeling en toekomst van de revalidatiegeneeskunde op Aruba, tegen de achtergrond van een kleinschalig zorgsysteem met grote maatschappelijke impact.

## ZORGORGANISATIE OP ARUBA

Aruba telt ongeveer 110.000 inwoners en kent één algemeen ziekenhuis, het Horacio Oduber Hospital. Dit ziekenhuis vormt het

centrale knooppunt voor alle specialistische en acute zorg op het eiland. De gezondheidszorg is sterk gecentraliseerd en wordt gefinancierd via één verplichte zorgverzekeraar, het Algemeen Ziektekostenverzekering (AZV).

In tegenstelling tot Nederland bestaan er op Aruba geen zelfstandige revalidatiecentra. Revalidatiezorg wordt momenteel geleverd binnen het ziekenhuis, in poliklinische settings en in enkele woon- en zorgvoorzieningen. De revalidatiearts werkt daardoor binnen een breed zorgnetwerk en heeft een intensieve samenwerking met andere medisch specialisten, verpleegkundigen en paramedici. Deze integratie biedt korte lijnen en snelle besluitvorming, maar kent ook beperkingen in capaciteit en infrastructuur.

## ‘Een klein eiland met grote ambities in revalidatiezorg’

### HISTORISCHE ONTWIKKELING VAN DE REVALIDATIEZORG

De revalidatiegeneeskunde op Aruba is lange tijd pragmatisch en functioneel ingericht geweest, met een nadruk op functioneel herstel binnen de bestaande ziekenhuisstructuur. Aandacht voor participatie en het niveau van dagelijkse activiteiten werd daarbij vaak minder expliciet benadrukt. Gespecialiseerde multidisciplinaire revalidatie na de acute ziekenhuisopname was niet beschikbaar, waardoor patiënten regelmatig langer in het ziekenhuis verbleven dan medisch noodzakelijk, of juist te vroeg werden ontslagen zonder adequate vervolgzorg.

De afgelopen jaren is hierin een duidelijke professionaliseringsslag gemaakt. Deze ontwikkeling uit zich onder meer in structurele multidisciplinaire overleggen, het formuleren van expliciete functionele doelen, verbeterde afstemming tussen acute zorg en vervolgzorg en een versterkte rol van de revalidatiearts als

regiebehandelaar. De groeiende zorgvraag, mede door vergrijzing, toename van chronische aandoeningen en verbeterde overleving na acute ziekte, heeft deze ontwikkeling verder versneld.

### PATIËNTENPOPULATIE EN MAATSCHAPPELIJKE CONTEXT

De revalidatiepopulatie op Aruba is breed en divers. De revalidatiearts behandelt patiënten met onder andere cerebrovasculaire aandoeningen, traumatisch letsel, amputaties, dwarslaesies, orthopedische problematiek en complexe interne aandoeningen met functionele beperkingen.

Wat de Arubaanse context bijzonder maakt, is de zichtbaarheid van zorg. Op een klein eiland zijn patiënten geen anonieme casussen. Men komt elkaar tegen in de samenleving en de effecten van revalidatie, zowel positief als negatief, zijn direct merkbaar. Dit versterkt het gevoel van professionele verantwoordelijkheid en maakt gezamenlijke besluitvorming met patiënt en familie essentieel.

### RICHTLIJNEN, REGISTRATIE EN COMMUNICATIE

Het Horacio Oduber Hospital werkt grotendeels volgens Nederlandse richtlijnen en professionele standaarden. De meeste medisch specialisten zijn in Nederland opgeleid en BIG-geregistreerd. De Arubaanse artsenregistratie sluit in grote lijnen aan bij het Nederlandse systeem, waardoor BIG-geregistreerde artsen zonder aanvullende inhoudelijke belemmeringen kunnen werken op Aruba.

Medische dossiers worden hoofdzakelijk in het Nederlands gevoerd. In de spreekkamer is de praktijk meertalig, waarbij Papiament, Nederlands, Spaans en Engels naast elkaar worden gebruikt. Dit vraagt van de revalidatiearts niet alleen medische expertise, maar ook culturele sensitiviteit en communicatieve flexibiliteit.

### NAAR EEN MULTIDISCIPLINAIR REVALIDATIECENTRUM

Een belangrijke volgende stap in de ontwikkeling van de revalidatiegeneeskunde op Aruba is de geplande bouw van een nieuw multidisciplinair revalidatiecentrum. In de nabije toekomst start de realisatie van dit centrum, waarin zowel klinische als poliklinische revalidatie onder één dak wordt georganiseerd. Dit wordt het eerste gespecialiseerde revalidatiecentrum op Aruba en betekent een fundamentele verandering in de zorgstructuur. Het centrum zal ruimte bieden aan klinische multidisciplinaire revalidatie voor patiënten met complexe aandoeningen, waaronder cerebrovasculaire accidenten, amputaties en ernstig trauma, evenals aan intensieve poliklinische revalidatie voor een bredere patiëntengroep. Hydrotherapie zal daarbij een vast onderdeel vormen van de behandelprogramma's. Door deze concentratie



van expertise en infrastructuur kunnen revalidatietrajecten tijdig worden gestart, beter worden afgestemd en effectiever worden uitgevoerd.

Deze ontwikkeling sluit aan bij internationale aanbevelingen en draagt bij aan betere patiëntuitkomsten, efficiënter gebruik van ziekenhuisbedden en vermindering van kostbare zorg buiten het eiland. Voor de patiënt betekent dit herstel in de eigen sociale en culturele omgeving, wat essentieel is voor succesvolle re-integratie.

### PROFESSIONELE ONTWIKKELING EN TOEKOMSTPERSPECTIEF

De ontwikkeling van een multidisciplinair revalidatiecentrum markeert een nieuw hoofdstuk voor de revalidatiegeneeskunde op Aruba. In dit kader zullen in de toekomst nieuwe collega's nodig zijn om het team te versterken. Voor Nederlandse revalidatieartsen biedt Aruba een zeldzame combinatie van professionele uitdaging en kwaliteit van leven.

De schaal van het zorgsysteem maakt dat de revalidatiearts niet één schakel is in een groot geheel, maar een zichtbare en invloedrijke professional. Er is ruimte om mee te bouwen aan zorgpaden, multidisciplinaire samenwerking verder vorm te geven en inhoudelijke keuzes te maken die direct doorwerken in de patiëntenzorg. Deze pioniersrol vraagt betrokkenheid en flexibiliteit, maar biedt tegelijkertijd een grote mate van professionele voldoening.

Voor Nederlandse revalidatieartsen is de overgang laagdrempelig. De zorgstructuur, richtlijnen en medische cultuur sluiten grotendeels aan bij Nederland. De voertaal in de medische documentatie is Nederlands, terwijl de dagelijkse praktijk een meertalige en cultureel rijke dimensie toevoegt.

Naast de professionele uitdaging biedt Aruba een veilige, stabiele en prettige leefomgeving. De combinatie van betekenisvol werk, korte reistijden, een sterk gemeenschapsgevoel en het Caribische klimaat zorgt voor een duurzame balans tussen werk en privé.

Voor revalidatieartsen die op zoek zijn naar verdieping, zichtbare impact en de kans om daadwerkelijk te pionieren binnen hun vakgebied, biedt Aruba een uitzonderlijke mogelijkheid om bij te dragen aan de verdere uitbouw van de revalidatiegeneeskunde. ←

# Prikbord professionele ontwikkeling

Professionele ontwikkeling is een ruim begrip en kan gezien worden als persoonlijke ontwikkeling, teamontwikkeling of ontwikkeling van je vakgroep of professie. We vroegen jullie om voorbeelden van keerpunten of aanjagers van professionele ontwikkeling uit de dagelijkse praktijk. We kregen voorbeelden van ontmoetingen en ervaringen die collega's gevormd hebben tot de professional die ze vandaag de dag zijn. Sommige tips zijn wellicht al morgen in te zetten in je eigen praktijk.

## En de winnaar is...

*Anne-Wil Koopman, revalidatiearts, Basalt, oordelend opleider OOR Leiden*

Sinds 2015 is in OOR Leiden de CAT-contest een jaarlijkse traditie. De aiossen leveren hun beste CAT van dat jaar in, waarna de jury bepaalt welke drie CAT's de beste zijn en gepresenteerd mogen worden op de refereeravond. De jury kiest tijdens de finale de winnaar, die de wisselbokaal mee naar huis neemt. Uiteraard niet minder belangrijk is de publieksprijs: een chocolade medaille. De aiossen worden door de CAT-contest gestimuleerd om alles uit hun CAT te halen, maar het verbindt ook de medische staf van Basalt met de opleiding en het zorgt voor verhogen van zowel inhoudelijke als wetenschappelijke kennis.



## Schrijven als nieuwe carrière

*Loes Swaan, revalidatiearts niet praktiserend, tot 1 mei Rijndam Revalidatie, Rotterdam*

Als revalidatiearts heb ik vakgericht schrijven altijd leuk gevonden. Een boek over pijn, artikelen voor patiëntenverenigingen, lezersverhalen voor Medisch Contact: kom maar op. In 2022 bezocht ik het KNMG-congres 'Taal in de geneeskunde'. Daar raakte ik in gesprek met psychiater Cassandra Zuketto. Zij had een cursus wetenschapsjournalistiek gevolgd waar ze

enthousiast over vertelde. Op dat moment paste de cursus nog niet in mijn werkende leven, maar nu ik ben gestopt met patiëntenzorg wel! Ondanks het vele huiswerk geniet ik met volle teugen van de lesdagen, en van mijn professionele ontwikkeling in het schrijverschap. Ik hoop er nog veel gebruik van te maken in mijn werk voor het NTR.

## De 'Safety-II' bril

Larissa van den Bogaard, aios revalidatiegeneeskunde, Revant, Breda

Binnen de revalidatiegeneeskunde staat aanpassingsvermogen en veerkracht van patiënten centraal. Als zorgverleners balanceren we ook continu tussen protocollen en maatwerk om de beste zorg voor de individuele patiënt te bieden. Leren van de dagelijkse praktijk, dus niet alleen van wat niet werkt maar juist ook van wat wél werkt (Safety-II gedachtegoed), lijkt daarom ideaal voor kwaliteitsbevordering van revalidatiezorg. Een praktijkvoorbeeld is de omzetting van de complicatie- naar een kwaliteitsbespreking binnen revalidatiecentrum Revant, locatie Breda. Ik daag je uit om zelf met de 'Safety-II' bril naar de dagelijkse praktijk te kijken; er valt veel meer te leren dan je denkt!



Achtergrondinformatie, praktijkvoorbeelden, inspiratiebronnen over het Safety-II gedachtegoed zijn verzameld in een mediatheek op de website van het landelijke patiëntveiligheidsprogramma Tijd voor Verbinding.



## Professionele ontwikkeling en IFMS: Reflective Zombies?

Mattijs Alsem, revalidatiearts, UMCU, Utrecht

Als medisch specialist is het vanzelfsprekend om blijvend te leren en ontwikkelen. IFMS-trajecten zijn een poging dit te faciliteren. In ons ziekenhuis bestaat het traject uit een 360-gradenbeoordeling en een reflectie. Die stuur je naar een IFMS-coach, en het gesprek daarover is de basis voor de goedkeuring en uiteindelijk de BIG-heraccreditatie. Ik was erg blij verrast dat mijn gesprek startte met het opzij leggen van de papierwinkel. Het werd een goed gesprek over welke dokter ik ben, wil zijn en wat daarvoor nodig is. Vragenlijsten en reflectieverslagen leiden veel meer tot 'Reflective Zombies' (zie het artikel van de la Croix in Perspect. Med. Educ.2018) dan een goed gesprek met een collega.



## Een coach gun je toch iedereen?

Johan Lim, revalidatiearts, Basalt, Den Haag

Sinds kort ga ik als jonge klare door het leven en onder andere het AMS-budget - waarmee ik een coach heb kunnen krijgen - bevalt goed. Want als topsporters een coach hebben om zich professioneel te ontwikkelen, waarom medische specialisten dan niet? Via de FMS is nu ook intercollegiale coaching mogelijk. Uit ervaring kan ik zeggen: het is enorm waardevol om gecoacht te worden door iemand die het artsenvak van binnenuit kent, maar er tegelijkertijd met frisse, onafhankelijke blik naar kan kijken. Dat gun ik iedereen!



Bekijk de webpagina 'Intercollegiaal coaches' van de Federatie Medisch Specialististen. →

## Een belangrijk leermoment

Anita van de Munckhof, aios  
revalidatiegeneeskunde, Reade, Amsterdam

Afgelopen januari ben ik gestart als aios in een revalidatiecentrum. Een van de patiënten op de klinische afdeling bleek een patiënt met wie ik in een eerdere werkervaring een botsing had. Mijn eerste neiging was om deze patiënt uit de weg te gaan en de zorg over te dragen aan een collega. Samen met mijn supervisor ben ik toch het gesprek met de patiënt aangegaan en hebben we het eerdere conflict kunnen uitspreken. Deze ervaring was een belangrijk leermoment voor mij: met een open en professionele houding kunnen hobbels in de arts-patiëntrelatie ook weer gladgestreken worden.



## Rondje langs de groene velden

Dr. Chantal Bakker, revalidatiearts, Máxima MC

Loop (of rol) je even met me mee? Dat scherpt de geest, is fijn voor een soepel lichaam en als we minimaal 5 minuten samen een ommetje doen, bevordert dat ons contact en dus onze samenwerking in het team. De zorg wordt er beter van als wij elkaar makkelijker kunnen vinden. Zullen we naar buiten gaan? Dan maken we verbinding met de natuur en verruimen we onze blik. Allemaal door middel van onderzoek aangetoond. En als we allebei de app *Treekly* op onze telefoon hebben staan, planten we ook nog gratis een boom per maand. Wat een goede ontwikkelingen!



## Groepsdynamiek in optima forma

Prof. dr. Jan Groothuis, revalidatiearts, Radboudumc

Tijdens een tweedaagse retraite binnen een persoonlijk leiderschapsprogramma werden we zonder enige instructie in een ruimte gezet met twaalf collega's en twee zwijgende trainers. Het leverde een bizarre, vervreemdende ervaring op: sommigen bleven langdurig stil, anderen zochten juist afstemming en hadden moeite met de langdurige stilte.

We vroegen ons als groep voortdurend af wat de bedoeling was van de training en waarom er geen instructie kwam. Achteraf bleek dit natuurlijk precies de kern van groepsdynamiek te raken: zichtbaar maken welke rollen we innemen, hoe we reageren op een onbekende situatie en hoe de groep zichzelf vormt.

# De nieuwe Kwaliteitsvisitatie, van vinken naar vonken!

In dit NTR themanummer over professionele ontwikkeling kan een artikel over de kwaliteitsvisitatie niet ontbreken. Bij de kwaliteitsvisitatie gaat het niet zozeer over individuele ontwikkeling, maar over vakgroepontwikkeling. Om de vakgroepen nog beter te ondersteunen in de zorg voor kwaliteit zijn veranderingen in de visitatiesystematiek in voorbereiding. Het Normenkader is verkort en daardoor is binnen de visitatie ruimte gemaakt voor een flexibeler ingericht deel met verdiepende gesprekken over geselecteerde thema's. Dit artikel geeft informatie over achtergrond en inhoud van de veranderingen.



## E.C. (ELS) HUSSON

Revalidatiearts Noordwest Ziekenhuisgroep,  
voorzitter kwaliteitscommissie, subcommissie kwaliteitsvisitaties



## CORRESPONDENTIE

kwaliteitscommissie@revalidatiegeneeskunde.nl

**A**anleiding voor het vernieuwen van de kwaliteitsvisitatie was de doorontwikkeling in het kwaliteitsdenken bij de Federatie Medisch Specialisten (Federatie). Hierbij is als stip op de horizon een situatie van 'gerechtvaardigd vertrouwen' gezet. De achtergrond van deze aanpassing en de inhoud ervan worden toegelicht.

Voor dit artikel maken we onder meer gebruik van afbeeldingen en tekst uit de presentatie van de Federatie bij de kick-off bijeenkomst van project ViSIE, waarover verderop in het artikel uitleg volgt.

### VISIE EN DOEL KWALITEITSBELEID

Het doel van kwaliteitsbeleid en de visitatie is als volgt geformuleerd:

Elke patiënt dient goede zorg te krijgen, gezamenlijk afgestemd op diens reële zorgbehoefte en op de uitkomsten die er voor hem toe doen ('*what matters to you?*'), verleend door die professional(s) en in die setting/vorm die daar geschikt voor is. Goede zorg is vei-

lig, doeltreffend, doelmatig, patiëntgericht, tijdig en toegankelijk. Goede zorg is het leveren van kwaliteit.

Het kwaliteitsbeleid in de medisch specialistische zorg heeft als doel continu te leren, te borgen en te verbeteren.

### KERN VAN DE KWALITEITSVISITATIE

Doel: stimuleren van kwaliteitsverbetering van de geleverde zorg, door de nadruk te leggen op een continu verbeterproces ofwel een goede kwaliteitscyclus.

Methode: intercollegiale toetsing van de vakgroep, met aandacht voor de harde kant van de kwaliteit van zorg én voor de zachte kanten van het functioneren van de groep, met actieve betrokkenheid van de wetenschappelijke verenigingen.

Uitgangspunten van de visitatie zijn Verbeteren, Vertrouwen, Verdiepen en Verbinden.

In het kader van een professioneel kwaliteitsbeleid is de visitatie een instrument om te meten en evalueren.

Continu leren, borgen en verbeteren sluit goed aan bij hoe we binnen de visitatiecommissie van de VRA omgaan met de kwaliteitsvisitaties. Er is binnen de revalidatie-instellingen al veel goed geregeld met betrekking tot de kwaliteit en het kwaliteitsbeleid. We willen daarom juist meer kijken naar waar de vakgroepen zelf extra accenten willen leggen, zich willen ontwikkelen of hun ontwikkelingen willen meegeven aan andere instellingen.

### HUIDIGE SITUATIE

Sinds 2014 maakt de VRA bij het uitvoeren van kwaliteitsvisitaties gebruik van de Waarderingsystematiek voor de Kwaliteitsvisitatie. Deze bestaat uit een normeringstelsel en een set van minimale →



**Figuur 1.** Doorontwikkeling in het kwaliteitsdenken bij de Federatie Medisch Specialisten.

eisen waaraan de kwaliteit van de zorg moet voldoen. Dat doen we volgens een 5-punts-schaal (streefnorm, norm, aanbeveling, zwaarwegend advies en voorwaarde). Dankzij deze systematiek is de normering van de visitatie objectiever en vergelijkbaarder geworden, minder afhankelijk van welke visitatiecommissie er langs komt. Ook werd het visitatierapport beter gestructureerd. De systematiek is sindsdien enkele malen doorontwikkeld en aangepast. Omdat alle vakgroepen de huidige systematiek nu een aantal maal doorlopen hebben is het risico dat de opbrengst voor de vakgroepen minder wordt en dat de visitatie toenemend wordt ervaren als een verplicht nummer en het voldoen aan een set van ‘vinkjes’. De visitatiecommissie krijgt de laatste jaren ondergenoemde signalen al met enige regelmaat terug:

‘We hebben alles goed op orde, wat voegt de visitatie voor ons nog toe?’

‘Ik word er een beetje moe van. Steeds die evaluatie van verbeterplannen, we evalueren ons suf op deze manier..’

#### ONTWIKKELINGEN

De laatste jaren ontwikkelt het denken over kwaliteit zich van meer controlerend (verantwoording afleggen) naar stimulerend en vertrouwend. Dit biedt kansen voor verdere verbetering van de kwaliteitsvisiteatie.

De Kwaliteitscommissie, subcommissie kwaliteitsvisitaties (kortweg visitatiecommissie) was dan ook blij met de nieuwe ‘Toekomstvisie Kwaliteitsvisitaties’ die de Federatie in 2021 gepubliceerd heeft. In deze toekomstvisie werden aanbevelingen gegeven om de kwaliteitsvisitaties toekomstbestendig te maken. Uitgangspunt is de ontwikkeling van een nieuw, beknopter basisnormenkader, aangevuld met een thematisch gedeelte. De bedoeling is, dat dit zal leiden tot meer maatwerk en verdieping.

Voor de verdere uitwerking hiervan is het project Visitatie-methodiek Samen Implementeren en Evalueren (ViSIE) gestart, waarin door 21 wetenschappelijke verenigingen, met ondersteuning vanuit de Federatie, gewerkt wordt aan de implementatie van de toekomstvisie. Vol enthousiasme is de VRA hierbij aangehaakt en momenteel wordt hard gewerkt om te gaan starten met de nieuwe visitatiemethodiek.

#### NIEUWE SITUATIE

Er is een nieuw Normenkader ontwikkeld door de visitatiecommissie, waarbij van 30 items teruggegaan wordt naar 17 items. Net als voorheen evalueert de vakgroep haar eigen functioneren op al deze aspecten en gaat de visitatiecommissie op de visitatiedag ad hoc hierover met de vakgroep in gesprek. In de gesprekken zal vooral aan de eerste tien items aandacht worden besteed. De overige (randvoorwaardelijke) normen worden op papier getoetst en kunnen bij mogelijke tekortkomingen of vragen uiteraard alsnog aan bod komen in de gesprekken.

Daarnaast is een aantal thema’s ontwikkeld met input vanuit de Federatie en enkele VRA-werkgroepen: Samen beslissen, Positionering van de vakgroep in het netwerk, Patiëntenperspectief, Duurzame inzetbaarheid, Diversiteit, Inclusiviteit en gelijkwaardigheid, Less is more, Leefstijl, Kwaliteitsindicatoren.

## Meer:

Ruimte voor maatwerk  
 Inhoudelijke verdieping (gespreksthema's)  
 Eigen inbreng vanuit de vakgroep  
 Werken vanuit vertrouwen  
 Kijken naar uitblinkers en support waar nodig

## Minder:

Lijstjes checken en afvinken  
 Eenheidsworst  
 Administratieve lasten  
 Politieagent spelen  
 Zoeken naar wat er niet goed gaat

**Figuur 2.** Ontwikkeling om de kwaliteitsvisitaties toekomstbestendig te maken.

In elke visitatie volgens de nieuwe methode zullen twee thema's besproken worden. Eén wordt door de visitatiecommissie bepaald, de andere door de vakgroep zelf. Als voorbereiding wordt de vakgroep gevraagd drie vragen te beantwoorden:

- Waar loopt de vakgroep tegenaan binnen het betreffende thema?
- Waar is de vakgroep trots op binnen het betreffende thema?
- Waarover wil de vakgroep met de visitatiecommissie van gedachten wisselen binnen het betreffende thema?

Er is per thema een inspiratiekader uitgewerkt waarin vragen staan die gebruikt kunnen worden in de voorbereiding. Dit dient nadrukkelijk ter inspiratie en om de vakgroep op weg te helpen in het nadenken over het thema, niet als vragenlijst die beantwoord moet worden.

De bedoeling is dat de vakgroep van tevoren over het thema nadenkt, een verbeterplan opstelt en een korte pitch voorbereidt om op de visitatiedag te presenteren. Daarna gaat de vakgroep met de visitatiecommissie ad hoc in gesprek over het thema, waarbij hopelijk nieuwe inzichten en inspiratie op worden gedaan. De opzet met thema's biedt tevens ruimte om variatie aan te brengen en in te spelen op nieuwe ontwikkelingen. De lijst met thema's kan steeds worden aangepast wanneer dat wenselijk is.

Tot slot is hard gewerkt aan het aanpassen van de documentatie ter voorbereiding van de visitatie, het voorbeeld dagprogramma, de handleidingen, etc. Ook hier hebben we gepoogd om vragenlijsten te verkorten, dubbelingen te verwijderen en nadruk te leggen op de onderwerpen en voorbereidingsgegevens die echt

belangrijk zijn voor kwaliteit, de vakgroep helpen bij de zelfevaluatie en de visitatiecommissie helpen om een goed beeld te krijgen van de zorg voor kwaliteit binnen de vakgroep.

### SAMENVATTEND

In de nieuwe visitatiesystematiek gaan we naar *minder vinken*, door het inkorten van het Normenkader van 30 naar 17 items en naar *meer vonken* door de focus op gerechtvaardigd vertrouwen en maatwerk in de vorm van verdiepende gespreksthema's.

Hopelijk krijgen we dan dit soort citaten te horen:

'Ha, leuk, we worden weer gevisiteerd!'

'We komen als vakgroep echt weer een stap verder en krijgen energie van het nadenken en bespreken van de thema's'

We zullen vanaf 2027 met de eerste vakgroepen de nieuwe visitatiesystematiek gaan beproeven. We hopen en verwachten dat hiermee de visitaties nog meer inspirerend voor de vakgroepen worden en op die manier bijdragen aan de professionele ontwikkeling van al onze collega's! ←

# Missie, visie en strategie van het Hooglerarenconvent Revalidatiegeneeskunde

De academische revalidatiegeneeskunde staat voor grote uitdagingen: toenemende complexiteit van zorgvragen, vergrijzing, technologische innovaties en de noodzaak om wetenschap, opleiding en klinische praktijk sterker te verbinden. Het Hooglerarenconvent van de VRA heeft daarom een gezamenlijke missie, visie en strategische koers ontwikkeld. In dit artikel worden deze missie, visie en koers benoemd, en wat ze betekenen voor de dagelijkse praktijk van de revalidatiearts.



## PROF. DR. V. (VINCENT) DE GROOT

Hoogleraar revalidatiegeneeskunde Amsterdam UMC

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

Hoogleraar revalidatiegeneeskunde Maastricht UMC+ en Adelantegroep

## PROF. DR. J.T. (JAN) GROOTHUIS

Hoogleraar revalidatiegeneeskunde Radboudumc

## NAMENS HOOGLERARENCONVENT VRA



## CORRESPONDENTIE

jeanine.verbunt@maastrichtuniversity.nl

**D**e revalidatiegeneeskunde heeft een prominente rol in het snel veranderende zorglandschap. Functioneren en participatie worden belangrijker als uitkomst van zorg, terwijl de zorgvraag complexer wordt door multimorbiditeit, vergrijzing en maatschappelijke druk op arbeidsparticipatie.

Professionele ontwikkeling start met een gezamenlijke visie en doel. Het Hooglerarenconvent Revalidatiegeneeskunde heeft daarom in 2024–2025 gewerkt aan een koers voor de academische ontwikkeling van het vakgebied en bij te dragen aan toekomstbestendige revalidatiezorg. Voor de revalidatiearts in de praktijk biedt deze koers houvast: een duidelijker academisch profiel, betere

verbinding tussen wetenschap en kliniek, en versterking van de positie van het vak in het zorgstelsel.

Deze koers is uitgewerkt in een missie en visie die richting geven aan de bijdrage van het Hooglerarenconvent aan wetenschap, opleiding, zorg en maatschappelijke positionering van de revalidatiegeneeskunde.

### MISSIE

Het Hooglerarenconvent versterkt patiëntenzorg, onderwijs, opleiding, wetenschappelijk onderzoek en valorisatie vanuit de universitaire medische centra (UMC's) en universiteiten. We zetten onze gedeelde expertise in om het functioneren, de participatie en eigen regie van mensen met gezondheidsproblemen te optimaliseren, en zo bij te dragen aan toekomstbestendige en maatschappelijk verankerde revalidatiegeneeskunde in Nederland en internationaal.

### VISIE

Het Hooglerarenconvent verbindt de hoogleraren revalidatiegeneeskunde, die verantwoordelijk zijn voor de wetenschappelijke ontwikkeling, strategische positionering en academische opleiding binnen het vakgebied.

Wij opereren in een zorgstelsel waarin functioneren centraler komt te staan. De WHO erkent functioneren, naast sterfte en ziekte, als derde uitkomstparameter van zorg, en stelt met het ICF een internationaal raamwerk beschikbaar voor de analyse en verbetering van het functioneren van een individu binnen zijn of haar context.

Revalidatiegeneeskunde richt zich op complexe revalidatievragen waarvoor medisch-specialistische diagnostiek, behandeling en coördinatie noodzakelijk zijn. Binnen het bredere revalidatie- →

landschap is revalidatiegeneeskunde dus niet allesomvattend, maar wel essentieel bij hoog complexe gezondheidsproblematiek.

De revalidatiearts onderscheidt zich door het geïntegreerd analyseren en medisch beïnvloeden van functioneren, op basis van biomedische, gedragsmatige, sociale en contextuele factoren. Behandeling kan worden gegeven door de revalidatiearts, waar nodig met een interdisciplinair team.

Een sterke academische inbedding van de revalidatiegeneeskunde is noodzakelijk om deze rol duurzaam te kunnen vervullen. Juist de verbinding met UMC's en universiteiten maakt het mogelijk om complexe functioneringsproblemen wetenschappelijk te doorgronden, innovatieve diagnostiek en behandeling te ontwikkelen, en nieuwe generaties artsen en onderzoekers op te leiden. Daarmee is academische verankering geen afgeleide, maar een voorwaarde voor de verdere ontwikkeling, zichtbaarheid en maatschappelijke relevantie van het vakgebied.

Het Hooglerarenconvent borgt de wetenschappelijke grondslagen van de revalidatiegeneeskunde, vernieuwt door het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek, versterkt de academische opleiding, ontwikkelt en monitort talentbeleid en draagt bij aan de ontwikkeling van beleid. Door strategische samenwerking onderling en met andere medisch specialisten, en positionering op (inter)nationaal niveau bevorderen wij een revalidatiegeneeskunde die wetenschappelijk onderbouwd, maatschappelijk relevant en toekomstgericht is.

## STRATEGIE

### *Onderzoek en innovatie*

Wij stimuleren zorgevaluatie, doelmatigheid, fundamenteel, translationeel en klinisch onderzoek. Dit vraagt een sterke onderzoeksinfrastructuur met samenwerking tussen afdelingen in de UMC's, lectoraten van hogescholen, onderzoeksnetwerken en internationale partners. Nieuwe interventies en technologieën worden wetenschappelijk getoetst op effectiviteit, doelmatigheid, gebruikersvriendelijkheid en toegankelijkheid, en vervolgens geïmplementeerd. Patiëntparticipatie wordt actief ingezet, zowel bij het formuleren van onderzoeksvragen als bij de uitvoering en evaluatie van projecten.

Een structureel talentbeleid is hierbij onmisbaar. We zetten in op vroegtijdige herkenning van academisch potentieel, het bieden van loopbaanpaden en mentorschap en het creëren van onderzoekstijd voor deze academische talenten. Deelname aan promotietrajecten, (inter)nationale consortia en wetenschappelijke bijeenkomsten en bestuurlijke activiteiten in wetenschappelijke verenigingen wordt actief gestimuleerd. Zo bouwen we aan een herkenbare en actieve

groep academische revalidatieartsen die (inter)nationaal toonaangevend is en die innovatie en kennisontwikkeling blijvend verbindt met de klinische praktijk. We dragen hierdoor actief bij aan een lerend zorgsysteem waarin wetenschap en praktijk elkaar versterken, met als doel het bestendigen van de toekomst van universitaire afdelingen voor revalidatiegeneeskunde, wetenschappelijk onderzoek, onderwijs en opleiding in Nederland.

### *Valorisatie en maatschappelijke impact*

Wij bevorderen de vertaling van academische kennis naar klinische toepassing, richtlijnontwikkeling, beleidsvorming en onderwijsvernieuwing. We positioneren de revalidatiegeneeskunde als een strategisch relevant medisch specialisme binnen maatschappelijke transitie op het gebied van gezondheid, arbeid, participatie en vergrijzing. Daarbij richten wij ons expliciet op kennisverspreiding, zorgevaluatie en duurzame implementatie van wetenschappelijk onderbouwde (kosten-)effectieve innovaties in de zorgpraktijk.

### *Maatschappelijke opbrengsten en preventie*

We dragen bij aan duurzame inzetbaarheid, zelfredzaamheid en het voorkomen van langdurige zorgafhankelijkheid van patiënten met complexe revalidatievragen. Zo leveren we ook een bijdrage aan doelmatige zorg en beperking van maatschappelijke kosten.

### *Onderwijs en opleiding*

We leiden geneeskundestudenten en (revalidatie)artsen op tot functioneringsgerichte professionals met een academische blik op gezondheid en participatie. We stimuleren kritische reflectie op het unieke profiel en de maatschappelijke waarde van de revalidatiegeneeskunde.

### *Internationale positionering*

We dragen bij aan internationale ontwikkeling van het vak door actieve deelname aan wetenschappelijke netwerken, beleidstrajecten en gezamenlijke onderzoeksinitiatieven, en versterken de internationale academische uitstraling van de revalidatiegeneeskunde.

### *Strategische advisering*

We adviseren de VRA en andere stakeholders gevraagd en ongevraagd over de inhoudelijke en strategische ontwikkeling van het vakgebied. We dragen actief bij aan positioneringsvragen zoals taakverdeling binnen het revalidatielandschap, toekomstscenario's voor het vak, en de inzet van revalidatiearts-expertise binnen netwerken, sociaal domein en preventie.

### *Toegankelijkheid en inclusie*

We zetten ons in voor toegankelijke revalidatiezorg en -kennis, voor iedereen met aandacht voor mensen met beperkte gezondheids- en digitale vaardigheden, anderstaligen en sociaal

kwetsbare groepen. We ondersteunen daartoe het ontwikkelen van begrijpelijke informatie, toegankelijke e-health en inclusieve zorgmodellen.

#### *Patiëntenperspectief en ervaringsdeskundigheid*

We bevorderen structurele inbreng van het patiëntenperspectief in onderwijs, wetenschappelijk onderzoek en beleidsontwikkeling. We stimuleren samenwerking met patiëntenorganisaties en dragen bij aan een cultuur van samen beslissen en co-creatie.

### REVALIDATIEGENEESKUNDE BINNEN HET VERANDERENDE ZORGLANDSCHAP

#### *Van ziekte naar functioneren en participatie*

De zorg van de toekomst verschuift naar een benadering die functioneren, kwaliteit van leven en participatie centraal stelt. Deze paradigmawisseling sluit naadloos aan bij de kernwaarden van de revalidatiegeneeskunde, waarin niet alleen de ziekte, maar vooral ook het vermogen van mensen om te leven met de door ziekte veroorzaakte beperkingen het uitgangspunt vormt. Daarbij staat centraal dat zorg niet alleen medisch effectief is, maar ook daadwerkelijk waarde toevoegt. Binnen de revalidatiegeneeskunde wordt gezondheid dan ook benaderd vanuit een integrale visie, als een dynamisch evenwicht tussen functioneren, omgeving en persoonlijke factoren.

#### *Aandacht voor chronische en complexe problematiek*

De vergrijzing en toename van chronische aandoeningen leiden tot een groeiende groep patiënten met meervoudige gezondheidsproblemen. Revalidatiegeneeskunde is bij uitstek een medisch specialisme voor de begeleiding van mensen met complexe gezondheidsproblematiek, gericht op beter functioneren door te werken aan herstel, adaptatie en participatie bij blijvende beperkingen, en op preventie van verdere functionele achteruitgang. Dit sluit aan bij het besef dat gezondheid meer is dan de afwezigheid van ziekte, het gaat om het vermogen tot aanpassing.

#### *Interdisciplinaire, persoonsgerichte en geïntegreerde zorg*

De zorg van de toekomst vraagt, bij complexe gezondheidsproblematiek, om interprofessionele samenwerking en een integraal perspectief op gezondheid, waarbij lichamelijke, psychologische en sociale aspecten samen worden bekeken. Revalidatiegeneeskunde heeft een lange traditie in interdisciplinaire samenwerking, met intensieve afstemming tussen arts, therapeuten, psycholoog en maatschappelijk werkers. Deze samenwerking is gericht op het begeleiden van de individu met zijn/haar gezondheidsproblematiek, en niet slechts op symptomen of aandoeningen.

#### *Kostenbesparing en duurzame inzetbaarheid*

Investeren in revalidatiegeneeskunde kan bijdragen aan kosten-

besparing voor de maatschappij als geheel. Door mensen te helpen zelfredzaam te worden en actief te laten participeren in werk en maatschappij, wordt langdurige zorg en uitval voorkomen. Daarmee ondersteunt revalidatiegeneeskunde ook bredere maatschappelijke doelen, zoals duurzame zorg en arbeidsgerichte preventie.

#### *Wetenschappelijke onderbouwing en innovatiekracht*

De revalidatiegeneeskunde is voortdurend in ontwikkeling, met toenemende inzet van technologische innovaties, zoals kunstmatige intelligentie, robotica, telerevalidatie en e-health, in combinatie met *evidence-based practice*. Het vakgebied past daarmee goed in een lerend zorgsysteem, waarin continue verbetering, evaluatie en kennisontwikkeling centraal staan. Juist daarom blijft een stevige academische infrastructuur, waarin onderzoek, opleiding en klinische ontwikkeling met elkaar zijn verbonden, onmisbaar.

### SAMENVATTEND

Revalidatiegeneeskunde belichaamt de belangrijkste principes van de zorg van de toekomst: functioneringsgericht, interdisciplinair, persoonsgericht, adaptief en maatschappelijk betrokken. In een tijd waarin gezondheid wordt herzien als een dynamisch concept en de grenzen tussen zorg, preventie en participatie vervagen, biedt dit vakgebied een krachtig en relevant zorgmodel. Het hooglerarenconvent vervult hierin een belangrijke rol, zowel in de wetenschappelijke onderbouwing van dit perspectief als in de academische vorming van professionals en onderzoekers die deze ontwikkeling verder moeten dragen.

### BETEKENIS VOOR DE PRAKTIJK

Voor de revalidatiearts betekent deze koers snellere toegang tot nieuwe evidence-based interventies en technologieën, een sterkere positionering van het vakgebied in regionale en landelijke netwerken en een betere aansluiting tussen wetenschap en klinische praktijk. Daarnaast biedt zij ondersteuning bij complexe beleids- en positioneringsvraagstukken, meer mogelijkheden voor onderzoek, innovatie en academische ontwikkeling, en een toekomstbestendige opleiding. Deze nieuwe missie, visie en strategie biedt daarmee een helder en toekomstgericht kader voor de academische revalidatiegeneeskunde. Deze koers versterkt onderzoek, onderwijs, opleiding en maatschappelijke impact, en ondersteunt de revalidatiearts in het leveren van wetenschappelijk onderbouwde, inclusieve en toekomstbestendige zorg. ←



Zie voor de missie, visie en strategie 'Revalidatiegeneeskunde als fundament voor de zorg van de toekomst' (2026) op [revalidatie.nl/commissies/convent-van-hoogleraren](https://revalidatie.nl/commissies/convent-van-hoogleraren).

TIEN VRAGEN AAN PROF. DR. JAN GEERTZEN

# 'Blijf onderzoek doen, voor de onderbouwing van ons vak'

Op vrijdag 24 april 2026 gaf prof. dr. Jan Geertzen, hoogleraar revalidatiegeneeskunde in het Universitair Medisch Centrum Groningen, zijn afscheidscollege ter ere van zijn emeritaat, met als titel 'De benen nemen'. Jan Geertzen heeft zich als hoogleraar vooral gericht op het aandachtsgebied amputatie en prothesiologie. 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

## 1 Je bent revalidatiearts, hoogleraar, bestuurder, en was ook opleider. Welke van deze functies ga je het meeste missen, en welke het minst?

'Het minste missen ga ik mijn rol als bestuurder, vooral vanwege de jaarlijkse onderhandelingen met de zorgverzekeraars. Ik ben er na 18 rondes helemaal klaar mee. Elk jaar zijn er weer nieuwe medisch adviseurs en door al die wisselingen begin je steeds opnieuw. Daar komt de duiding nog bij, al hebben we hier nog geen probleem gehad met de pijnrevalidatie, wel met de oncologische revalidatie en de orgaanrevalidatie.

Het meeste missen zal ik de begeleiding van jonge mensen op weg naar hun promotie. Het is mooi om ze te zien groeien in die jaren. Bij de start ben ik nog professor Geertzen en is het contact formeel; bij afronding vragen ze of ik mee ga om een biertje te drinken. Tot de pandemie deed ik nog veel onderzoek zelf, met een publicatie per jaar. Het opleiderschap heb ik 17 jaar gedaan, en ook hierin was het leukste om aiossen te begeleiden, maar ik had te veel taken, er moest iets af. En ik vond de visitatiecommissie soms zeuren. Bovendien bracht de combinatie van bestuurder en opleider me soms in een spagaat.'

## 2 Je hebt ook veel nevenfuncties (gehad), landelijk en internationaal. Bijvoorbeeld VRA-voorzitter, ISPO-president, RN-bestuurder, hoofdredacteur van het

## NTR en nog veel meer. In welke functie kwamen jouw eigenschappen en kwaliteiten het meeste tot zijn recht?

'Ja ik heb heel veel gedaan, ook het Concilium, de Beroepsbelangencommissie en de Werkgroep Transculturele Revalidatie (WTCR); eigenlijk alles behalve de WeCo. De grootste uitdaging was het presidentschap van de ISPO. Om mensen uit zóveel landen, zóveel culturen op één lijn te krijgen... Alle vergaderingen waren live dus ik reisde de hele wereld over. In Nederland heb ik het bestuurs eens bij mij thuis te eten uitgenodigd, dat was nooit eerder gebeurd, maar het brak wel het ijs. Ik heb genoten van de diversiteit. Wat nodig is: luisteren, nieuwsgierigheid, zonder oordeel. Al was dat laatste wel eens lastig, zeker met Amerikanen. Waar ik me aan ergerde was de corpsmentaliteit, dat mensen rechten menen te hebben vanwege de positie van hun voorouders. Ik heb geprobeerd om de ISPO te democratiseren maar na mijn vertrek is dat helaas teruggedraaid. Wat betreft het NTR vond ik bij aantreden dat het wel wat wetenschappelijker mocht en volgens mij is dat aardig gelukt. En auteurs moeten zich gewoon aan de regels houden, ze moeten niet het idee krijgen dat ze kunnen onderhandelen over het aantal woorden, dat mag echt scherper. Als redactie zou je pas aan de slag moeten met de inhoud als de voorwaarden kloppen.'

## 3 Je bent voorstander van centralisatie in de zorg. Hoe staan we er nu voor wat dat betreft?

'Slecht! In het noorden zijn we lang bezig geweest met de concentratie van onder andere kinderrevalidatie en pijnrevalidatie. Dat was een moeizaam proces met de bestuurders en revalidatieartsen van de betrokken instellingen. Als je het top-down wil regelen krijg je veel weerstand; bij de kinderrevalidatie is het goed gelukt dankzij de inzet vanaf de werkvloer. En ik vind dat vier dwarslaesiecentra in Nederland voldoende is, verspreid over het land, terwijl het er nu nog acht zijn. Het zijn lastige processen, kijk maar naar de kinderhartchirurgie, maar met de kinder- →



Foto: Gerald Emming (UMCG)

oncologie is het wel goed gelukt. Wat betreft amputatie zou de zorg vooral in de GRZ (Geriatrische Revalidatiezorg, *red.*) meer geconcentreerd moeten worden. We zijn in het noorden bezig met een soort RevaStart (van Rijndam, *red.*), voor de diagnoses stroke en beenamputatie.'

**4 Je bent gepromoveerd op CRPS, je hebt je daarna gespecialiseerd in amputatie en prothesiologie, maar bent ook betrokken bij de pijnrevalidatie onder andere als bestuurder van het Netwerk Pijnrevalidatie Nederland NPN. Hoe zie je die combinatie van aandachtsgebieden?**

'De amputatie en prothesiologie is echt mijn aandachtsgebied. Maar als bestuurder moest ik wel mee in het bestuur van de NPN. Dat was een goed initiatief, om met de vier voormalige Ontwikkelcentra Pijnrevalidatie (OPR) meer te gaan samenwerken, als reactie op de problemen met het Zorginstituut. Er waren maar drie gesubsidieerde ontwikkelcentra aangewezen en aanvankelijk vielen wij buiten de boot. Daarop hebben we als UMCG geprocedeerd om het vierde OPR te worden, en tijdens de rechtszaak vroeg ik of 'een Rotterdamse havenarbeider soms meer waard was dan een Drents keuterboertje'. Die uitspraak is in de stukken terechtgekomen en de rechter ging daarin mee. Het lidmaatschap van de OPR heeft veel onderzoek gegenereerd en veel promoties opgeleverd.'

**5 Je bent ook actief geweest voor patiëntenverenigingen, zowel op het gebied van CRPS als op het gebied van amputatie. Hoe zie jij de rol van de revalidatiearts in patiëntenverenigingen?**

De patiëntenvereniging 'Korter maar Krachtig' heb ik zelf opgericht, samen met Marcel Conradi, omdat ik het vreemd vond dat bij de ontwikkeling van richtlijnen geen patiënten aan tafel zaten. Er waren wel verschillende kleinere patiëntenverenigingen, maar die maakten vooral onderling ruzie. Voor de oprichting hadden we oud-managers gevraagd om statuten en een huishoudelijk

**'Ik voorspel dat er in de revalidatiecentra uiteindelijk vooral PA's en VS-en zullen werken, met een consulent revalidatiearts vanuit het ziekenhuis'**

reglement op te stellen. Het is natuurlijk wel raar dat een arts een patiëntenvereniging moet oprichten. Ik heb patiëntenparticipatie altijd heel belangrijk gevonden, zowel in mijn werk als in mijn privéleven. Zo vind ik dat een patiënt (of diens naaste) altijd bij een patiëntbespreking aanwezig moet zijn. Mijn advies aan patiënten

was om het gesprek goed voor te bereiden en mij vooraf vragen te mailen. Op sommige vragen kon ik dan per mail al antwoorden en op andere vragen konden we dieper ingaan tijdens het gesprek. Voor vertegenwoordigers van een patiëntenvereniging is het soms lastig om het individuele te overstijgen en namens de achterban te spreken ook al is men het persoonlijk niet eens met een standpunt.

## 6 Je hebt een zilveren en een gouden balk, je hebt de Van Hoytema Trofee een keer gewonnen en je bent erelid van de VRA. Waar ben je het meest trots op?

‘Op de Van Hoytema Trofee; die balken gingen meer vanzelf vanwege mijn functies. Voor de Van Hoytema Trofee moet je echt iets bijzonders doen. Samen met Hans Rietman heb ik vijf leerboeken geschreven, zowel over amputatie en prothesiologie als over volwassenrevalidatie in het algemeen. Wat een werk was dat! Behalve inhoudelijk ook logistiek, en het contact met de Nederlandse en Vlaamse auteurs was soms ook lastig. Ik was geweldig trots toen ik het eerste boek daadwerkelijk in handen had.’

## 7 Hoe was het om als Bosschenaar het grootste deel van je leven in Groningen te wonen?

‘Ik had mijn vrouw beloofd dat we na mijn opleiding in Groningen terug zouden gaan naar Brabant. Maar de voorwaarden waaronder ik verder kon in het toenmalige AZG (Academisch Ziekenhuis Groningen, red.) waren veel gunstiger dan in enkele Brabantse centra waar ik me had georiënteerd. De combinatie van patiëntenzorg en onderzoek is toch het mooiste. En ik woon nu heel mooi, dichtbij de Onlanden, dat ga ik in Brabant niet meer krijgen.’

## 8 Welke plannen heb je voor na je pensioen? Wat gaan we nog van je horen?

‘Mijn registratie heb ik afgelopen oktober nog kunnen verlengen, maar ik ga geen patiëntenzorg meer doen. Tenzij er een student is die al het typewerk voor me doet. Dat wil ik echt niet meer. Ik heb nog twee promovendi waarvan de laatste het traject afrondt in 2027. Ik heb enkele toezichthoudende functies, daar ga ik voorlopig mee door. Na mijn afscheid op 24 april sluit ik Outlook zes weken helemaal af, eerst even afstand nemen. Ik hoop meer tijd te krijgen om te zeilen, wielrennen, wandelen en lezen. Er liggen al verschillende boeken klaar.’

## 9 Onze generatie heeft hard werken altijd normaal gevonden, de werk-privé balans deed er weinig toe. Hoe zie jij de toekomst van ons vak, met jonge collega's die heel andere opvattingen hebben?

‘Somber. Zo heb ik geen opvolger, en ook collega-hoogleraren die binnen enkele jaren met pensioen gaan maken zich zorgen. Het was vroeger niet per se beter, maar wel anders. Bijna niemand werkt meer fulltime, en ik begrijp dat ook wel. Zij hebben meer tijd voor bijvoorbeeld de kinderen dan ik had. Ik voorspel dat er in de revalidatiecentra uiteindelijk vooral *Physician Assistants* (PA's) en Verpleegkundig Specialisten (VS-en) zullen werken, met een consultant revalidatiearts vanuit het ziekenhuis. Alleen al bij het Centrum voor Revalidatie in het UMCG hebben we 17 PA's / VS-en en aniossen en nog vindt men dat te weinig. Er wordt veel geklaagd over werkdruk, dat heb ik nooit gedaan. Naar mijn idee zijn er behalve taakverschuiving ook andere oplossingen: de logistiek moet beter en er moet efficiënter gewerkt worden. In de kliniek kan je bij opname al de ontslagdatum vastleggen, en je daaraan houden tenzij er ernstige complicaties zijn. Dat maakt de planning veel efficiënter en het is financieel ook gunstiger. Wat wringt: wij gingen naar huis als het werk af was; nu gaat men naar huis als ‘men er klaar mee is’. Maar nu klink ik wel erg als een iemand van de oude stempel.’

## 10 Is er nog iets wat je de lezers van het NTR wilt meegeven?

‘Ik hoop dat revalidatieartsen meer onderzoek gaan doen, dat is nodig voor de onderbouwing van ons vak. Het is jammer dat het nu vaak ophoudt na een promotie: er promoveren wel meer revalidatieartsen maar onderzoek doen stopt vaak daarna. En brede onderzoekslijnen geven meer kansen. We verzamelen zoveel data, daar zouden we zoveel meer mee kunnen doen! Meer geld zou helpen, dan kan een onderzoek-minded revalidatiearts een dag per week vrijgesteld worden om onderzoek te blijven doen.’

Foto: Mariëke Jansen



De trotse en zojuist onderscheiden Jan Geertzen met zijn vrouw José.

## Benoeming tot Officier in de Orde van Oranje-Nassau

Aan het einde van het afscheidssymposium ter gelegenheid van Jans pensionering werd Jan verrast door de komst van de burgemeester van Tynaarlo, Marcel Thysen. Deze hield een mooie toespraak waarin de verdiensten van Jan voor de revalidatiegeneeskunde nationaal en internationaal, de wetenschap, de patiënten, de ISPO, Revalidatie Nederland en de VRA uitgebreid belicht werden. Vervolgens benoemde hij Jan tot Officier in de Orde van Oranje-Nassau.

Met deze hoge koninklijke onderscheiding wordt Jan Geertzen geëerd voor zijn uitzonderlijke en langdurige bijdrage aan de ontwikkeling van de revalidatiegeneeskunde in Nederland en daarbuiten. Het onderstreept de brede maatschappelijke en wetenschappelijke betekenis van Jan voor de revalidatiegeneeskunde. ←



### Advertentie

**Snel antwoord op een juridische vraag?**

Chat 24/7 met **Lia**



Federatie Medisch Specialisten 

 UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM



**Evidence Based Practice in Health Care MSc**

Tweejarige universitaire deeltijd masterstudie tot klinisch epidemioloog

**Start september 2026** één avond per week

**Geen premaster nodig**

**Bridging health care and science**

- Eersteklas carrièrestap, startpunt naar een hoog wetenschappelijk niveau.
- Eigentijds onderwijs met multidisciplinaire benadering.
- (Inter)nationaal gerespecteerd en NVAO-geaccrediteerd.
- Voor verpleeg- en verloskundigen, medici, paramedici en promovendi.
- Erkend door de VvE voor registratie (klinisch) epidemioloog A

Meer informatie en aanmelden: [www.amc.nl/masterebp](http://www.amc.nl/masterebp)

# Intensieve training bij dwarslaesie: is meer altijd beter?

Intensieve, taakgerichte motortraining wordt in de dwarslaesierevalidatie vaak gezien als een logische strategie om neurologisch herstel te optimaliseren, maar robuust klinisch bewijs ontbrak. Deze multicenter RCT levert nu voor de praktijk zeer relevante kennis over de effectiviteit van extra intensieve training bovenop de gebruikelijke dwarslaesierevalidatiezorg.



**DR. J.M. (JANNEKE) STOLWIJK-SWÜSTE**

Revalidatiearts UMC Utrecht



**CORRESPONDENTIE**

J.M.Swuste@umcutrecht.nl

## WAAROM DIT ONDERZOEK?

Binnen de dwarslaesierevalidatiegeneeskunde bestaat de overtuiging, gevoed door dierstudies, dat intensieve taakgerichte training het neurologisch herstel bij mensen met een recente dwarslaesie kan versnellen. Klinisch bewijs bij mensen ontbreekt echter, en richtlijnen doen aanbevelingen op basis van expert opinion in plaats van data. Deze studie onderzocht daarom of het toevoegen van intensieve motortraining aan de gebruikelijke zorg daadwerkelijk betere uitkomsten oplevert.

## ONDERZOEKSVRAAG

Leidt tien weken extra intensieve taakgerichte motortraining (12 uur/week) bovenop gebruikelijke zorg bij recente dwarslaesie tot beter neurologisch herstel dan gebruikelijke zorg alleen?

## HOE WERD DIT ONDERZOCHT?

In een pragmatische, gerandomiseerde, assessor-geblindeerde superioriteitsstudie werden 220 patiënten met een subacute dwarslaesie geïncludeerd in 15 dwarslaesiecentra in zes landen. Inclusie vereiste enige motorische functie onder het laesieniveau en een verwachte opnameduur van minstens tien weken. De interventiegroep ontving 12 uur/week motortraining (taakgericht + krachttraining) gedurende tien weken, bovenop gebruikelijke revalidatie. De controlegroep ontving alleen gebruikelijke zorg. De primaire uitkomst was de *Total Motor Score* (TMS, 0-100) na tien weken.

## BELANGRIJKSTE RESULTATEN

De TMS was vrijwel identiek in beide groepen: interventiegroep 78,36 (SD 17,00) versus controlegroep 78,76 (SD 17,34). Ook waren er **geen significante verschillen** in secundaire uitkomsten: AIS, motorische en sensibele subscores, WISCI II, SCIM III, kwaliteit van leven (EQ-5D 5L), doelrealisatie en opnameduur. Alleen het psychologische domein van WHOQOL BREF liet een klein voordeel zien, mogelijk te verklaren door subjectieve waardering van extra therapie.

‘Revalidatieartsen kunnen patiënten geruststellen: achterblijvend herstel is niet te wijten aan ‘te weinig trainen’

## CONSEQUENTIES VOOR DE PRAKTIJK

Deze grootschalige RCT toont aan dat het toevoegen van 12 uur/week taakgerichte motortraining bovenop de gebruikelijke revalidatie **geen extra neurologisch of functioneel voordeel** oplevert bij primaire klinische revalidatie na dwarslaesie. De gebruikelijke zorg - zoals toegepast in de deelnemende centra in hoge inkomenslanden - bevat waarschijnlijk al een effectieve hoeveelheid taakgerichte training. Dit betekent dat revalidatieartsen patiënten kunnen geruststellen dat achterblijvend herstel niet te wijten is aan ‘te weinig trainen’, en dat arbeids- en kostenintensieve extra revalidatieprogramma's zonder bewezen meerwaarde niet geïndiceerd zijn. De lichte psychologische winst onderstreept het belang van verwachtingsmanagement, autonomie en begeleiding, maar rechtvaardigt geen substantiële uitbreiding van fysieke training. ←

## Literatuur

Glinsky JV, Chu J, Rimmer C, Roberts S, Scivoletto G, Tamburella F, et al. Safety and efficacy of intensive task-specific training in people with recent spinal cord injury: a phase 3, pragmatic, randomised, assessor-blinded, superiority trial. *Lancet Neurol* 2026(25):234-44.

# Een optimale klinische revalidatie in de vroege herstelfase na ernstig THL

In de vroege herstelfase na matig tot ernstig traumatisch hersenletsel (THL) passen verwardheid en desoriëntatie, vaak gepaard gaand met 'onbegrepen' gedrag zoals agitatie en weglopen.

Door als één team volgend te revalideren, een gezamenlijk cognitief bejegeningplan te gebruiken, passende omgevingsaanpassingen te verrichten en psychofarmaca waar mogelijk te saneren, kan deze groep al in een vroegere herstelfase in aanmerking komen voor behandeling in de MSR met daarbij sneller neurologisch herstel.



## DR. J.J. (JORIS) BERKHOUT

Revalidatiearts Heliomare

## DRS. S. (SYLVIA) POORTENGA

Stafarts revalidatie Heliomare

## DRS. F. (FRANK) VERKAIK

Klinisch neuropsycholoog Heliomare

## PROF. DR. C.A.M. (COEN) VAN BENNEKOM

Revalidatiearts Heliomare

## DR. J.F. (JORRIT) DE KIEVIET

Revalidatiearts Heliomare



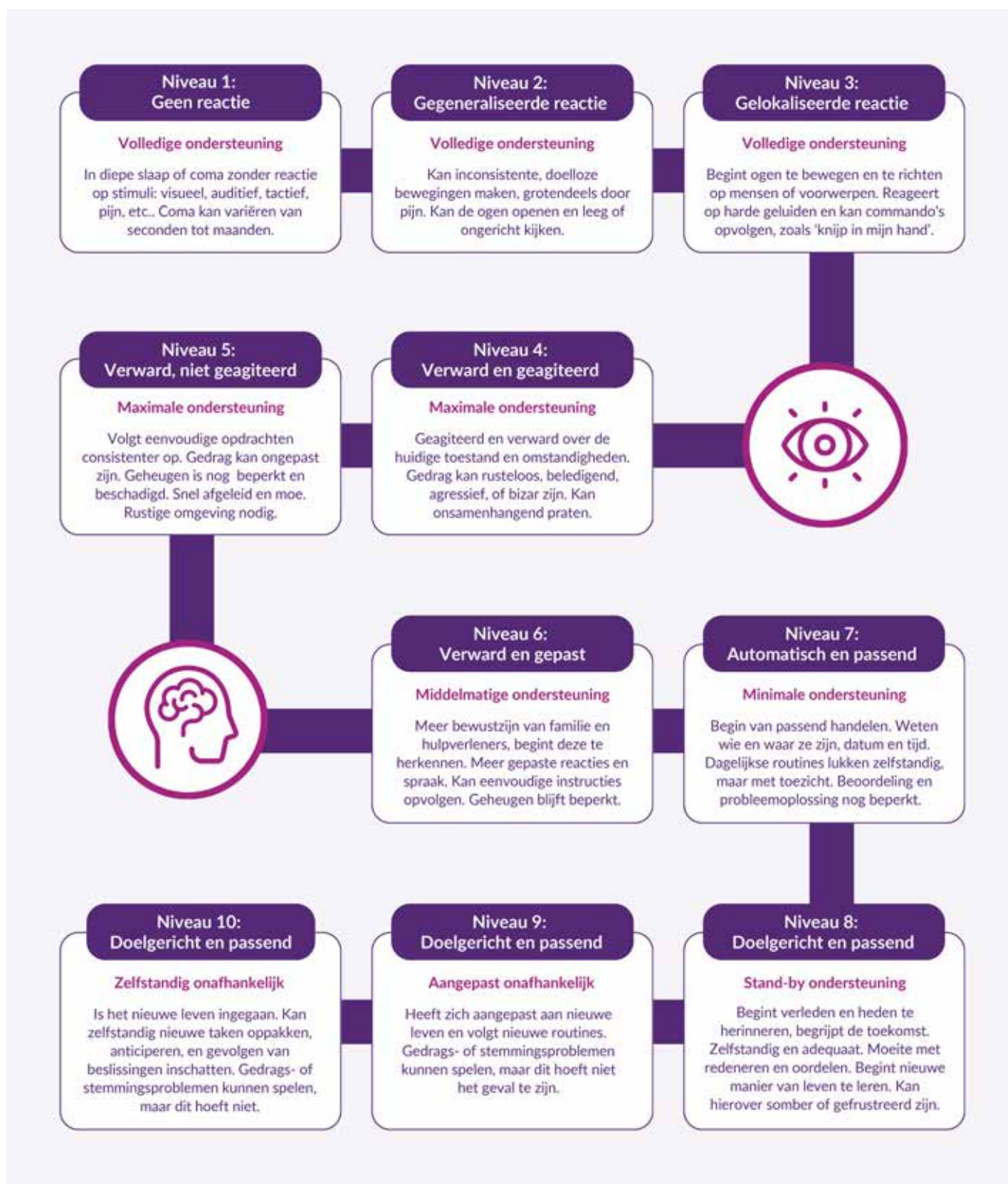
## CORRESPONDENTIE

j.dekieviet@heliomare.nl

Jaarlijks maken zo'n 30.000 mensen in Nederland matig of ernstig traumatisch hersenletsel (THL) door waarvoor ze in het ziekenhuis moeten worden opgenomen. Het betreft een heterogene groep waarvan bekend is dat het herstel in functioneren één jaar na letsel zeer variabel is. Circa 32% kan uiteindelijk weer aan het werk, maar 25% blijft ernstig beperkt, en 90% houdt in enige mate persisterende klachten.<sup>1</sup> Conform de zorgstandaard THL uit 2015 is neuropsychologische revalidatie, waaronder cognitieve

revalidatie valt, een belangrijk aspect van de multidisciplinaire revalidatie na (ernstig) THL.

Cognitief herstel van ernstig THL volgt vaak eenzelfde patroon, dat kan worden beschreven en geëvalueerd middels de *Rancho Los Amigos Scale Revised* (RLAS-R, figuur 1)<sup>2</sup>. Deze schaal definieert tien opeenvolgende niveaus van herstel van cognitief functioneren. De eerste drie niveaus van deze schaal beschrijven het functioneren bij een verminderd bewustzijn waarbij eventuele (vroeg intensieve) neurorevalidatie kan plaatsvinden, zoals in Nederland georganiseerd vanuit Libra locatie Leijpark in Tilburg. Voor het beschrijven van deze drie niveaus wordt in de praktijk vaak ook de PALOC-schaal (*Postacute Level of Consciousness scale*) gebruikt. De daaropvolgende niveaus 4, 5 en 6 omvatten de fase van posttraumatische amnesie (PTA). In deze fase van herstel is er sprake van desoriëntatie en verward gedrag, soms ook uitend in agitatie en frustratie. Vanaf niveau 7 van de RLAS-R is er vaak een beginnend ziekte-inzicht aanwezig en neemt het leervermogen toe. Vanaf dit niveau wordt het pas goed mogelijk om (compensatoire) vaardigheden en strategieën te leren en in te zetten, wat veel gebruikte methoden in reguliere cognitieve revalidatie zijn. Dit maakt dat de revalidatiebehandeling van patiënten met een RLAS-R niveau 4-6 als uitdagend kan worden ervaren, en dat op basis van argumenten zoals beperkte instrueerbaarheid, trainbaarheid en/of noodzakelijkheid van vrijheidsbeperkende interventies op dit moment vaak afwijzing plaatsvindt voor medisch specialistische revalidatie (MSR) totdat RLAS-R niveau 6-7 is bereikt. Voor de zeer vroege herstelfases na (ernstig) THL, reeds vanaf RLAS-R niveau 4, is binnen Heliomare recent een gespecialiseerde unit ingericht. Op deze unit zijn specifieke kennis, middelen en vaardigheden aanwezig die aansluiten bij deze complexe doelgroep die nu regelmatig langdurig in het ziekenhuis moet wachten op uitplaatsing.



**Figuur 1.** Rancho Los Amigos Revised Schaal, vertaling en visualisatie door F. Verkaik. Dit meetinstrument beschrijft het beloop van het herstel na (ernstig) traumatisch hersenletsel aan de hand van tien verschillende niveaus die doorlopen worden. Zie artikel voor verdere toelichting op de revalidatiemogelijkheden bij elk niveau. →

## CASUS

In mei 2025 werd bij ons een 72-jarige man aangemeld die tot voor kort alleen bekend was met hypertensie. Patiënt woont samen met zijn vrouw in een eengezinswoning en werkte tot het letsel nog twee dagen per week in zijn eigen bedrijf. Twee weken voor aanmelding was de man met zijn fiets tegen een stoeprand aangereden, waarna hij achterover hard tegen een lantaarnpaal aangekomen is. Hij is hierop buiten bewustzijn geraakt (E1M1V1), gereanimeerd en geïntubeerd en uiteindelijk geseedeerd en gekoeld op de intensive care opgenomen. In het ziekenhuis bleek er sprake van een acuut subduraal hematoom beiderzijds, een traumatische subarachnoidale bloeding, contusiehaarden rechts frontotemporale en diffuse traumatische axonale schade (DAI/TAI) graad III. Tevens waren er een fractuur van het os temporale doorlopend in mastoïd rechts. Na twee dagen werd de sedatie afgebouwd en was er sprake van forse onrust. De psychiatrische consultatieve dienst werd betrokken waarbij de volgende psychofarmaca geleidelijk werden opgestart: 4x daags clonidine 0,075mg, 3x daags haloperidol 2mg, 1x daags lorazepam 2,5mg AN, 1x daags quetiapine 50mg AN. Ook kreeg hij zo nodig nog tot 4x daags 1mg lorazepam extra. Uiteindelijk vond er twaalf dagen na het ongeval overplaatsing naar de reguliere verpleegafdeling neurologie plaats en werd de revalidatiearts in consult gevraagd. Er was bij beoordeling sprake van desoriëntatie in tijd en plaats en een dysartrische, onsamenhangende spraak. Patiënt voerde simpele, enkelvoudige opdrachten wisselend uit. Patiënt verbleef in een tentbed in verband met de onrust en droeg bokshandschoenen ter preventie van het trekken aan zijn neusmaagsonde. Bij opname in het revalidatiecentrum vertelt partner dat patiënt hen wel herkent, maar opvallend genoeg alleen af en toe in het Engels praat. Hij verbleef nog in een tentbed en de bokshandschoenen werden nog toegepast. Hij werd intermitterend gekatheteriseerd in verband met urineretentie. De eerste dagen van opname was er sprake van agitatie en onrust, hij probeerde personeel vast te grijpen om uit zijn tentbed te komen en uitte zich verbaal agressief (*'I'll kill you'*). Er was geen sprake van evidente paresen. Hij mobiliseerde in een rolstoel en transfers werden met een passieve lift gedaan gezien beperkte instrueerbaarheid en het vermoeden op een vergroot valgevaar. De ADL-zorg werd volledig overgenomen. Het cognitief functioneren van patiënt ten tijde van de opname in het revalidatiecentrum werd ingeschaald op RLAS-R niveau 4.

In de eerste fase van de klinische opname werden de triggers voor onrust en agitatie systematisch in kaart gebracht. Daarbij werd gekeken naar lichamelijke factoren, omgevingsfactoren

en persoonsfactoren. Vanuit de lichamelijke factoren werd er een CAD (verblijfskatheter) geplaatst toen intermitterend katheteriseren een trigger bleek voor agitatie en er werd een PEG-sonde (sonde via de buikwand) geplaatst in het Rode Kruis Ziekenhuis omdat ook de neusmaagsonde onrust en agitatie uitlokte. Vanuit de omgevingsfactoren werd een vaste dagstructuur neergezet met continue behandel- en begeleidingsmogelijkheden passend bij het dagdeel, ter bevordering van een 24-uurs dag/nacht ritme. Persoonlijke spullen werden neergezet en voor familie werd een psycho-educatie bijeenkomst georganiseerd. Vanuit de persoonsfactoren werd een bejegeningplan bij de onrust en agitatie opgesteld dat aansloot bij premorbide persoonseigenschappen en met de familie doorgenomen en geoefend. Het gedrag van patiënt en het effect van de genoemde interventies werden geobserveerd en geregistreerd. De agitatie en onrust namen hierop af en twee weken na opname was het cognitief functioneren conform RLAS-R niveau 5 (geen agitatie meer aanwezig, wel nog verward).

Na deze beginfase begon patiënt meer te communiceren in het Nederlands en kon hij deelhandelingen op automatisme laten zien. Bij afnemende onrust werd het tentbed opengelaten en later geheel gestopt. Er ontstond loopdrang vanuit een sterke wens om naar huis te gaan bij afwezig ziektebesef. Hiervoor werden tijdelijk een bewegingssensor en dwaaldetectie ingezet. Met de loopdrang werd zoveel mogelijk meebewogen zolang dit veilig was. Vanuit het oogpunt van optimaal herstel werden vroegtijdige stappen gemaakt in de afbouw van psycho medicatie. Hierbij is eerst de clonidine geleidelijk afgebouwd, daarna de haloperidol, de lorazepam, en als laatste de quetiapine. De CAD en de PEG-sonde konden enkele weken na plaatsing succesvol worden verwijderd. Vier weken na opname functioneerde patiënt in overeenstemming met RLAS-R niveau 6.

Vanaf dit moment kon geleidelijk worden overgestapt naar een regulier cognitief revalidatieprogramma, waarbij ook het weekendverlof is opgebouwd. Na een opnameduur van 15 weken kon ontslag naar eigen woonomgeving plaatsvinden. Motorisch was patiënt goed hersteld. Er resteerden nog wel problemen van verhoogde afleidbaarheid, waardoor ten tijde van ontslag traplopen en buiten verplaatsen nog onder begeleiding werden gedaan.

Ten tijde van ontslag had patiënt het RLAS-R niveau 7 bereikt, waarbij patiënt zelfstandig was in routinetaken (waaronder de ADL). Bij de nog resterende problemen werd een reguliere poliklinische nabehandeling opgestart.

## BESCHOUWING

Op de traumatisch hersenletsel unit van Heliomare wordt er gewerkt volgens het principe van volgend revalideren. Dit houdt in dat, zo lang de veiligheid van de patiënt en/of anderen niet in gevaar komt, er zoveel als mogelijk wordt meebewogen met het gedrag dat de patiënt laat zien. Bij een dwalende patiënt wordt zo min mogelijk gestuurd en tegengehouden en waar mogelijk wordt een omgeving gecreëerd die voor de verwarde patiënt als vertrouwd en vriendelijk overkomt. Vrijheidsbeperkende interventies worden zo minimaal mogelijk invasief ingezet, gezien deze agitatie vaak juist doen toenemen. Er wordt gewerkt volgens de adviezen van de richtlijn<sup>3</sup> waarbij eerst uitvoerig wordt ingezet op omgevingsaanpassingen, vervolgens op gedragsmodificatie, en uitsluitend psychofarmaca worden ingezet wanneer het echt niet anders kan. Het bewaken van dag-nacht ritme en het bevorderen van oriëntatie in plaats en persoon is tijdens de vroege herstelfase na ernstig traumatisch hersenletsel (RLAS-R 4 en 5) het voornaamste doel. Om te zorgen dat het team op één wijze handelt wordt er direct vanaf opname een interdisciplinair cognitief bejegeningplan

opgesteld, die gedurende opname wordt bijgesteld. Gedrag wordt geanalyseerd met de ABC-methode,<sup>4</sup> een methodiek waarin systematisch oorzaken van (probleem)gedrag in kaart worden gebracht, en er vinden regelmatig teambesprekingen plaats om aanpak, gedrag en passende interventies te evalueren. Waar mogelijk wordt proactief psychofarmaca afgebouwd, gezien deze de snelheid van het neurologisch en cognitief herstel verminderen.

Door het toepassen van volgend revalideren beogen wij de revalidatiemogelijkheden in de vroege herstelfases na ernstig traumatisch hersenletsel te bevorderen zodat deze patiënten eerder in het ziekenhuis getriageerd kunnen worden voor de MSR. Naast bevorderen van het herstel kan dit een snellere doorplaatsing in de keten geven en onnodig lange opnameduur in ziekenhuizen verminderen. ←



→ De referenties van dit artikel vind je bij dit artikel op [www.revalidatie.nl/ntr/](http://www.revalidatie.nl/ntr/).

Advertentie

# REVALIDATIE ONDERZOEK in de schijnwerpers

Start registratie:  
half juli 2026



**DCRM 2026** 12 & 13 NOVEMBER 'S-HERTOGENBOSCH



[www.rehabilitationmedicinecongress.nl](http://www.rehabilitationmedicinecongress.nl)

# Generieke PROMs in de revalidatie

Met de landelijke invoering van uitkomstmeting in de medisch specialistische revalidatie door Stichting Revalidatie Impact is er meer aandacht voor behandeluitkomsten. Generieke patiëntgerapporteerde uitkomstmaten (PROMs) brengen in kaart hoe patiënten hun kwaliteit van leven, participatie en eigen regie ervaren. Binnen het MUREVAN-project onderzochten we de meerwaarde van PROMs voor het klinisch gesprek en voor kwaliteitsverbetering. Dit artikel beschrijft de waarde en praktische toepasbaarheid van generieke PROMs in de revalidatiepraktijk.



## 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

## 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

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

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

## DR. J.A. (JORIS) DE GRAAF

Revalidatiearts en onderzoeker, afdeling Revalidatie,  
Fysiotherapiewetenschap & Sport, UMC Utrecht



## CORRESPONDENTIE

j.a.degraaf-5@umcutrecht.nl

**H**et zichtbaar maken van uitkomsten van revalidatie is essentieel: het ondersteunt het gesprek tussen patiënt en behandelteam, maakt behandelresultaten transparant en biedt aanknopingspunten voor leren en verbeteren op team- en instellingsniveau.

## HET MUREVAN-PROJECT

Binnen het MUREVAN-project (Meetinstrument voor Uitkomsten van REValidatiebehandeling in Nederland) onderzochten wij daarom de bruikbaarheid van een set van generieke PROMs als evaluatie-instrument binnen de revalidatie voor volwassenen.

De set bestond uit de nationale kernset generieke PROMs, ontwikkeld door het Programma Uitkomstgerichte Zorg en Stichting Revalidatie Impact, aangevuld met geselecteerde PROMs vanuit het MUREVAN project.<sup>1,2</sup> De uiteindelijke set omvatte een selectie van twaalf PROMs op zes domeinen (zie tabel 1).

In een multicenter, prospectief cohortonderzoek vulden 734 patiënten uit 14 Nederlandse revalidatie-instellingen deze PROM-set in bij de start van de revalidatie. Van hen vulden 569 patiënten de vragenlijst zes maanden later opnieuw in om de responsiviteit vast te stellen. De populatie bestond uit 146 klinische patiënten (diagnoses NAH en dwarslaesie) en 423 poliklinische patiënten (diagnoses NAH, chronische pijn, neurologische, en oncologische aandoeningen). Een subgroep van 168 patiënten voltooidde twee weken na de eindmeting een derde meting ten behoeve van de test-hertest betrouwbaarheid.

## KLINISCH VERSUS POLIKLINISCH

Een belangrijke bevinding uit dit onderzoek van het MUREVAN-project is dat de geschiktheid van PROMs als evaluatie-instrument sterk verschilt tussen de klinische en poliklinische revalidatie-setting (figuur 1). In de klinische revalidatie zijn de grootste veranderingen zichtbaar op fysiek functioneren, participatiedomeinen en kwaliteit van leven. PROMs die deze uitkomsten meten lijken

het meest passend binnen deze revalidatiesetting. Op domeinen als mentale gezondheid, eigen regie en vermoeidheid, liggen startwaarden al relatief hoog, waardoor groepsveranderingen minder goed zichtbaar zijn. Dit kan deels komen doordat klinische patiënten (met acute aandoeningen) zich nog niet volledig bewust zijn van hun beperkingen, die pas echt duidelijk worden wanneer zij weer thuis zijn.

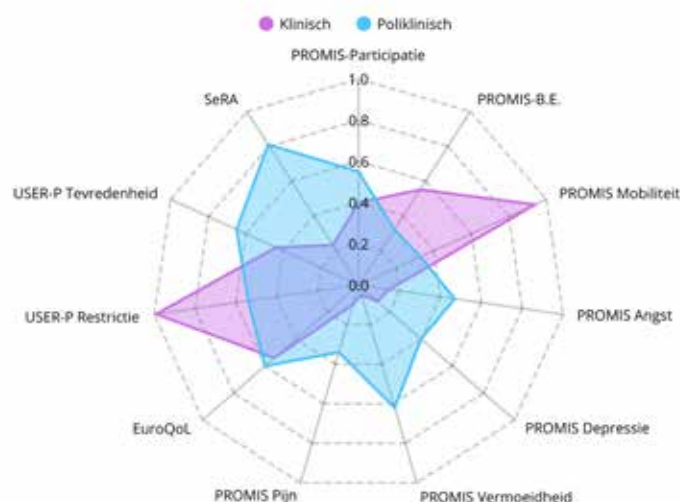
In de poliklinische revalidatie zijn veranderingen zichtbaar op alle domeinen. Met name PROMs gericht op kwaliteit van leven, participatie, eigen regie en vermoeidheid blijken in deze setting informatief. Vooral de *Self-Regulation Assessment* (SeRA), die eigen regie meet, laat grote veranderingen zien bij alle poliklinische diagnosegroepen. Dit sluit goed aan bij de doelstellingen van poliklinische revalidatie, waarin leren omgaan met beperkingen, zelfmanagement en participatie centraal staan. Binnen deze setting valt op dat de veranderingen over de tijd bij de neurologische diagnosegroep (met name Multiple Sclerose (MS) en spierziekten) kleiner zijn dan bij de andere poliklinische groepen, wat waarschijnlijk samenhangt met het progressieve karakter van deze aandoeningen.

Deze bevindingen ondersteunen dat één sectorbrede generieke PROM-set onvoldoende recht doet aan de verschillen tussen klinische en poliklinische revalidatie. Daarom adviseren wij de keuze voor PROMs primair af te stemmen op de revalidatiesetting. Voor de klinische revalidatie zijn met name PROMs gericht op fysiek functioneren, kwaliteit van leven en participatie informatief, terwijl de effecten van poliklinische revalidatie veel breder zijn en zich uitstrekken over alle domeinen, met een duidelijke

**Tabel 1.** Selectie van generieke PROs en PROMs MUREVAN-project.

PRO	PROM
<i>Stichting Revalidatie Impact</i>	
Kwaliteit van leven Algemene gezondheid	PROMIS Global Health 01 PROMIS Global Health 02
Participatie	PROMIS Vermogen om aandeel te hebben in sociale rollen en activiteiten (SF 4a)
Fysiek functioneren	PROMIS Bovenste Extremiteten (SF 7a) PROMIS Mobiliteit (Custom SF)
Mentale gezondheid	PROMIS Angst (SF 4a) PROMIS Depressie (SF 4a)
Symptomen	PROMIS Vermoeidheid (SF 4a) PROMIS NRS Pijn
<i>MUREVAN</i>	
Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven	EuroQoL-5D-5L
Participatie	USER-Participatie
Eigen regie	SeRA

PROMIS: Patient-Reported Outcomes Measurement Information System; SF: short form; NRS: numerieke beoordelingsschaal; EuroQoL-5D-5L: European Quality of Life five-dimensional five-level; USER: Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie; SeRA: Self-Regulation Assessment



**Figuur 1.** Veranderingen in PROM-scores (effect sizes<sup>1</sup>) per revalidatiesetting.

<sup>1</sup> Effect sizes: 0-0.2=weinig effect; 0.2-0.5=klein effect; 0.5-0.8=middelgroot effect; 0.8-1.0=groot effect.

PROMIS: Patient-Reported Outcomes Measurement Information System; B.E.: bovenste extremiteten; EuroQoL: European Quality of Life five-dimensional; USER-P: Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie - Participatie; SeRA: Self-Regulation Assessment

verschuiving van fysiek functioneren naar eigen regie en vermoeidheid. De volledige resultaten zijn beschreven in het MUREVAN adviesrapport (zie QR code).



### MEERWAARDE VOOR DE DAGELIJKE PRAKTIJK

PROMs kunnen van waarde zijn op meerdere niveaus binnen de revalidatie. Op groepsniveau laten onze resultaten zien dat generieke PROMs betrouwbare instrumenten zijn die substantiële vooruitgang van patiënten zichtbaar maken op belangrijke revalidatie-uitkomsten. Het is een belangrijke stap voor de verdere positionering en onderbouwing van de revalidatiesector dat we deze vooruitgang systematisch kunnen vastleggen. Generieke PROMs dragen daarmee bij aan het inzichtelijk maken van de effectiviteit van revalidatie en kunnen kwaliteitsontwikkeling op instellingsniveau en benchmarking gaan ondersteunen.<sup>3</sup> Momenteel implementeert Stichting Revalidatie Impact (SRI) de generieke PROM-set in een aantal revalidatie-instellingen. In deze pilot wordt onderzocht of de PROM-set bruikbare benchmarkinformatie oplevert en praktisch toepasbaar is in de dagelijkse praktijk (zie kader).

Op individueel niveau laat kwalitatief onderzoek binnen het MUREVAN-project zien dat generieke PROMs, zoals de SeRA voor het meten van eigen regie, aanknopingspunten bieden voor het gesprek met de patiënt, helpen bij het stellen van doelen en het evalueren van het behandeltraject.<sup>4,5</sup> Bij patiënten na een beroerte zagen wij dat het bespreken van de PROM-resultaten het →

## Stichting Revalidatie Impact en PROMs

Een steeds betere revalidatiezorg, dat is waar Stichting Revalidatie Impact graag een bijdrage aan levert. De stichting verzamelt systematisch de uitkomsten van behandelingen, analyseert, vergelijkt en geeft deze informatie terug aan zorgaanbieders en patiënten. Revalidatie-instellingen krijgen zo de mogelijkheid hun resultaten met die van anderen te vergelijken en nog verder te verbeteren. Het is van belang dat de juiste meetinstrumenten gekozen worden: meten we wat we willen meten en is het meetinstrument goed bruikbaar in de praktijk?

De resultaten van het MUREVAN-project zijn daarom direct relevant voor de stichting. Vanuit Stichting Revalidatie Impact hebben we meegedacht hoe we kunnen komen tot een selectie van PROMs die veranderingen in de tijd zichtbaar maken. Het MUREVAN adviesrapport is besproken in de Wetenschappelijke Raad en heeft geleid tot aanpassing van de lopende pilot met generieke PROMIS vragenlijsten. In lijn met het adviesrapport is besloten om in de klinische setting een aantal meetinstrumenten niet langer mee te nemen.

Pas wanneer PROMs goed gebruikt worden in de dagelijks praktijk kunnen ze ook meerwaarde hebben voor leren en verbeteren. Vanuit Stichting Revalidatie Impact juichen we daarom erg toe als de nadruk ligt op het goed toepassen van PROMs binnen dagelijkse werkprocessen in de praktijk.

*Sanne Heintzbergen, directeur Stichting Revalidatie Impact*

bewustzijn van patiënten kan vergroten over hun eigen symptomen, de communicatie bevordert met de zorgverlener en zorgverleners inzicht geeft in het ervaren functioneren.<sup>4</sup>

PROMs zijn daarmee niet alleen bruikbaar als uitkomstmetingen, maar kunnen ook een actieve rol spelen in het zorgproces.<sup>6</sup> Scores op itemniveau helpen bij het identificeren van de belangrijkste problemen en discrepanties tussen patiënt en behandelaar, terwijl totaalscores geschikt zijn voor het monitoren van veranderingen over de tijd.<sup>5,7</sup> Het zichtbaar maken van vooruitgang kan voor de patiënt motiverend werken en zelfmanagement stimuleren. Hierdoor zijn PROMs niet alleen meetinstrumenten, maar ook hulpmiddelen om het behandelproces te sturen en te personaliseren.

### IMPLEMENTATIE PROMS: VAN SCORE NAAR GESPREK

PROM-resultaten winnen sterk aan waarde wanneer ze samen met de patiënt worden besproken en geïnterpreteerd in de context van de revalidatiesetting, diagnose en persoonlijke situatie. De score is daarbij een vertrekpunt voor gesprek, niet een eindoordeel. Wat voor de ene patiënt een betekenisvolle verandering is, geldt namelijk niet automatisch voor de ander. Zo worden PROMs geen

administratieve last, maar een integraal onderdeel van de anamnese en het behandelproces, en onmisbaar voor het volgen, sturen en personaliseren van de zorg.

Voorwaarde is wel dat PROMs goed worden ingebed in de dagelijkse praktijk: geïntegreerd in werkprocessen en het EPD, ondersteund met dashboards, met duidelijke afspraken over wie, wanneer en waarom PROMs inzet, en met training van zorgverleners én patiënten.<sup>8-10</sup> Wanneer dit lukt, maken PROMs niet alleen de vooruitgang van de patiënt zichtbaar, maar dragen ze ook actief bij aan het leveren van patiëntgerichte zorg.

### TAKE HOME MESSAGES

- **Generieke PROMs maken de effecten van revalidatie zichtbaar**

Ze ondersteunen de evaluatie van behandelresultaten op domeinen als kwaliteit van leven, participatie, eigen regie en vermoeidheid.

- **Stem de keuze voor PROMs af op de revalidatiesetting**

Klinische revalidatie laat vooral verbetering zien op fysiek functioneren en participatie; bij poliklinische revalidatie zijn de effecten breder, met een duidelijke rol voor eigen regie en vermoeidheid.

- **Gebruik de PROM-score als vertrekpunt voor gesprek, niet als eindoordeel**

Bespreek resultaten altijd samen met de patiënt, in de context van diens situatie en behandeldoelen.

- **Goede inbedding in de praktijk is essentieel**

PROMs komen pas tot hun recht wanneer ze structureel zijn verankerd in werkprocessen en het EPD, en zorgverleners én patiënten zijn toegerust om ermee te werken.

### DANKWOORD

Met dank aan alle patiënten en zorgverleners van de deelnemende revalidatiecentra aan het MUREVAN-project: Amsterdam UMC, Basalt, CIR (Expertisecentrum chronische pijn), Heliomare, De Hoogstraat Revalidatie, Libra Revalidatie & Audiologie, Maasstad Ziekenhuis, Merem Medische Revalidatie, Revant medisch specialistische revalidatie, St. Antonius Ziekenhuis, Sint Maartens-kliniek, Tolbrug Revalidatie, UMCG Centrum voor Revalidatie en UMC Utrecht Brain Center. ←



→ De referenties van dit artikel vind je bij dit artikel op [www.revalidatie.nl/ntr/](http://www.revalidatie.nl/ntr/).

# De Pijnparadox



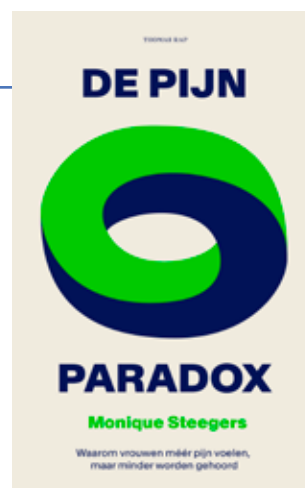
**DRS J.L. (LOES) SWAAN**  
Revalidatiearts niet praktiserend

**D**e Pijnparadox is een makkelijk leesbaar boek van ruim 200 bladzijden met als ondertitel 'Waarom vrouwen méér pijn voelen, maar minder worden gehoord'. De auteur, Monique Steegers, is anesthesioloog-pijnspecialist en hoogleraar in het Amsterdam UMC. Het boek is een krachtig pleidooi om pijn bij vrouwen serieuzer te nemen dan vaak gebeurt. Het bestaat voor bijna de helft uit uitleg over de neurofysiologie van pijn, de invloed van het immuunsysteem op pijn, hormonen en epigenetica bij vrouwen en mannen. De uitleg is goed te volgen en wetenschappelijk onderbouwd.

Vrouwen zijn lang beschouwd als kleine mannen, en volgens Aristoteles zelfs als mislukte mannen. Wetenschappelijk onderzoek is vooral gedaan op mannen, ook proefdieronderzoek gebeurt nog steeds vooral bij mannelijke proefdieren. In 1985 formuleerde de Amerikaanse gezondheidsautoriteit in de Verenigde Staten wat 'Women's Health' betekent: gelijke zorg is alleen mogelijk als we rekening houden met verschillen in biologie, ervaring en context tussen vrouwen en mannen.

De man als norm heeft veel consequenties voor diagnostiek en behandeling van vrouwen met pijn. Bij mannen met pijn op de borst denken artsen meteen aan een hartprobleem; bij vrouwen aan stress. Bij identieke klachten krijgt een man uitgebreide diagnostiek en een vrouw niet. Steegers gaat in op verschillen tussen mannen en vrouwen in alle biopsychosociale aspecten.

Zo hebben vrouwen tweemaal zoveel huidzenuwen en een actiever immuunsysteem dan mannen. Zelfs op moleculair niveau zijn er verschillen in pijnverwerking, perifeer en centraal. In de hersenen wordt pijn anders verwerkt in onder andere de thalamus, de amygdala en de Anterieure Cingulaire Cortex (ACC). Ook de farmacokinetiek en het effect van medicatie zijn verschillend: bij paracetamol is de halfwaardetijd bij vrouwen langer, de spiegel bij anti-neuropathische medicatie is bij vrouwen hoger bij gelijke



**De Pijnparadox**  
**Waarom vrouwen**  
**méér pijn voelen,**  
**maar minder**  
**worden gehoord**

**Auteur:** Monique Steegers  
**Uitgeverij:** Thomas Rap  
Amsterdam 2026  
**ISBN:** 9789400412798  
**Aantal pagina's:** 223

dosering en bij opioïden zijn bijwerkingen groter dan bij mannen. Zelfs de rol van gliacellen en van cytokinen zijn anders bij vrouwen dan bij mannen.

Dat de invloed van psychosociale factoren op pijn bij vrouwen en mannen verschilt, was te verwachten. Zo is er bij mannen meer effect van sociale isolatie op pijn en heeft verlies van werk meer invloed dan bij vrouwen. Bij vrouwen is de invloed van stress groter: er is minder pijnremming bij chronische stress. In tegenstelling tot bij mannen, heeft het hebben van een relatie bij vrouwen geen beschermend effect.

Steegers besteedt ook aandacht aan specifieke oorzaken van pijn bij vrouwen zoals endometriose, polycysteus ovariumsyndroom (PCOS), menstruatie, bevalling en overgang. In de overgang lijkt vooral een mindere pijn demping in het zenuwstelsel een bepalende rol te spelen. Het laatste deel van het boek bestaat uit vijf ervaringsverhalen, steeds ingeleid door de theoretische achtergrond van de aandoening. De vrouwen in deze ervaringsverhalen hebben onder meer Multiple Sclerose (MS), Polycysteus ovariumsyndroom (PCOS) en een *Anterior Cutaneous Nerve Entrapment Syndrome* (ACNES).

Al met al een lezenswaardig boek: zowel voor de geïnteresseerde en theoretisch geschoolde leek, als voor zorgprofessionals, vrouwen én mannen. Wie herkent de eigen vooroordelen? ←

# Gijs Kuipers

1 MAART 1946 - 2 JANUARI 2026

Onze fijne oud-collega Gijs Kuipers is 2 januari 2026 overleden. Gijs heeft veel betekend voor ons team in Revant Breda en landelijk door zijn jarenlange participatie in het bestuur van de VRA.

**G**ijs was een van de eerste revalidatieartsen van Stichting Revalidatiecentrum Breda. Hij is vanaf het begin tot aan zijn pensioen een drijvende kracht geweest, met hart voor de revalidatie, betrokken en nauwgezet.

Hij bleek een voorloper met een visionaire blik op de ontwikkeling van nieuwe doelgroepen. Gijs was wetenschappelijk geïnteresseerd en initieerde multicenter onderzoek gericht op revalidatiebehandeling bij CVS. Hij zag de mogelijkheden voor oncologische revalidatie, was actief bij opzetten van Parkinson-netwerken en zag het belang van intensieve multidisciplinaire samenwerking bij ALS. Gijs werkte graag met duidelijke plannen en doelen. Nieuwe ontwikkelingen wist hij te implementeren, uit te dragen en anderen te stimuleren.

Gijs was bestuurslid van de VRA van 1984 tot 1991. Vanaf 1986 was hij penningmeester van de VRA waar hij, nog voor het digitale tijdperk, nauwgezet de kasboeken bijhield. Het bestuur van de VRA heeft Gijs in 1995 onderscheiden met de Zilveren Balk.

Gijs was een toegankelijk persoon, een snelle denker, betrouwbaar en een vraagbaak voor jonge collega's. Hij kon verassend uit de hoek komen met zijn droge humor.

Hij was een natuurlijke leider. Vanaf het begin was hij actief betrokken bij managementtaken en bleef al die jaren onze primus inter pares en link naar de raad van bestuur waarbij de groep revalidatieartsen in Breda geleidelijk groeide naar meer dan 10 personen toen de bouw van de kliniek in Breda was gerealiseerd. De visie van Gijs heeft bijgedragen in de ontwikkeling van een nog kleinschalig revalidatiecentrum, waarbij de medische stafvergaderingen bij een collega thuis plaatsvonden, naar Revant met vestigingen op meerdere locaties in Breda en Zeeland. Ook tijdens de fusie van meerdere ziekenhuizen in Breda en Oosterhout tot een groot Amphia ziekenhuis is de revalidatie-geneeskunde mede door Gijs bij de betreffende vakgroepen goed in beeld gebleven.



Gijs was respectvol naar zijn patiënten en team. Hij gaf duidelijk zijn mening en stond open voor discussie, al moest je dit wel goed beargumenteren. Gijs werkte hard en efficiënt. Die enkele keer dat hij met een blessure thuis was bestookte hij ons met beleidsstukken en vragen waar hij graag snel een reactie op wilde. Tot aan zijn pensioen bleef Gijs met veel energie en toewijding bezig met zijn werk.

Hierbij was ook kenmerkend voor hem dat hij tot het laatst de regie over zijn eigen leven hield.

Dankzij de onvoorwaardelijke steun van zijn vrouw Nelleke kon Gijs zich volledig richten op zijn werk. Door de jaren heen deelde hij vaker zijn sociale kant met ons en was hij trots op zijn kinderen en kleinkinderen. ←

*Wim Smulders en Natascha Ringeling-van Leusen*

Verkorte productinformatie van Botuline Toxine - zie pagina 52.

**Verkorte productinformatie BOTOX®** (september 2025). **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 symptoomverlichting bij volwassenen die voldoen aan de criteria voor chronische migraine (elke maand op 15 of meer dagen hoofdpijn, waarvan er op ten minste 8 dagen sprake is van migraine) bij patiënten die onvoldoende hebben gereageerd op of die intolerant zijn voor profylactische migrainemedicatie (zie rubriek Waarschuwingen). **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 de 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 de 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 verzorgers 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 bij patiënten die niet-geregistreerde injecties (off-label) van BOTOX rechtstreeks in de speekselklieren, het orolinguaal-faryngeaal gebied, de slokdarm en de maag kregen toegediend. Ernstige en/of onmiddellijke overgevoeligheidsreacties, waaronder anafylaxie, serumziekte, urticaria, oedeem van de weke delen en dyspneu, zijn slechts zelden gemeld. Zoals bij elke injectie kan er procedure-gerelateerd letsel optreden, zoals plaatselijke infectie, pijn, ontsteking, paresthesie, hypesthesie, gevoeligheid, zwelling, erytheem en of bloeding/blauwe plekken. Naaldgerelateerde pijn en/of angst 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 pediatrische patiënten die daarvoor vatbaar zijn. Bij kinderen kwamen de meldingen voornamelijk van patiënten met hersenverlamming die werden behandeld voor spasticiteit. De vorming van neutraliserende antilichamen tegen botulinumtoxine type A kan de doeltreffendheid van een BOTOX-behandeling verminderen, doordat deze de biologische activiteit van de toxine inactiveren. Resultaten uit sommige onderzoeken suggereren dat BOTOX-injecties met frequentere intervallen of met hogere doses kunnen leiden tot een grotere incidentie van de vorming van antilichamen. 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. **Chronische migraine** Vaak: hoofdpijn, migraine, inclusief verergering van migraine, gezichtsparese, ptosis, jeuk (pruritus), huiduitslag (rash), pijn in de nek, spierpijn (myalgie), pijn in de skeletspieren, stijfheid van de skeletspieren, spierspasmen, strak aanvoelende spieren, spierzwakte, pijn op de injectieplaats. **Farmacotherapeutische categorie:** 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.

GEDetailleerde informatie over dit geneesmiddel is beschikbaar op [abbvie.ie/productinformatie](http://abbvie.ie/productinformatie)

# Video's voor **PRAKTIJK- ONDERSTEUNING:** Spierlokalisatie en behandeling bij spasticiteit na een beroerte met BOTOX®\*

## De videoserie:

- AbbVie en de Duitse hoogleraar prof. dr. Jörg Wissel ontwikkelden een 18-delige videoserie waarin stap voor stap per spier getoond wordt hoe deze echogeleid gelokaliseerd kan worden en hoe BOTOX® nauwkeurig kan worden toegediend.

## BOTOX® bij spasticiteit in armen én benen:

- BOTOX® is in Nederland geregistreerd voor de behandeling van focale spasticiteit in zowel de bovenste als de onderste ledematen\*. In deze videoserie komen diverse arm- en beenspieren aan bod.



**SCAN DE QR-CODE OM  
DIRECT TOEGANG TE KRIJGEN TOT  
DEZE EXCLUSIEVE VIDEO'S.**

\*BOTOX® is onder andere geïndiceerd voor de symptomatische behandeling van:  
• 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 de verkorte productinformatie elders in tijdschrift.

abbvie

**BOTOX®**  
Botulinum Toxin Type A