

NEDERLANDS TIJDSCHRIFT VOOR

# REVALIDATIE GENEESKUNDE



JAARGANG 44 | NUMMER 5 | DECEMBER 2022

UITGAVE VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING VAN REVALIDATIEARTSEN



## DE REVALIDATIE GAAT GROEN!

### IN DIT NUMMER ONDER ANDERE

*Pagina 17*

**Interview met  
Luikje van der Dussen  
en Walter van Hallem**

*Pagina 31*

**Duurzame zorg voor  
gezonde toekomst;  
de Green Deal**

*Pagina 44*

**Vitaliteit van de  
(toekomstig)  
revalidatiearts**

*Pagina 47*

**Publicatie:  
Mixed Reality voor  
stimuleren bewegen**

# In dit nummer

DE REVALIDATIE GAAT GROEN!

5

**EDITORIAL**  
Duurzaam

6

**KORTOM**  
Geneesplezier  
Nieuwe revalidatieartsen  
Toetsvragen

12

**EDITORIAL GASTREDACTIE**  
De revalidatie gaat groen!

13

**OPINIE**  
Verduurzaming van de zorg,  
begin vandaag nog!

17

**INTERVIEW**  
Gesprek met Luikje van der  
Dussen en Walter van Hallem  
*'Als wij nou veranderen, dan hoeft  
het klimaat het niet te doen'*

23

**MEDISCH ONDERWIJS  
& OPLEIDINGEN**  
Verwonder & verbeterproject:  
duurzame revalidatiezorg

24

**ACTUEEL**  
Een Green Team starten?  
Zo doe je dat!

25

**ACTUEEL**  
Leefstijlgeneeskunde in  
de spreekkamer: op naar een  
duurzaam herstel!

28

**PRIKBORD**  
Duurzaamheid in de revalidatie

31

**ACTUEEL**  
Duurzame zorg voor een gezonde  
toekomst; de Green Deal

33

**COLUMN**  
There is no planet B

34

**WETENSCHAPPELIJKE  
PUBLICATIE**  
Gebruik van e-health bij de  
revalidatie van patiënten met  
niet-aangeboren hersenletsel

39

**IN PERSPECTIEF**  
Duurzaamheid

40

**ACTUEEL**  
Herbruikbare versus eenmalige  
katheters voor intermitterende  
katheterisatie bij de behandeling  
van urineretentie

44

**JUNIOR VRA**  
Vitaliteit van de (toekomstig)  
revalidatiearts

46

**INTERVIEW**  
Gesprek met Hans Bussmann,  
universitair hoofddocent/senior  
onderzoeker

47

**WETENSCHAPPELIJKE  
PUBLICATIE**  
Augmented Rehab - Mixed Reality  
in de dwarslaesierevalidatie

52

**ACTUEEL**  
Medisch leiderschap

55

**ACTUEEL**  
Cognitieve screening en  
diagnostiek na een beroerte

60

**PROEFSCHRIFT**  
Participatie na CVA: een pleidooi  
voor persoonsgerichte zorg

62

**PROEFSCHRIFT**  
Functioneren en gezondheid  
van kinderen en adolescenten  
met erfelijke bindweefsel-  
aandoeningen en ouders

## EDITORIAL GASTREDACTIE THEMA-ARTIKELEN

# De revalidatie gaat groen!

**I**n onze privélevens is duurzaamheid al langere tijd een belangrijk onderwerp. Letten op zaken zoals ons energieverbruik, ons koopgedrag ('consuminderen') of de hoeveelheid afval die we produceren is onderdeel van onze dagelijkse routine geworden. En soms is het ook een beetje voor de sport; nog even speuren naar wat sluipeverbruik, kan ik misschien nog korter douchen of kunnen we toch niet nóg een tegel uit de tuin 'wippen'? We zijn ons bewust van de impact die we (allemaal) maken en nemen dit actief mee in onze dagelijkse beslissingen en routines. Een leefstijl die ons een goed gevoel geeft, niemand is immers te klein om verschil te maken!

Begin 2022 kwamen wij in contact met elkaar door een gezamenlijke visie en missie: onze groene harten ook luchten op de werkvloer! Revalidatiegeneeskunde is toch een vak van en voor de toekomst?! Wij zien een duidelijke rol voor onszelf als (zorg)professionals om het onderwerp duurzaamheid beter op de kaart te zetten. We hebben ons gezamenlijk ingespannen om dit te verwezenlijken, met als resultaat dit themanummer vol met inspirerende verhalen en artikelen van betrokkenen binnen de revalidatiezorg die zich bezighouden met duurzaamheid. Daarnaast zal het VRA bestuur de zojuist verschenen Green Deal 3.0 gaan ondertekenen en zijn we bezig met de oprichting van het Groene Revalidatie Netwerk. Het bestuur licht deze ontwikkelingen toe in het themanummer. Op deze resultaten zijn we best een beetje trots!

Verder belichten we in dit themanummer het onderwerp duurzaamheid in de volle breedte. We starten met een informatief artikel over klimaatverandering en initiatieven op het gebied van duurzaamheid. We delen goede voorbeelden op het gebied van duurzaamheid in een interview met Revant, via inspirerende berichten van jullie op het prikbord en in verschillende columns. Je krijgt tips hoe je zelf een Green Team kunt starten of hierbij kunt aansluiten, maar ook binnen de opleiding kan duurzaamheid een plek krijgen door bijvoorbeeld een verwonder- en verbeterproject. Er is ook aandacht voor onderwerpen zoals gezonde leefstijl en preventie, e-health en duurzame inzetbaarheid. Tot slot delen we ook de opzet en eerste resultaten van een lopende studie waarin de effectiviteit van herbruikbare blaaskatheters versus wegwerp-katheters wordt onderzocht.

Namens de gastredactie willen we alle auteurs van harte bedanken voor hun artikelen en de reacties op het prikbord. Wij wensen je veel leesplezier en vooral veel inspiratie toe. Sluit jij je ook aan bij deze groene beweging? Want de Revalidatie gaat groen! Wellicht tot ziens bij de eerste Groene Revalidatie Netwerk bijeenkomst!

*Maaïke de Koff, aios revalidatiegeneeskunde, Rijndam Revalidatie*

*Joris de Graaf, revalidatiearts UMC Utrecht*

*Maud Oomen, beleidsadviseur VRA*



# Verduurzaming van de zorg, begin vandaag nog!

De laatste jaren horen we steeds meer over klimaatverandering. Terecht, want het probleem is groot en ook steeds meer zichtbaar. Wetenschappers hebben al lang bewezen dat klimaatverandering een negatief effect heeft op de volksgezondheid. Maar, paradoxaal genoeg is de gezondheidszorg zelf, zeker in Nederland, ook een grote vervuiler. Gelukkig ontstaan er steeds meer initiatieven binnen de zorg om dit probleem aan te pakken. We roepen jullie op om ook mee te doen!



## DRS. M.A.C. (MAAIKE) DE KOFF

Arts in opleiding tot revalidatiearts, Rijndam Revalidatie,  
Rotterdam

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

Revalidatiearts UMC Utrecht

## DR. E.N. (ERNST-JAN) KUIPER

Klimatoloog Milieudefensie

## DRS. M. (MAUD) OOMEN

Beleidsadviseur VRA



## CORRESPONDENTIE

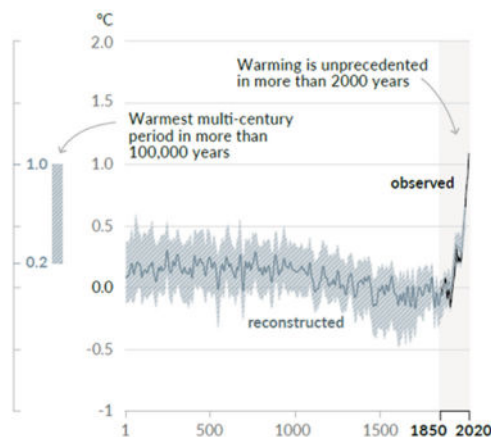
maikedekoff@gmail.com

**K**limaatverandering heeft grote gevolgen. De scenario's waar klimaatwetenschappers al decennialang voor waarschuwen beginnen zich steeds duidelijker voor onze ogen af te spelen. Op het moment is de wereld gemiddeld zo'n 1,2°C opgewarmd sinds het begin van de industriële revolutie, waarvan slechts 0,1°C door natuurlijke invloed. Oftewel, het overgrote deel van de opwarming van de aarde wordt veroorzaakt door sterke stijging van broeikasgassen. Met het huidige wereldwijde klimaatbeleid sterven we af op zo'n 3°C opwarming aan het einde van deze eeuw. Het doel van

het Parijs-akkoord, streven naar 1,5°C opwarming en ruim onder de 2°C blijven, is verder uit zicht dan ooit (zie figuur 1).<sup>1</sup>

### Changes in global surface temperature relative to 1850-1900

a) Change in global surface temperature (decadal average) as reconstructed (1-2000) and observed (1850-2020)



**Figuur 1.** Grafische weergave opwarming van de aarde.<sup>1</sup>

Waar klimaatverandering lange tijd als een toekomstig probleem aanvoelde, hebben de laatste jaren duidelijk gemaakt dat de impact van klimaatverandering eerder en harder komt dan gedacht. Waar de voorspellingen door klimaatwetenschappers over de *gemiddelde* opwarming van de aarde heel aardig kloppen, wordt het steeds duidelijker dat de weersextremen en impact van klimaatverandering veel sneller toenemen dan gedacht.

Toch is het nog mogelijk om de globale opwarming van de aarde onder de 1,5°C van het Parijs-akkoord te houden, waarmee we de ergste scenario's waarschijnlijk vermijden. Dit vergt wel een →

crisis-aanpak op globale schaal. Of om het meest toonaangevende klimaatrapport, het *Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC)*, te citeren: *‘Limiting global warming to 1.5°C would require rapid, far-reaching and unprecedented changes in all aspects of society!’*

**EFFECT VAN KLIMAATVERANDERING OP GEZONDHEID**

Met het voorgaande in het achterhoofd is het niet vreemd dat steeds meer mensen bezorgd zijn om het klimaat. Zo werd in het laatste IPCC rapport erkend dat klimaatverandering een groot effect heeft op de mentale gezondheid, zowel bij het ervaren van weersextremen als de angst voor de toekomst. The Lancet publiceerde vorig jaar een groot onderzoek naar de angst voor klimaatverandering onder kinderen en jongeren in tien verschillende landen.<sup>2</sup> Meer dan de helft van de 10.000 respondenten gaf aan last te hebben van verdriet, angst, boosheid, machteloosheid, hulpeloosheid of schuldgevoelens. De populariteit van Greta Thunberg, en de door haar opgerichte klimaatbeweging *Fridays For Future*, is dan ook goed te begrijpen.

Naast de impact op mentale gezondheid is er een minstens even grote impact op de fysieke gezondheid (zie figuur 2). Zo zijn hittegolven één van de meest dodelijke weerfenomenen die we kennen, waar vooral ouderen en andere kwetsbaren onder lijden. Tevens overlijden er wereldwijd negen miljoen mensen vroegtijdig vanwege luchtvervuiling door uitstoot van fossiele brandstoffen. De grootste gezondheidsschade zit echter in de indirecte effecten van klimaatverandering. Droogte en hitte zorgen voor dreigende tekorten aan schoon drinkwater en steeds lagere landbouwopbrengsten, met (lokale) voedseltekorten tot gevolg. Overstromingen of tropische stormen vergemakkelijken de verspreiding van infectieziekten (zoals cholera). Daarnaast is de verwachting van het IPCC dat zoönose en allergieën vaker zullen

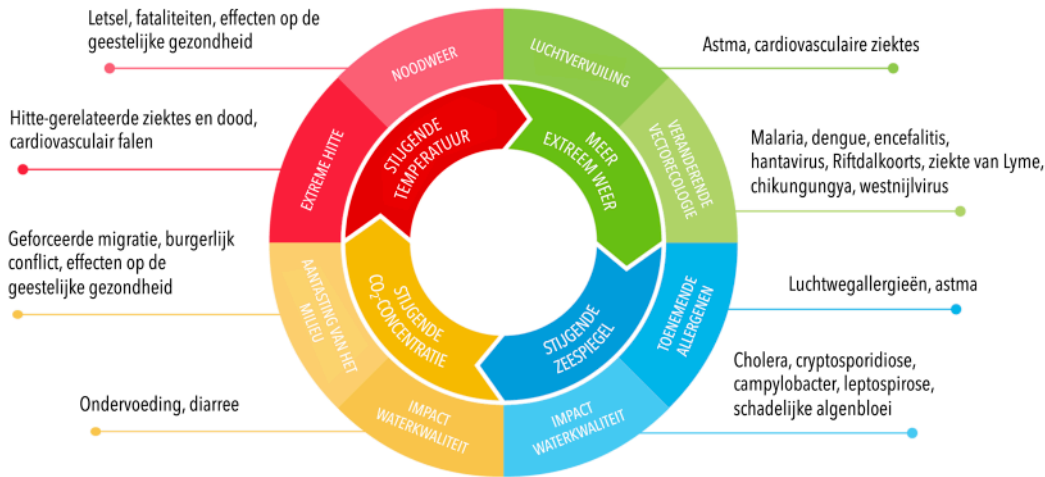
### Doe de test! Kan jij al iets afvinken?

- Ik ga met de fiets of openbaar vervoer naar mijn werk.
- Tijdens mijn consulten heb ik aandacht voor gezonde leefstijl (preventie).
- Bij het voorschrijven van medicatie denk ik aan voorkomen van verspilling.
- Op mijn werk drink ik uit een mok.
- Op mijn werk zet ik de verwarming of airco wat lager.
- Ook op mijn werk probeer ik mijn afval zoveel mogelijk te scheiden.
- Tijdens de lunch laat ik vlees en/of vis wat vaker liggen.
- Samen met de patiënt bekijk ik of het consult misschien op afstand kan.
- Ik praat regelmatig met collega's over duurzaamheid in de zorg.
- Ik volg weleens onderwijs of een congres over duurzaamheid in de zorg.

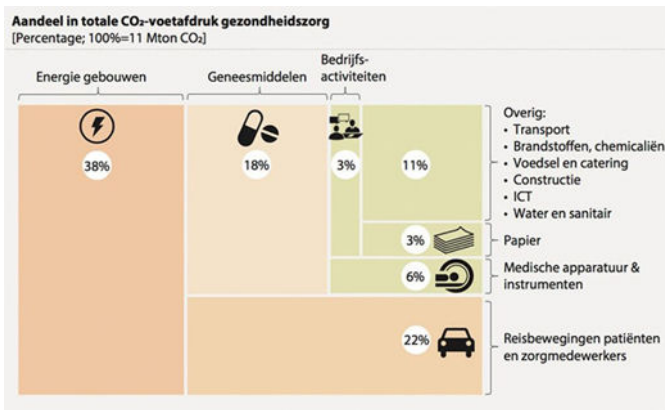
voorkomen naarmate de leefomgeving meer wordt aangetast. Tot slot erkennen steeds meer studies de relatie tussen een onstabiel leefklimaat en (gewapend) conflict (denk bijvoorbeeld aan werkeloosheid, armoede en migratie na verlies van habitat).<sup>3</sup>

**DE GEZONDHEIDSPARADOX**

Klimaatverandering heeft dus een flinke impact op onze volksgezondheid en die impact zal groter zijn naarmate de temperatuurstijging toeneemt. De Nederlandse zorgsector is verantwoordelijk voor 7% van de totale jaarlijkse CO<sub>2</sub>-uitstoot van ons land. Ter vergelijking: dit is bijna net zoveel als de uitstoot van Tata Steel en de Eemshaven samen!<sup>6</sup> De zorg draagt hierdoor substantieel bij aan de klimaatverandering, én de negatieve gevolgen op de volksgezondheid. Dit noemen we de ‘gezondheidsparadox’: de uitstoot



**Figuur 2.** Overzicht van gezondheidseffecten veroorzaakt door klimaatverandering (Rapport ‘Health Care’s Climate Footprint’, vertaald door: Else de Ridder, Green Care Academy<sup>5</sup>).



**Figuur 3.** Verdeling CO<sub>2</sub>-uitstoot in de zorg.<sup>6</sup>

van de gezondheidszorg maakt patiënten op lange termijn zieker. Figuur 3 geeft de verdeling van die CO<sub>2</sub>-uitstoot duidelijk weer: de meeste uitstoot komt van het energieverbruik van de gebouwen, gevolgd door reisbewegingen van patiënten én zorgmedewerkers. Daarnaast produceert de zorg enorme hoeveelheden afval, namelijk 328 miljoen ton per jaar, evenveel als 4% van de hoeveelheid afval van alle huishoudens in Nederland.<sup>6</sup> Ook zorgen onder andere medicijnresten voor verontreiniging van het water: per jaar belandt er minstens 140 ton aan medicijnresten in het water. Dit heeft een negatief effect op waterdieren en de bereiding van schoon drinkwater.<sup>7</sup>

**Tabel 1.** Samenwerkingen (inter)nationaal en regionaal.

Naam Initiatief	Lancet Countdown	Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC)	Milieu Platform Zorg (MPZ)	Groene Zorg Alliantie (GZA)	Green Deal Duurzame Zorg
<b>Wie?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Internationale multidisciplinaire samenwerking van onderzoekers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opgericht door de Verenigde Naties</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bestaat uit een netwerk van intramurale zorginstellingen</li> <li>• Als instelling kun je lid worden</li> <li>• Uitgever van o.a. Milieuthermometer Brons, Zilver en Goud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 'Paraplu'-organisatie voor alle regionale en lokale commissies in de zorg</li> <li>• Commissies vanuit alle lagen in de zorg, bv. studenten, co-assistenten, verenigingen, Green Teams en landelijke werkgroepen zoals Werkgroep Zorg 2025 en De Jonge Specialist.</li> <li>• Als commissie/Green Team kan je lid worden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opgericht door VWS in 2015</li> <li>• Instellingen en organisatie kunnen lid worden, al ruim 260 partijen lid</li> <li>• In najaar 2022 is versie 3.0 uitgekomen</li> </ul>
<b>Doel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jaarlijks rapport over stand van zaken met betrekking tot gezondheid en klimaatverandering.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kennis van klimaat, klimaatverandering en de gevolgen in kaart brengen</li> <li>• Beschrijving van mogelijkheden om de klimaatverandering te temperen, en hoe wij ons moeten aanpassen/voorbereiden op de gevolgen (klimaatadaptatie)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Initiëren en aanjagen van landelijke/ regionale acties (o.a. Green Deal)</li> <li>• Ontwikkelen en verspreiden van kennis (o.a. jaarlijks congres, e-modules, nieuwsbrieven)</li> <li>• Ontwikkelingen van praktische instrumenten zoals de Milieuthermometer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faciliteren van kennisdeling en samenwerking</li> <li>• Een krachtige stem uitbrengen zowel binnen als buiten de sector</li> <li>• inspireren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faciliteren en versnellen verduurzaming van de zorg</li> <li>• Vier belangrijke pijlers:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>o CO<sub>2</sub>-uitstoot terugdringen</li> <li>o circulair werken bevorderen</li> <li>o hoeveelheid medicijnresten in water terugdringen</li> <li>o creëren gezonde leefomgeving</li> </ul> </li> </ul>
<b>Website</b>	<a href="http://www.lancetcountdown.nl">www.lancetcountdown.nl</a>	<a href="http://www.ipcc.ch">www.ipcc.ch</a>	<a href="http://www.milieuplatformzorg.nl">www.milieuplatformzorg.nl</a>	<a href="http://www.groenezorgalliantie.nl">www.groenezorgalliantie.nl</a>	<a href="http://www.rivm.nl/green-deal-duurzame-zorg">www.rivm.nl/green-deal-duurzame-zorg</a>

**GROENE INITIATIEVEN IN DE ZORG**

Door de zorg te verduurzamen kunnen we grote impact hebben op het tegengaan van de klimaatverandering. We zijn ons (voor het eerst sinds het bestaan van de mensheid) echt bewust van de impact van ons eigen handelen. Wij zijn niet te klein om verschil te maken, we zijn juist onderdeel van het grotere geheel. De volgende stap is ons hiernaar te gaan gedragen en onze verantwoordelijkheid te nemen! Zo kunnen we vandaag starten om de wereld voor onze toekomstige generaties beter te maken.

In onze artseneed beloven we onder andere dat we niet zullen schaden, gezondheid zullen bevorderen en dat we onze maatschappelijke verantwoordelijkheid zullen nemen. De nieuwe KNMG-Gedragscode voor artsen heeft duurzaamheid opgenomen als kernregel, 'Als arts ben je je bewust van de relatie tussen gezondheid, klimaat en milieu. Je zet je in voor een duurzame zorgsector en gezonde leefwereld.' En het ontbreekt zeker niet aan gemotiveerde zorgprofessionals; in de zorg zijn meer Green Teams dan in welke sector dan ook. Bovendien bestaan er vele (samenwerkings-)initiatieven, zowel op internationaal, nationaal, regionaal als lokaal niveau. Lees meer over deze samenwerkingen in de kaders (zie tabel 1).

## BELOFTE VAN DE VRA

De VRA zal in 2022 de Green Deal Zorg 3.0 ondertekenen. Hiermee belooft de VRA zich in te zetten op de vier pijlers van de Green Deal. Daarnaast belooft de VRA zich in te spannen om initiatieven op het gebied van duurzame revalidatiezorg te delen onder alle leden (revalidatieartsen, artsen in opleiding en andere betrokkenen binnen de revalidatiesector) door de oprichting van een Groen Revalidatie Netwerk. Hiermee hoopt de VRA haar leden te inspireren om zich in te zetten voor verduurzaming van de revalidatiezorg.

## HOE KUN JE DE GEZONDHEIDSPARADOX AANPAKKEN?

Het uiteindelijke doel is dat we duurzaamheid als normaal onderdeel van ons leven, en ons werk in de zorg, gaan zien. Er moet een grote gedragsverandering gaan komen. Als revalidatieartsen hebben wij al aardig wat handige vaardigheden op zak. We zijn goed in netwerken en samenwerken, het toewerken naar (concrete) doelen en het overzien van een groter geheel. Tijd om deze skills te gaan gebruiken! Bovendien staan wij in de revalidatie vaak relatief dicht bij ons bestuur, wat een groot voordeel is ten opzichte van ziekenhuispersoneel, waar de lijntjes vaak minder kort zijn.

Hoe zet jij als individu die stap van bewustwording naar actie? Het thema is zo enorm breed, misschien geeft dit je het gevoel dat je

maar weinig invloed kan hebben. Toch beloven wij je dat er veel acties zijn waar je vandaag al mee aan de slag kunt gaan! Blijf vooral in je eigen kracht en ga aan de slag met iets wat je energie geeft. We geven een aantal handvatten, maar gebruik vooral dit themanummer om je te inspireren!

1. Bewustwording en urgentiegevoel: lees je in over het onderwerp, zie de (lees)tips hieronder.
2. Je eigen werkwijze: wat kan je in je dagelijkse routine aanpassen? Wat kan je in je spreekkamer aanpassen?
3. Geef het goede voorbeeld: wees je ervan bewust dat je als arts een serieuze stem hebt en zet deze in.
4. Spreek je uit: valt je iets op, maak het bespreekbaar en kijk of het veranderbaar is.
5. Verspreid je kennis: vergroot die bewustwording in je eigen instelling, geef bijvoorbeeld scholing aan collega's.
6. Samenwerking: ga in gesprek met collega's en zoek die samenwerking op, kan je samen een project starten?
7. Sluit je aan bij een Green Team: kijk of er in jouw instelling of regio al een initiatief is op dit gebied, en informeer of je aan kunt sluiten. Of, zet er zelf een op!
8. Zet een project op: kies voor 'laaghangend fruit', iets met hoge impact en weinig inspanning. Denk bijvoorbeeld aan het stimuleren van collega's om computers, beeldschermen en lampen uit te zetten na het werk, iets wat veel energie bespaart. ←

## Inspiratie duurzaamheid in de zorg

### Vakliteratuur

- Rapporten van The Lancet Countdown on Climate Change and Health <https://www.lancetcountdown.org/2021-report/>
- Rapporten van het IPCC <https://www.ipcc.ch/>
- Studies van Gupta Strategists <https://gupta-strategists.nl/studies>

### Online

- Handreiking 'Groen, Groener, Groenst' van De Jonge Specialist <https://dejongespecialist.nl/2021/de-jonge-specialist-gaat-groen-groener-groenst/>
- Website Milieu Platform Zorg <https://milieuplatformzorg.nl/>

- Website RIVM <https://www.rivm.nl/green-deal-duurzame-zorg>
- Zelf je impact testen? [www.mijnverborgenimpact.nl](http://www.mijnverborgenimpact.nl)
- Podcast 'The Green Quest' van BNR

### Webinars en scholing

- Zorg voor Klimaat <https://www.zorgvoorklimaat.nl/>
- Green Care Academy <https://www.greencareacademy.nl/>
- De Klimaatdokter <https://deklimaatdokter.nl/>
- Jaarlijks Congres Duurzame Zorg vanuit de Rijksoverheid

## Referenties

1. <https://www.ipcc.ch/>
2. Hickman C, Marks E, Pihkala P, Clayton S, Lewandowski RE, Mayall EE et al. Climate anxiety in children and young people and their beliefs about government responses to climate change: a global survey. *Lancet Planet Health*. 2021;5(12):863-73.
3. Fuller Beng R, Landrigan PJ, Balakrishnan K et al. Pollution and health: a progress update. *Lancet Planet Health*. 2022;6(6):535-47.
4. Health Care Without Harm in collaboration with Arup. Health care's climate footprint, how the health sector contributes to the global climate crisis and opportunities for action. Sept 2019. <https://www.greencareacademy.nl/>
5. Gupta Strategists. De inhaalrace naar duurzame zorg, hoe VWS en zorgverzekeraars de gangmakers kunnen worden in de verduurzaming van de zorg. Juni 2022.
6. Uitvoeringsprogramma 2018-2022 vanuit de overheid. Ketenaanpak medicijnresten uit water.

INTERVIEW MET LUIKJE VAN DER DUSSEN EN WALTER VAN HALLEM

# 'Als wij nou veranderen, dan hoeft het klimaat het niet te doen'

Onlangs verkreeg Revant het zilveren certificaat van de Milieuthermometer Zorg. Een goede reden om in het kader van het themanummer 'Duurzaamheid in de revalidatiezorg' van het NTR een interview te houden met Luikje van der Dussen, voorzitter van de Raad van Bestuur van Revant en Walter van Hallem, manager facilitair bedrijf. Anke Meester sprak met hen.



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

(Kinder)revalidatiearts n.p.



**FOTOGRAAF FRANS LAHAYE**

**O**p 28 juni 2022 mocht Wouter Vreeman, lid van de Raad van Bestuur van Revant, het certificaat niveau zilver van de Milieuthermometer Zorg in ontvangst nemen uit handen van Adriaan van Engelen, directeur Milieu Platform Zorg. Revant kreeg dit certificaat voor alle locaties van Revant: Breda, Goes (locatie Lindenhof en Reigersbos) en Terneuzen (locatie De Wielingen). Al in 2018 ontving Revant het bronzen certificaat voor hun inspanningen op het gebied van duurzaamheid, dus dit onderwerp leeft al langer.

## Allereerst natuurlijk gefeliciteerd met dit behaalde certificaat! Gaan jullie nu door voor goud?

*Luikje:* 'Ja, we hebben hier bij Revant een milieucmissie (het Green Team) opgericht met vertegenwoordigers van alle afdelingen die hiermee te maken hebben. We zijn erg enthousiast en gaan ook zeker door voor goud.'

*Walter:* 'Niveau goud vraagt onder andere grote investeringen in

bijvoorbeeld de gebouwen. Daarom kun je voor het behalen van dit niveau beter wachten op een natuurlijk moment. Revant gaat over een paar jaar een aantal gebouwen renoveren, dus dat is dan is het ook het geschikte moment om de eisen die gesteld worden aan niveau goud gelijk mee te nemen.'

## Welke doelen willen jullie in de toekomst bereiken?

*Luikje:* 'Revant heeft in haar duurzaamheidsbeleid vijf thema's voor de komende jaren als speerpunten benoemd, waarvan een jaarlijkse CO<sub>2</sub>-reductie met 3% het meest in het oog springt. Doel is om de uitstoot in 2050 tot nul te reduceren.' *Walter* haakt aan: 'Andere doelen van Revant zijn bijvoorbeeld het jaarlijks reduceren van het energieverbruik met een vast percentage, zo ook voor wat betreft de productie van afval en het gebruik van reinigingsmiddelen zonder milieukeurmerk. Maar ook in ons recent vastgestelde inkoopbeleid heeft Revant specifieke doelstellingen geformuleerd om van de organisatie een nog duurzamere organisatie te maken, bijvoorbeeld de overstap naar elektrische bedrijfsauto's.'

## Zijn er veel kosten mee gemoeid om de doelen te bereiken?

*Walter:* 'Dat lijkt misschien zo, maar dat valt mee. Veel maatregelen verdienen zichzelf snel terug, denk aan zonwering aan de buitenkant in plaats van airco. Wij hebben in Zeeland bijvoorbeeld in een van de locaties de dakbedekking vervangen door een speciale zon- en warmtewerende laag in plaats van het klassieke zwarte bitumen. Het temperatuurverschil binnen was enorm, daarmee was tegelijk veel minder behoefte aan airco. Zo zijn er nog wel meer voorbeelden te noemen.' →





## De Milieuthermometer Zorg

De Milieuthermometer Zorg is ontwikkeld door het Milieuplatform voor de Zorgsector (MPZ) in samenwerking met de Stichting Milieukeur (SMK). Het MPZ is al in 1994 opgericht en bestaat dus al meer dan 25 jaar.

Met de Milieuthermometer Zorg heeft men de beschikking over een handzaam instrument om de milieuprestatie en milieuzorg structureel te verbeteren en concreet aantoonbaar te maken.

Niveau **brons** is het startniveau van de Milieuthermometer Zorg, dat staat voor net iets meer doen dan het voldoen aan de milieuwetgeving. Het betreft het nemen van extra maatregelen die zich meestal snel terugverdienen. Zo vormt het de basis van een praktisch milieuzorgsysteem. Een eenvoudig voorbeeld is bijvoorbeeld het

stimuleren van dubbelzijdig printen, het uitdoen van verlichting in ruimtes waar niemand is, het scheiden van afval, en meer van dat soort maatregelen, die inmiddels eigenlijk al algemeen geaccepteerd zijn.

Het **zilveren** niveau gaat een stap verder en neemt het thema duurzaam inkopen mee. Hiermee is nog veel te winnen is. De kennis hoe dat aan te pakken is de laatste jaren sterk gegroeid. Bij duurzaam inkopen gaat het zowel over de inkoop van medische artikelen als artikelen voor het facilitair bedrijf. Dan gaat het ook over hergebruik van grondstoffen in plaats van weggooien, *reusables* in plaats van *disposables*.

Niveau **goud** stelt behalve investeringen in gebouwen ook hoge eisen aan borging,

transparantie, verslaggeving en het vastleggen van afspraken in bijvoorbeeld beleidsplannen. Niveau goud en zilver vragen een belangrijke ondersteuning, commitment en facilitering door de Raad van Bestuur van de instelling. De niveaus zilver en brons worden toegekend door het Milieuplatform voor de Zorgsector, bij niveau goud is ook de Stichting Milieukeur betrokken, dit certificaat moet ook voldoen aan de Europese wetgeving.

De Milieuthermometer Zorg omvat de onderwerpen binnen het thema *Planet* van het People-Planet-Profit gedachtegoed van Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen (MVO). Dat zijn onder ander: management, energie, afval, catering & voeding, schoon en zuinig vervoer, groenbeheer, groene zorgprofessional, vastgoed, inkoopbeleid en innovatie.

*Luikje:* ‘Voor niveau goud, wanneer er echt grote investeringen gedaan moeten worden aan de gebouwen, kunnen er met bedrijven en banken overeenkomsten gesloten worden, zodat je bij bepaalde banken goedkopere leningen kunt afsluiten, of goedkoper producten kunt inkopen indien je voldoet aan bepaalde eisen. Dat is dankzij de Green Deals die gesloten zijn. Uiteindelijk leidt duurzaamheid tot besparing van kosten, omdat er minder energie en grondstoffen nodig zijn.’

**De Green Deals gaan over uitstoot van broeikasgassen, oftewel CO<sub>2</sub> uitstoot. Hoe belangrijk is het verminderen van de CO<sub>2</sub>-uitstoot door de zorgsector eigenlijk voor het totaal van Nederland?**

*Walter:* ‘De uitstoot van broeikasgassen door de zorgsector bedraagt 5-10% van de totale uitstoot aan broeikasgassen in Nederland. In 2020 was de totale uitstoot aan broeikasgassen voor Nederland 164 megaton (= 164 miljard kilo) CO<sub>2</sub>-equivalenten. Dat was weliswaar al 25% minder dan in 1990, maar nog steeds veel te veel. Overigens is de uitkomstmaat van broeikasgassen het aantal megaton CO<sub>2</sub>-equivalenten, omdat broeikasgassen niet alleen bestaan uit CO<sub>2</sub>, maar ook uit andere gassen, zoals lachgas, stikstof, methaan en waterdamp. De uitstoot van die gassen wordt omgerekend naar CO<sub>2</sub>-uitstoot en daarom wordt de totale uitstoot uitgedrukt in megaton CO<sub>2</sub>-equivalenten.

We hebben allemaal in de krant kunnen lezen dat we op 29 juli het punt hebben bereikt waarop we wereldwijd meer voedsel en natuurlijke hulpbronnen hebben verbruikt dan de aarde per jaar kan leveren (*Earth Overshoot Day*). Voor Nederland viel dat moment dit jaar al half april. In 1970 viel dit moment op 29 december. Dat kan natuurlijk niet zo doorgaan, dus de inspanningen van de zorgsector dragen zeker substantieel bij aan het bereiken van de klimaatdoelen voor heel Nederland.’ →

## Green Deals

In 2015 is het klimaatakkoord van Parijs aangenomen door 175 landen waaronder Nederland. Zij verplichtten zich om de temperatuur die stijgt ten gevolge van de toename van broeikasgassen in de lucht niet verder te laten stijgen dan 1,5 graad Celsius. Dat akkoord moest natuurlijk geoperationaliseerd worden. Dat resulteerde voor Nederland in het sluiten van zogenaamde Green Deals: samenwerkingsafspraken tussen de overheid, gemeenten, banken, verzekeringsmaatschappijen, bedrijven en brancheorganisaties, zoals zorginstellingen. Dat levert voor alle partijen een win-win situatie op. Door een milieubewust inkoopbeleid van de zorginstellingen kunnen zij marktrelaties managen en lagere kosten bedingen.

‘We zijn enthousiast en gaan zeker door voor goud’

*Luikje van der Dussen*



'Vul de Milieuthermometer eens in om te kijken waar je staat; zie het als een 0-meting'

Walter van Hallem



### **164 megaton CO<sub>2</sub>-equivalenten? Ik kan me er niets bij voorstellen...**

Walter legt uit: 'Eén ton CO<sub>2</sub>-equivalenten kun je zien als de broeikasgaswerking van 1.000 kg CO<sub>2</sub> en die wordt uitgestoten door 6.000 km te rijden met een dieselauto, die 1 op 15 rijdt, of 71.000 km te rijden met de trein of acht keer heen en weer te vliegen naar Londen (per passagier). Het volume van 1 ton CO<sub>2</sub>-equivalent is ongeveer 500 m<sup>3</sup>, dat is ongeveer een kwart van het formaat van de luchtballonnen die je zomers wel eens in de lucht ziet zweven. De grootte van een luchtballon met een mandje met vier personen is ongeveer 2.000 m<sup>3</sup>.'

### **Hoe lang duurde bij jullie de aanvraag voor een certificaat?**

Walter: 'Wij vroegen die in februari van dit jaar aan en we kregen het zilver certificaat eind juni.'

### **Hoeveel zorginstellingen in Nederland hebben dit certificaat inmiddels al?**

Luikje: 'In 2012 zijn de eerste zorginstellingen in Nederland gecertificeerd en inmiddels hebben al meer dan 300 instellingen het certificaat gekregen. Het niveau goud is momenteel door slechts negen zorglocaties behaald, niveau zilver door 121 zorglocaties. Ziekenhuizen, verpleegtehuizen, GGZ en revalidatiecentra kunnen allemaal meedoen. Het gaat om instellingen die ook intramurale zorg verlenen. Revant is dus op de goede weg'

### **Welke adviezen kunnen jullie andere revalidatieinstellingen die met dit onderwerp aan de slag willen gaan meegeven?**

Walter: 'Begin gewoon en maak het je zeker in het begin niet te moeilijk. Je kunt de milieuthermometer ook gewoon eens invullen om te kijken waar je staat. Dat kun je in een dag doen. Je hoeft niet meteen een certificaat aan te vragen, maar beschouw het resultaat in dat geval als een 0-meting. Als je ermee aan de slag gaat, kom je al snel allerlei verbeteropties tegen. Deze kunnen niet allemaal tegelijk worden opgepakt, hoe verleidelijk ook. Richt je op de *quick wins* enerzijds, en anderzijds deel de successen die je daarin behaalt. Tegelijkertijd zorg je ervoor dat ook beleidsmatig voortgang wordt geboekt en keuzes worden gemaakt in wat er nu, morgen of over een jaar kan worden opgepakt.'

### **Hoe zorg je ervoor dat je je collega's betrekt in het proces?**

Walter: 'Om ook de interne organisatie aangehaakt te houden is het zaak om te doseren. Essentieel is dat je binnen je organisatie voor een groepje medestanders zorgt, bij voorkeur uit diverse

## Proces van certificering

Je moet zelf het initiatief nemen tot het aanmelden voor de certificering (dat doe je bij het MPZ) en het hele traject bestaat uit een aantal stappen:

### Stap 1: Commitment directie, coördinatie en werkgroep

Bespreek met de directie de aanpak. Alle afdelingen én de directie hebben taken om te komen tot certificeren. Wanneer de directie de ambitie voor de Milieuthermometer Zorg uitspreekt, zorgt dit voor draagvlak binnen de organisaties. De directie heeft de taak doelen te stellen, beleid in te vullen, en intern de boodschap te communiceren. De coördinatie ligt bij de milieucoördinator.

Start vervolgens met het instellen van een werkgroep met daarin vertegenwoordigd: zorg, facilitair, techniek, vastgoed, schoonmaak en inkoop. Zij maken een actieplan en borgen de uitvoer van de maatregelen.

### Stap 2: Selecteer één of enkele locaties om mee te beginnen

Start met een nulmeting en vul de Milieuthermometer Zorg in voor de locaties, waar het draagvlak het grootst is. Met een digitaal dossier verzamel je meteen de onderliggende stukken. Na invullen van de nulmeting is ook direct zichtbaar hoeveel er al goed geregeld is. Dit goede nieuws inspireert en motiveert de collega's. Daarnaast is het zichtbaar wat de belangrijkste acties zijn.

### Stap 3: Opstellen actieplan met te nemen acties

Uit de ingevulde nulmeting volgt wat nog te doen staat. Focus eerst op de verplichte maatregelen. Voor een instelling met veel locaties is het handig te beginnen met de maatregelen die centraal geregeld kunnen worden, zoals beleid, monitoren, inkoop en communicatie.

### Stap 4: Aan de slag

Benut de voorbeelden van beleidstukken en hoe andere instellingen de acties opgepakt hebben. Delegeer de acties naar de betreffende afdelingen. Per afdeling resteren naar verwachting 3-5 maatregelen. Wanneer ieder één maatregel per maand oppakt, is brons in een half jaar binnen bereik. Soms moet apparatuur vervangen worden om aan de eisen te kunnen voldoen. Bijvoorbeeld een inefficiënte CV-ketel of conventionele TL-verlichting. Dat vraagt een traject van offertes opvragen, selecteren en inplannen van de uitvoering. In veel gevallen volstaat ook het opnemen van maatregelen in het huisvestingsplan. Zo kunnen de investeringsmomenten door de tijd verdeeld worden en ook het bijkomend werk. Bedenk wel: hoe eerder de maatregelen genomen zijn, hoe eerder er kosten bespaard worden.

### Stap 5: Certificering

Certificering wordt voor een periode van drie jaar afgesproken, het eerste jaar een uitgebreide keuring, het 2e en 3e jaar een korte hercontrole. Een gesprek met de bestuurder is onderdeel van de audit.

Zodra je de eisen van de Milieuthermometer Zorg op orde hebt, vraag je een offerte aan voor de audit.

Na het keuringstraject krijg je van MPZ positief of negatief advies. Bij een positief advies krijg je een certificaat dat drie jaar geldig is vanaf de dag dat je de uitslag hoort. Je kunt MPZ uitnodigen om dit tijdens een feestelijke ceremonie te overhandigen. Veel instellingen nodigen daarbij ook een wethouder en bestuurder uit. Tussentijds krijg je twee controles (jaarlijks na de initiële audit). De auditor zal hierover contact opnemen om een datum in te plannen. Je hebt deze controles al in de eerste opdracht betaald.

Soms moet er voor bepaalde aspecten eerst nog iets verbeterd worden voor het certificaat toegekend kan worden. Die kun je dan nog binnen één maand (major) of binnen zes maanden (minor) verbeteren.

geledingen en van verschillende niveaus. Sommige zorginstellingen stellen een duurzaamheidscoördinator aan, soms zelfs van buiten. Het is in mijn beleving een grote denkfout om er vanuit te gaan dat je er dan wel komt. Alhoewel ik niet zoveel op heb met overleggrema is duurzaamheid/milieuzorg precies zo'n breed topic dat je dit alleen met succes kunt inbedden door dit in een soort (milieu)commissie of Green Team te organiseren met zowel mandaat als formele status. Dat laatste krijg je door de Raad van Bestuur te betrekken en ook van hen datzelfde draagvlak te krijgen. En: praat erover. *Storytelling* draagt enorm bij aan het enthousiasme van de medewerkers.'

## Het lijkt me best een hele klus om hieraan te beginnen. Hoe ervaar jij dat?

*Walter:* 'Soms wordt duurzaamheid/milieuzorg erg ingewikkeld gemaakt en dat is het vaak helemaal niet. Daarbij zijn er ook redelijk veel ondersteunende kanalen waar je gebruik van kunt maken (Milieu Platform Zorg, branchevereniging, allerlei constructies in de publiek-private samenwerking) die je kunnen bijstaan. Het is vaak ook gewoon een kwestie van starten en 'doen'. Ik werk nu meer dan 30 jaar in de zorgsector en elke keer weer valt mij op hoe weinig er structureel en op alle niveaus gedeeld wordt tussen partijen, al is dat met de opkomst van *social media*



natuurlijk wel verbeterd. Ook betreffende duurzaamheid en milieuzorg liggen er voor zorgorganisaties die willen starten met vergroening zoveel bronnen op tafel, dat het een kwestie is van collega's spreken, leerervaringen delen, succesverhalen oppikken en incorporeren in je eigen organisatie waar dat kan.'

### **Wat is jullie rol in het hele proces?**

*Walter:* 'Vanuit mijn functie bij Revant ben ik vooral aanjager van het hele proces. Ik voer de onderhandelingen met leveranciers en bedrijven en stuur het hele proces aan binnen Revant. Het prettige bij Revant is dat de Raad van Bestuur erg gemotiveerd is voor dit onderwerp. Dat maakt dat alles vlot en soepel verloopt. Ik weet dat dat ook heel anders kan gaan. Dus dat is een groot voordeel.'

*Luikje:* 'Als voorzitter van de Raad van Bestuur ben ik verantwoordelijk voor het faciliteren van het hele proces en ook voor het feit dat we het überhaupt op de agenda hebben gezet. Wij vinden dat dit onderwerp echt bij ons past. Revant wil zich ook kwijten aan de maatschappelijke opgave die we nu eenmaal hebben en daar hoort duurzaam ondernemerschap bij. Als je het hebt over de zorg voor onze revalidanten dan is het een logische voortzetting dat we ook zorg dragen voor het klimaat en duurzaamheid.'

### **De lezers van het NTR zijn met name revalidatieartsen, wat kunnen zij vanuit hun discipline betekenen?**

*Luikje:* 'Voor elke revalidant werken we toe naar een optimaal functioneren en participeren in de maatschappij. Dat willen wij doen in een gezonde maatschappij; daarmee is het van belang dat wij zelf ook aan deze gezonde maatschappij werken door alles wat wij doen zo duurzaam mogelijk te doen. Als revalidatiearts kun je aandacht voor dit onderwerp binnen je team levend houden door je behandelbeleid te toetsen aan de duurzaamheidsdoelen die de organisatie zich heeft gesteld. Als de medewerkers op de werkvloer zich bewust zijn van hun verantwoordelijkheid ten aanzien van bijvoorbeeld energieverbruik, of zo min mogelijk brandstofverbruik, dan zal dit ook zijn weerslag hebben op het hele instellingsbeleid en kunnen ze hiermee ook de Raad van Bestuur overtuigen, voor zover dat nog nodig is. Want dat het een belangrijk onderwerp is, is zo langzamerhand toch wel overal doorgedrongen.'

Ten slotte memoreert Luikje nog een uitspraak van Loesje: *Als wij nou veranderen, dan hoeft het klimaat het niet te doen.* ←

# Verwonder & verbeterproject: duurzame revalidatiezorg

'ASK NOT WHAT YOUR COUNTRY CAN DO FOR YOU, ASK WHAT YOU CAN DO FOR YOUR COUNTRY.'

– JOHN F. KENNEDY

'Waarom speelt duurzaamheid zo'n beperkte rol in ons werk?', verwonderde ik mij. Hierom besloot ik mijn verwonder & verbeterproject binnen het Spaarne Gasthuis in te zetten voor bewustwording hierover en het aanzetten tot actie. Met dit artikel geef ik u een inkijkje in mijn project, en tips om zelf succesvol in actie te komen.



**DR. J. (JOHAN) LIM**

Arts in opleiding tot revalidatiearts, OOR Vumc



**CORRESPONDENTIE**

j.lim@amsterdamumc.nl

**I**k begon met een pitch tijdens het vakgroepoverleg om animo te polsen: men bleek unaniem enthousiast. Wel zagen we het belang in van realistische doelen, gezien de beperkte duur van mijn stage. Het concrete doel werd het inventariseren van 'laaghangend fruit' (een individueel eenvoudig uit te voeren maatregel met zoveel mogelijk impact) en van daaruit aanbevelingen doen voor verdere actie. Om te beginnen bij de afdeling revalidatie, en te zijner tijd uit te breiden naar de afdeling paramedische dienst. **Tip 1:** begin klein en bouw daarna verder uit.

De zegen was binnen, maar waar te beginnen? Ik kwam erachter dat we een duurzaamheidsadviseur hadden. Hiermee heb ik contact gezocht, waarna ik samen met haar en gelijkgestemden van andere afdelingen heb gebrainstormd over ideeën en afdelingsspecifieke doelen heb geformuleerd (uiteraard SMART). **Tip 2:** vind gelijkgestemden en voorkom dat je opnieuw het wiel uitvindt.

Geïnspireerd door verschillende bronnen heb ik laaghangend fruit geïnventariseerd en met een oproep tot actie gedeeld via een wekelijkse mail (foto). Ik merkte dat dit vooral werkte middels persoonlijk contact: discussie met de kookfanaat over waarom

vega tijdens lunches niet ten koste hoeft te gaan van smaak (Noma anyone?), een e-mailarme week bij de afdeling paramedische dienst omdat de manager net als ik niet dol was op e-mail, en het complimenteren van collega's die mij trots lieten weten dat ze hun eigen drinkbeker hadden meegenomen of de auto hadden laten staan. **Tip 3:** zoek persoonlijke aansluiting.

Tot slot: wat na mijn vertrek in het Spaarne Gasthuis? Hoewel het doel van mijn project gehaald was, is een vervolgstap niet gerealiseerd: het oprichten van een 'Green Team'. Hoewel enthousiast, ontbrak het mijn reeds met andere taken (over)belaste collega's aan mogelijkheden. Maar er zijn ook gelijkgestemden buiten de eigen werkplek! De VRA gaat de komende tijd nadenken over hoe we dit structureler in een netwerk kunnen gaan vormgeven, onder andere met een bijeenkomst. Ik hoop dat mijn artikel je heeft geïnspireerd om je bij ons aan te sluiten! **Tip 4:** organiseer je binnen een groter netwerk.



Met een wekelijkse e-mail lichtte ik één stuk 'laaghangend fruit' uit (zie e-mail links; NB. namen van geadresseerden zijn weggelaten). Daarnaast zocht ik persoonlijke aansluiting: zelf houd ik van een lege inbox en hierin vond ik de afdelingsmanager van de paramedische dienst, met wie ik op de ludieke actie kwam van een e-mailarme week (foto rechts).

# Een Green Team starten? Zo doe je dat!

Het zal je niet ontgaan zijn: er ontstaan steeds meer Green Teams in de zorg. In dit artikel krijg je vier tips om aan de slag te gaan met een Green Team binnen de revalidatiezorg!



**ELSE DE RIDDER**

Green Care Academy



**CORRESPONDENTIE**

else@greencareacademy.nl

**E**en Green Team (GT) is een team van ca. 4-8 mensen die aan de slag willen met duurzaamheid. Op dit moment zijn er naar schatting zo'n 200 GTs in Nederlandse ziekenhuizen en zorginstellingen. Deze kunnen voor een afdeling of een hele instelling actief zijn. Een GT geeft bekendheid aan het onderwerp duurzaamheid in de instelling en voert zelf ook projecten uit met als doel de instelling te verduurzamen én om duurzaamheid een zichtbare plek in de instelling te geven.

Met onderstaande vier stappen maakt jouw Green Team een vliegende start.

## STAP 1: BRAINSTORM JULLIE IDEEËN

De belangrijkste stap als je een GT begint, is dat jullie een brainstorm houden. Jullie zullen waarschijnlijk overlopen van de ideeën maar het advies is niet meteen te veel projecten in een keer te willen oppakken! Idealiter werk je aan niet meer dan 1-2 projecten tegelijkertijd. Prioritering is belangrijk: welk idee draagt bij aan verduurzaming (impact), maar is ook haalbaar voor het (nieuwe) GT? Projecten zoals afval scheiden, bewustwording over het gebruik van een herbruikbare of wegwerp koffiebekker, of minder gebruik van disposables dragen bij aan verduurzaming, en zijn in de meeste gevallen haalbaar. Maar bijvoorbeeld de medicijnketen verduurzamen, of het ziekenhuis laten overstappen op groene stroom liggen niet direct binnen de invloedssfeer van het GT.

## STAP 2: STEL EEN MULTIDISCIPLINAIR TEAM SAMEN

Nadat je je onderwerp hebt gekozen, zoek je hierbij de juiste mensen om van jouw project een succes te maken. Dat zal voor elk onderwerp (vervoer, afval, voeding, gezonde leefstijl, etc.) anders zijn. Het is erg belangrijk dit aan het begin van het project te doen. Zo heb je direct de juiste mensen aan tafel en voelt niemand zich buitengesloten.

## STAP 3: DOE EEN NULMETING EN CONTROLEMETING

Een meting, of berekening, kan helpen om te weten wat jullie inspanningen hebben opgeleverd. Doe dezelfde meting voor je het project begint, en nadat het is afgerond. Gaat jouw project bijvoorbeeld over minder gebruik van disposables? Vraag dan voor en na jullie project bij inkoop op hoe veel disposables er zijn ingekocht.

## STAP 4: GEEF BEKENDHEID AAN JOUW GREEN TEAM EN PROJECTEN

De laatste stap gaat over bekendheid geven aan jouw GT en jullie projecten, zowel binnen als buiten jouw instelling. Maak jullie initiatieven bekend buiten jullie instelling door er een presentatie over te geven op een congres, of door te publiceren op de website van jouw instelling of beroepsvereniging. ←

Tijdens de Green Team workshop van Green Care Academy ga je onder begeleiding van Else aan de slag met deze 4 stappen. Deze workshop wordt 2x per jaar online aangeboden. Kijk op [www.greencareacademy.nl](http://www.greencareacademy.nl) voor de volgende datum en meer (gratis) informatie voor Green Teams.



# Leefstijlgeneskunde in de spreekkamer: op naar een duurzaam herstel!

Steeds meer zorgprofessionals bekwamen zich in het voeren van het leefstijlgesprek en het toepassen van leefstijlinterventies in de spreekkamer. Het is van het grootste belang dat revalidatieartsen en paramedici hierin niet achterblijven en zo nodig geschoold worden. Onderstaande casus biedt een mooi voorbeeld van leefstijlinterventie binnen de revalidatiegeneskunde.



## DRS. E.C. (ESTHER) ILMER

Revalidatiearts en leefstijlarts, Basalt Revalidatie,  
Gouda



## CORRESPONDENTIE

e.ilmer@basaltrevalidatie.nl

Gefrustreerd komt ze mijn spreekkamer binnen. Ze is 41 jaar, in revalidatiebehandeling in verband met haar secundair progressieve MS en fors aangedaan. Door een spastische parese aan beide benen is de loopafstand afgenomen tot 200-500m. En dan is er ook nog dat overgewicht. Allerlei diëten heeft ze geprobeerd. Ze weet hoe het moet en toch lukt het niet om blijvend af te vallen. Als laatste redmiddel overweegt ze nu een gastric bypass.

Ik vraag haar wat ze wil bereiken. Ze wil graag lopend haar dochter naar school blijven brengen. En daarvoor zou ze graag aan de slag willen met haar leefstijl. Stoppen met roken en 10 kilo afvallen. Stel dat haar dat lukt? Hoe zou ze zich dan voelen? Ze begint te stralen... Meer zelfvertrouwen, lekkerder in haar vel... En hopelijk ook makkelijker bewegen, beter lopen?

We bespreken wat ze op een gemiddelde dag eet. Overdag eet ze drie verse en onbewerkte maaltijden en heeft dan ook geen trek tussendoor. 's Avonds, als haar dochter op bed ligt, dan kan ze niet stoppen met snaaien. Ze beseft dat hier het probleem zit. Ik vraag haar welke mogelijkheden ze ziet om dit te veranderen. Ze wil graag verwezen worden naar een diëtiste die gespecialiseerd is in MS. Met haar toestemming bereken ik haar BMI. Die blijkt 35.1. Aangezien er sprake is van obesitas komt ze in aanmerking voor een tweejarig leefstijlcoachingstraject (de GLI) dat volledig vergoed wordt vanuit de basisverzekering. Dit traject zou ze aansluitend aan de revalidatie kunnen starten bij een leefstijlcoach in de regio.

Ook kijken we naar hoeveel ze beweegt. Sporten is niet gemakkelijk met haar progressieve MS, aangezien ze zo weinig energie heeft en het lopen zo beperkt is. Fysiofitness is niets voor haar, de MS-sportgroep te zwaar. De hydrotherapie vindt ze wel heel erg fijn, in het water voelt ze zich vrij en minder beperkt. Samen met onze bewegingsagoog gaat ze op zoek naar mogelijkheden.

Acht weken later zie ik haar terug op de poli. Ze heeft 3,5 week geleden Corona gehad en is toen meteen gestopt met roken. Ze is gestopt met het snoepen in de avond en is al drie kg kwijt. Ik complimenteer haar met deze successen! Ze heeft ook al twee gesprekken met de diëtiste gehad. En ze heeft nagedacht over het natraject. Ze gaat MS boksen en zwemmen. En ze wil graag een verwijzing voor de GLI. Voor haar geen gastric bypass meer!





**P**reventie van ziekte draagt bij aan een duurzame gezondheidszorg. Een gezonde en duurzame leefstijl staat hoog op de beleidsagenda van het kabinet. Denk aan het landelijke preventieakkoord<sup>3</sup>, de IBO gezonde leefstijl<sup>4</sup> en de klimaatplannen van het kabinet.

Steeds meer zorgprofessionals bekwamen zich in het voeren van het leefstijlgesprek en het toepassen van leefstijl-interventies in de spreekkamer. Leefstijlinterventies zijn succesvol gebleken in de behandeling van chronische aandoeningen zoals diabetes type 2, hypertensie, maar ook reuma en MS<sup>5,6</sup>. Het Leefstijlroer kan een handige tool zijn voor iedere zorgverlener om het leefstijlgesprek met de patiënt aan te gaan. Het roer geeft handvatten om de juiste koers te bepalen voor een gezonde leefstijl. De patiënt staat zelf aan het roer en bepaalt waar hij mee aan de slag wil (zie figuur 1).<sup>7</sup>

### Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI)

Een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) is een tweejarig programma voor mensen met overgewicht of obesitas. Sinds 1 januari 2019 wordt dit programma vergoed voor patiënten met een BMI >25 en een verhoogd risico op HVZ of DM2 of voor patiënten met een BMI >30. Het is een programma waarin mensen advies en begeleiding krijgen over gezonde voeding, gezonde eetgewoontes en gezond bewegen. De GLI is gericht op gedragsverandering om een gezonde leefstijl te bereiken en te behouden. De GLI bestaat uit groepsbijeenkomsten en individuele begeleiding, en wordt aangeboden door verschillende beroepsgroepen: leefstijlcoaches, diëtisten en fysio-/oefentherapeuten. Het aantal groepsbijeenkomsten en sessies voor individuele begeleiding verschilt per programma. Enkel de huisarts kan verwijzen.<sup>1,2</sup>

## Het Leefstijlroer

Neem kleine stapjes - Focus op wat al goed gaat - Veranderen kost tijd, heb geduld

Vernieuw Arts en Leefstijl®  
 versie 2.0, november 2021  
 www.artsenleefstijl.nl

### Voeding

- Drink voldoende: bij voorkeur water, zwarte koffie of (kruiden) thee
- Eet 3 volwaardige maaltijden per dag en vermijd tussendoortjes
- Eet minimaal 250 gram groenten en 2 stuks fruit per dag
- Eet zoveel mogelijk onbewerkt (geen pakjes of zakjes)
- Eet meer plantaardige en minder dierlijke producten
- .....

### Verbinding

- Maak verbinding met mensen waar je energie van krijgt
- Breng tijd door met dierbaren
- Zingeving: wat beweegt je? Waar word je blij van?
- Sluit je bijvoorbeeld aan bij een hobby-, sport- of (vrijwilligers) vereniging
- .....

### Middelen

- Alcohol: drink zo min mogelijk
- Roken: zoek hulp om te stoppen
- Drugs: gebruik zo min mogelijk en overweeg te stoppen
- Medicatie: weet waarvoor het is en neem het in volgens voorschrift
- .....

### Beweging

- Beweeg zoveel mogelijk door de dag heen, elke 10 minuten beweging is winst
- Doe regelmatig simpele kracht oefeningen zoals kniebuigingen
- Zoek iemand om samen mee te sporten of bewegen
- Richt op 30-60 minuten per dag (10.000 stappen)
- Voorkom veel stilzitten
- .....

### Ontspanning

- Doe regelmatig een (korte) ademhalings- of meditatieoefening
- Kies een hobby, sport of activiteit
- Zoek de natuur op, bijvoorbeeld in park, tuin of bos
- Wees bewust van hoe vaak en lang je op een dag naar een scherm (smartphone etc.) kijkt
- .....

### Slaap

- Houd een regelmatig slaappatroon aan
- Slaap in een koele geventileerde kamer
- Vermijd koffie, alcohol en zware maaltijden vlak voor het slapen gaan
- Zorg voor een avondritueel waarbij je het laatste uur niet meer naar een scherm kijkt
- .....



**Alle rechten voorbehouden.**  
 Niets uit deze uitgave mag worden vervoerd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze: hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.



Figuur 1. Het Leefstijlroer.

### WAAROM REVALIDATIEARTS ÉN LEEFSTIJLARTS?

Leefstijl, preventie van ziekte, dat is wat mij ooit motiveerde om te starten met mijn studie Gezondheidswetenschappen. Maar ik beteken ook graag concreet iets voor individuen en besloot Geneeskunde te gaan doen. Coping van patiënten met hun aandoening, hen op weg helpen naar een betere kwaliteit van leven, dat is wat me boeit binnen het vak revalidatiegeneeskunde. Revalideren is gedragsverandering. En er moet wat gaan veranderen in mijn spreekkamer! Motiveren, stimuleren, mensen aanzetten tot gedragsverandering richting een gezonde leefstijl, dat is wat ik wil uitdragen in mijn werk als revalidatiearts én leefstijlarts. Juist na een negatief *life event* als bijvoorbeeld een doorgemaakt CVA of recente diagnose MS zijn patiënten enorm gemotiveerd om hun gedrag en leefstijl te veranderen. En daar moeten wij op inhaken! Het is van groot belang dat revalidatieartsen en paramedici geschoold worden om het leefstijlgesprek met hun patiënten te voeren.

Ik startte zelf in september 2020 met de opleiding Leefstijl-coaching voor artsen van de AVLEG (Academie voor Leefstijl en Gezondheid), een post-HBO opleiding voor huisartsen en medisch specialisten die je binnen één jaar opleidt tot BLCN (Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland) geregistreerd leefstijlcoach/leefstijlarts. Ik heb leren coachen volgens het GROW-model van John Whitmore, wat helpt om structuur aan te brengen in coachingsgesprekken (figuur 2).<sup>8,9</sup> De opleiding bestaat uit drie modules met elk een examen, twaalf studiedagen en een dag in de week zelfstudie.<sup>10</sup> In juni 2021 mocht ik mijn diploma in ontvangst nemen. En mijn werk als revalidatiearts? Dat is 10x leuker geworden! Gesprekken zijn diepgaander, motiverender, coachend, al plant ik maar een zaadje op weg naar een duurzaam herstel na welke aandoening dan ook! En de patiënt? Die heeft het gevoel dat er écht geluisterd wordt, hij weer de regie heeft en zelf iets kan doen aan zijn gezondheid.

### Referenties

1. <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/gecombineerde-leefstijlinterventie-gli-zvw>
2. <https://www.rivm.nl/gecombineerde-leefstijlinterventie/programmas>
3. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gezondheid-en-preventie/nationaal-preventieakkoord>
4. <https://archieff.rijksbegroting.nl/system/files/12/libo-gezonde-leefstijl-rapport.pdf>
5. <https://voedingleeft.nl/>
6. <https://betergezond.nl>
7. <https://www.artsenleefstijl.nl/leefstijlroer>
8. Hoenderdos K, Hulshof M, Koostra Y. *Hét handboek voor de leefstijlcoach*. Kennisplatform leefstijlcoaching, 2020.
9. Whitmore J. *Succesvol coachen. Coachend leiden voor betere prestaties van individu en team*. Boom uitgeverij Amsterdam, 2019.
10. <https://avleg.nl/opleiding-leefstijlcoach-artsen/>



© 2017 The Estate of Sir John Whitmore and Performance Consultants International

Figuur 2. GROW model.

### De 4 fasen van het GROW-model

#### G = Goal.

Wat wil de coachee bespreken en wat wil hij er nu mee bereiken?

#### R = Reality.

Waar staat de coachee nu? Wat speelt er op dit moment?

#### O = Options.

Wat zijn de mogelijkheden van de coachee en de voors en tegens van die opties?

#### W = Will.

Waar kiest de coachee voor? Welke acties gaat de coachee doen?

# Prikbord: Duurzaamheid in de revalidatie

Voor dit themanummer over duurzaamheid in de revalidatiesector vroegen wij naar uw ervaringen, anekdotes en inspirerende voorbeelden. We ontvingen veel reacties die u hieronder kunt lezen.

## Duurzaam = papierloos

*Yvonne van Rijnsouw, projectleider  
Revalidatie Friesland*

Binnen Revalidatie Friesland werk ik (bijna helemaal) papierloos. Dat betekent voor mij niet meer printen maar digitaal versturen. Aantekeningen en *to do's*

meteen met de laptop noteren. En lukt dat niet dan heb ik altijd mijn *Correctbook*, een onwijs handig uitwisbaar notitieboek(je) waarmee je ook kinderen in ontwikkelingsgebieden hetzelfde schrijfmateriaal geeft. Daarnaast draagt het binnen onze organisatie bij aan papierbesparing. Een dubbele win-win dus!

## Op de fiets!

*Nicole Voet, revalidatiearts en senior onderzoeker  
Klimmendaal en Radboudumc*

Bij het onderwerp 'duurzaamheid' ging er niet gelijk een (led)lampje bij mij branden. Totdat een collega mij attendeerde op een onderzoek van Gupta strategics over duurzame gezondheidszorg. Daaruit blijkt namelijk dat maar liefst 20% van de totale CO<sub>2</sub>-voetafdruk van de Nederlandse gezondheidszorg wordt veroorzaakt door reisbewegingen van patiënten en zorgmedewerkers (lees: met de auto). Natuurlijk verwachten we niet dat patiënten te allen tijde met de fiets komen. Maar het is goed te beseffen dat wij als medewerkers een steentje bij kunnen dragen aan de duurzaamheid van de gezondheidszorg en de aarde door vier wielen te ruilen voor twee. Veel fietsplezier!

## Elektrisch rijden

*Harald Laman, revalidatiearts Revalidatie Friesland*

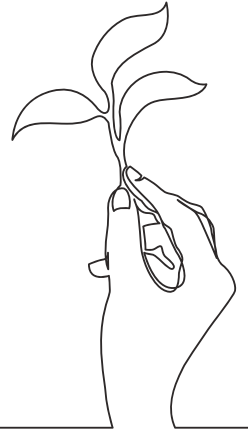
Vanwege mijn werk op twee locaties met daarnaast activiteiten voor de VRA, rijd ik ongeveer 40.000 km per jaar. Ik kreeg last van CO<sub>2</sub> schaamte, dus wilde ik elektrisch gaan rijden. In 2016 was dat nog vreselijk duur, dus vroeg ik aan onze organisatie of ze mij konden helpen met een leasecontract voor belastingvoordeel. Dat gingen ze niet zomaar doen, maar ze wilden wel beleid ontwikkelen. Dat is er gekomen, en sinds september 2018 rijd ik alle kilometers elektrisch, er staan acht laadpunten op het parkeerterrein, en op het dak 1.600 zonnepanelen (375.000 kWh/j).



## De VRA wordt groener

*Maud Oomen & Mieke de Waal, medewerkers VRA bureau*

Ook op het VRA bureau zijn we de laatste tijd steeds meer bezig met het onderwerp duurzaamheid: commissievergaderingen zijn inmiddels voor ongeveer 75% online en bij de organisatie van het congres proberen we er bij veel aspecten rekening mee te houden: een locatie dicht bij een treinstation, geen papieren drukwerk meer, een digitale congres tas en grotendeels vegetarische/veganistische lunch en borrel. Daarnaast zal het Colloquium de komende jaren online blijven. Op deze manier proberen wij ook ons steentje bij te dragen!



## Duurzaamheid bij De Hoogstraat Revalidatie

*Joep van den Broek d'Obrenan, revalidatiearts De Hoogstraat*

In aansluiting op het behalen van het milieucertificaat zilver is er sinds begin 2022 een start gemaakt met een officiële duurzaamheidscommissie binnen De Hoogstraat Revalidatie. Hierin is een vertegenwoordiging van verschillende disciplines en diensten. De meerwaarde hiervan wordt ervaren in de verbinding tussen de zorg en de ondersteunende diensten. Er ontstaat wederzijds begrip voor de uitvoerbaarheid van ideeën. Dit kan frustratie voorkomen en daarnaast tot nieuwe creatieve oplossingen leiden. Ook ik maak sinds kort deel uit van deze commissie en hierdoor heb ik inzicht gekregen in wat er allemaal gedaan wordt op dit gebied. Zo wordt er gesproken over het verminderen van gebruik van wegwerpbekertjes, gebruik van (wasbare) isolatiematerialen, vegetarische maaltijden, tot aan zonnepanelen op het dak.

## Green Team Rijndam

*Namens het Green Team van Rijndam*

In 2020 hebben we een Green Team opgericht binnen Rijndam Revalidatie. Na een oproep op ons intranet hadden we al gauw een enthousiast groepje collega's bij elkaar! Het Green Team is overkoepelend over alle locaties, en met collega's van de facilitaire dienst. Hierdoor hebben we korte lijntjes en kunnen we op allerlei vlakken meedenken in beleid, denk aan het

energieverbruik, afvalstromen, voeding en het groen. Zo hebben we bijvoorbeeld geregeld dat het koffiedik apart wordt ingezameld en gerecycled als biobrandstof. Daarnaast houden we ons vooral bezig met 'bewustwording', door het informeren en betrekken van personeel, maar ook bezoekers en patiënten.

## Duurzaamheid is natuurlijk voor Libra

Jan de Groot, directeur Services Libra Revalidatie & Audiologie

Libra R&A ziet het verduurzamen van de bedrijfsvoering als een maatschappelijke verantwoordelijkheid. Zij wil graag haar steentje bijdragen aan een betere leefomgeving, niet alleen voor de stakeholders, klanten en medewerkers, maar voor iedereen. Een duurzaamheidsbeleid is voor Libra dan ook niet nieuw. Maar zoals met alles, het kon allemaal beter gestructureerd en zichtbaarder voor de omgeving. Met de Milieu Thermometer Zorg is deze structuur aangebracht en is de gevoerde duurzame bedrijfsvoering geborgd. Libra laat nu aan iedereen zien, via de keurmerken van het Milieu Platform Zorg en Milieukeur van Keurmerkinstituut, waar ze staat als het om duurzame bedrijfsvoering gaat.

Voor ieders informatie: Libra beschikt sinds begin 2021 over het **GOUDEN KEURMERK van MPZ en milieukeur van SMK!**



## Podcast: Duurzaamheid in de zorg



Wat motiveert ziekenhuisapotheker Nicole Hunfeld, huisarts in opleiding Evelyn Brakema en uroloog Annemarie Leliveld-Kors om zich hard

te maken voor duurzaamheid in de zorg? Federatievoorzitter Peter Paul van Benthem bevraagt hen in de podcast 'Stem van de dokter' over de opbrengst van de groene initiatieven waar zij bij betrokken zijn.

Luister de podcast via Soundcloud.com ('De stem van de dokter - De zorgsector is een vervuilende sector') of scan de QR-code.



## Integraal Zorgakkoord

Jan Geertzen, hoofd afdeling revalidatiegeneeskunde, voorzitter bestuur Centrum voor Revalidatie, UMC Groningen



Duurzaamheid is het thema van dit NTR nummer. Tijdens bijeenkomsten van VRA en Revalidatie Nederland wordt regelmatig gesproken over de zogenaamde 'liggers', patiënten die we aan de 'straatstenen niet kwijt kunnen'. Bij ons in het UMCG ligt er nu een patiënt al 1,5 jaar; deze is afgewezen door acht instellingen. Laten we hopen dat dit door het Integraal Zorgakkoord (IZA) niet meer voorkomt, met de juiste zorg op de juiste plaats. En dat er ook gekeken wordt naar de duurzaamheid van de beddenproblematiek. Zie voor een samenvatting van het IZA (of scan de QR-code).



## BESTUUR VRA DRAAGT BIJ AAN THEMA DUURZAAMHEID

# Duurzame zorg voor een gezonde toekomst; de Green Deal

Duurzame revalidatiezorg vraagt om aandacht hoe we binnen de spreekkamer onze patiëntenzorg vormgeven en om aandacht voor onze leefomgeving om ziekten en gezondheidsschade te voorkomen. De VRA sluit aan bij de Green Deal 3.0; de komende jaren zal dat te merken zijn aan hoe de verenigingsactiviteiten worden georganiseerd. Dit artikel roept op om stil te staan bij hoe iedereen tijdens werk en privé een steentje kan bijgedragen aan een duurzaam perspectief voor patiënten en onze leefomgeving.



## DR. A. (ANNETTE) VAN KUIJK

Revalidatiearts

Voorzitter VRA, revalidatiearts Tolbrug/Jeroen Bosch ziekenhuis, 's-Hertogenbosch

## DR. A. (ANNETJE) DE ROOIJ

Revalidatiearts

Penningmeester VRA, revalidatiearts Maasstadziekenhuis, Rotterdam

## DR. J. (JETTY) VAN MEETEREN

Vicevoorzitter VRA, revalidatiearts

Erasmusziekenhuis, Rotterdam

## DR. J. (JUDITH) FLEUREN

Lid dagelijks bestuur VRA, revalidatiearts

Roessingh, Enschede

## M.P.G.J. (THIEU) BERKHOUT

Directeur VRA



## CORRESPONDENTIE

a.v.kuijk@tolbrug.nl

**A**ls revalidatieartsen bieden we in de spreekkamer dagelijks een nieuw perspectief aan onze patiënten om hen weer duurzaam mee te laten doen in hun eigen omgeving. Daarbij kijken we met de bril van positieve gezondheid breder dan ziekte of aandoening alleen. Binnen het ICF-model wegen we op individueel patiëntniveau omgevingsfactoren mee in het bepalen van onze behandeladviezen. Kortom, we zorgen met duurzame zorg voor een duurzaam perspectief op een gezonde toekomst voor onze patiënten.

### INTEGRALE BENADERING VAN GEZONDHEID

Maar zouden wij als revalidatieartsen niet meer kunnen doen aan duurzaamheid? Als basisarts hebben we immers ooit gezworen (of beloofd) gezondheid te bevorderen en ziekte te voorkomen, de patiënt geen schade te berokkenen én onze verantwoordelijkheid voor de samenleving te kennen en te nemen. In de huidige samenleving leiden klimaatverandering en milieuvervuiling ontegenzeggelijk tot gezondheidsproblemen. *The Lancet* roept klimaatverandering zelfs uit tot de grootste bedreiging van de volksgezondheid van de 21<sup>ste</sup> eeuw. (*The Lancet in 2021: Climate change is the greatest global health threat facing the world in the 21st century*). De invloed van ons gedrag op onze leefomgeving en het klimaat heeft dus een effect op gezondheid; soms een direct effect zoals het ontwerp en de inrichting van een gebouw, maar ook voeding en (meer) bewegen. Maar de effecten op de gezondheid kunnen ook indirect zijn, zoals vermindering van stress en verbetering van welbevinden. Aandacht voor een gezonde leefomgeving is een essentiële factor om leefbaarheid en positieve gezondheid voor onze huidige en toekomstige generaties te behouden en om ziekten en gezondheidsschade te voorkomen. Gelet op onze artseneed en de integrale benadering van gezondheid, die zo kenmerkend is voor ons vak, is duurzaamheid een →

thema waar we niet meer omheen kunnen. We moeten ons steentje bijdragen aan het behoud van een gezonde leefomgeving met zo min mogelijk vervuiling en onnodig of overmatig gebruik van natuurlijke grondstoffen. We kunnen zelf stappen zetten om te zorgen voor een leefomgeving die uitnodigt tot gezond gedrag. Een leefomgeving die erop gericht is om de gezondheid en het welzijn van patiënten, bezoekers en medewerkers te bevorderen en hun stress te verminderen.

Wij zijn er als bestuur van overtuigd dat dit thema leeft binnen de beroepsvereniging, kijk maar naar de lokale initiatieven van diverse collega's en in diverse revalidatiecentra. Maar we zien ook dat collega's het moeilijk vinden om hier in hun dagelijks werk invulling aan te geven.

### GROEN REVALIDATIE NETWERK

Omdat elke verandering begint met het zetten van de eerste, kleine stappen, willen we als bestuur ook graag onze bijdrage leveren. Voor ons begint dat met het creëren en bevorderen van bewustzijn onder onze leden over het belang van en mogelijkheden om de zorg te verduurzamen. We willen jullie inspireren en meer tools geven hoe hier invulling aan te geven in jullie dagelijks werk (kijk bijvoorbeeld eens op <https://www.groenezorg-alliantie.nl/>). Als vereniging sluiten we aan bij de Green Deal 3.0 (<https://milieuplatformzorg.nl/green-deal/>). Andere wetenschappelijke verenigingen, zoals de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) en de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) zijn ons hierin al voorgegaan. De kennis en ervaring van dit snel groeiende landelijke netwerk kan ons helpen bij het opzetten van nieuwe initiatieven op het gebied van duurzaamheid in de revalidatiegeneeskunde. Om dit extra kracht bij te zetten, denken wij (samen met Revalidatie Nederland) dat de oprichting van het Groen Revalidatie Netwerk van toegevoegde waarde is. In dit netwerk kunnen revalidatieartsen (in opleiding), paramedici en andere medewerkers binnen revalidatie-instellingen,

die zich verbonden voelen aan het thema duurzaamheid of bijvoorbeeld al lid zijn van een lokaal Green Team van hun instelling, zich verenigen. Dit zal de zichtbaarheid van het thema duurzaamheid binnen de VRA aanzienlijk vergroten, waardoor leden met ideeën of ambities op het gebied van duurzaamheid in de revalidatiegeneeskunde weten waar ze terecht kunnen.

### CONCRETE STAPPEN

Maar we willen als bestuur en bureau ook onszelf een spiegel voorhouden en concrete stappen zetten, zoals:

- het aantal reisbewegingen te beperken door:
  1. vergaderingen van de vereniging zoveel mogelijk online te organiseren en te ondersteunen;
  2. één van de twee congressen online te organiseren;
  3. thuiswerken door medewerkers van het VRA-bureau als basis te zien, en
  4. daar waar fysieke ontmoetingen nodig zijn, het gebruik van openbaar vervoer te faciliteren door de keuze van de locatie en/of het faciliteren van aanvullend gezamenlijk vervoer;
- drukwerk zoveel mogelijk te beperken door gebruik van website en digitale apps en indien drukwerk gewenst is, gebruik te maken van duurzaam geproduceerd papier en wikkels van afbreekbaar of recyclebaar verpakkingsmateriaal;
- ook willen we bewust meer kijken naar het aanschaffen van relatiegeschenken met een verduurzamend karakter en naar gezonde voeding en het voorkomen van voedselverspilling door bijvoorbeeld catering af te stemmen op het werkelijke gebruik en hoofdzakelijk etenswaren met hoge voedingswaarde en lage emissiewaarde te serveren.

Kortom, laten we samen deze handschoen oppakken en op weg gaan naar duurzame zorg voor een gezonde toekomst. ←

# There is no planet B

**A**n een hoogopgeleide witte man van 50+ vragen een column over duurzaamheid te schrijven is net als aan Max Verstappen vragen wat hij van de maximale snelheid op de A12 vindt.

Opgegroeid in de vredelievende jaren zeventig en tachtig waar adagia als ‘zuinigheid met vlijt’, ‘klikjesavond’ en ‘je koopt pas een nieuwe als de oude helemaal op is’, langzaam naar de achtergrond verdwenen in de ontploffende economie. Vooruit, ik vergeet even dat begin jaren tachtig een forse recessie gaande was waarin vele dokters werkloos thuiszaten, we bang voor de bom van de Russen waren en depri bands als *Depeche Mode* en *The Cure* de vrolijke discoklanken van *Chique* deden verstommen. Maar toch, zorgen over de natuur of de toekomst van de wereld? Dat was meer voor punkers of mijn wereldreddende vegetarische zus, met haar tuinbroek en button ‘Ban de bom’. In de jaren negentig en vooral deze eeuw omarmden we het hedonisme, het individualisme, het vrije leven. Meer, meer, meer. Op zondag met zijn allen naar de Koopgoot om met zes tassen kleding en schoenen in de diesel te springen. Om elkaar vervolgens uit de dikke rijen op Schiphol te duwen; voor 50 euro een weekendje Barcelona! Een vriend komt met de taxi van vliegveld Innsbruck naar ons wintersportchalet vanuit een ‘werkuitje’ Marrakesh na op zakenreis in Australië te zijn geweest. Vliedschaamte? We konden het woord niet eens spellen. We ontvingen hem koninklijk met een *Walliser Teller*, vlees, vlees en nog eens vlees. Vegetarische borrelplank? Je bedoelt kaassoufflés toch?

Tuurlijk, de tegengeluiden hoorden we wel, maar doorvoelden het niet. En nu, nu is de wereld naar de ratsmodee, door ons gedrag. Kleding, reizen, vleesindustrie, volledig op ons conto te schrijven. Wijzen naar de overheid heeft geen zin.

Doe ik dan alles fout? Niet echt. Zo reis ik al 21 van de 25 werkzame jaren niet met de auto. De groenteburger zie ik niet meer als ‘voer voor quinoaknagers’ én ik ben een voorstander van duurzaam werken. Nee, daar heb ik lekker verstand van zeg, zult u zeggen. Enfin, dat kunt u in mijn podcast ‘KopCast’ beluisteren. Over de duurzaamheids-spagaat tussen het beste uit jezelf halen, groeien en weer in balans geraken. Ook daar is het woord aan de jeugd, want ik heb de antwoorden niet.

Goed, die hoogopgeleide witte man van 50+ heeft de wereld op de rand van de afgrond gebracht. Hoop? Altijd! De natuur is veerkrachtig en onverwoestbaar, want die wereld draait door. Mét of zonder ons. Om levende legende David Attenborough te citeren: ‘Het gaat er niet om dat we de aarde redden, maar onszélf.’ Vandaag mee beginnen lijkt me.

*Casper van Koppenhagen*  
Revalidatiearts Rijndam Revalidatie,  
locatie Erasmus MC

There **NO**  
**PLANET „B“**



# Gebruik van e-health bij de revalidatie van patiënten met niet-aangeboren hersenletsel

De mogelijkheden ten aanzien van het inzetten van e-health binnen onze revalidatiezorg zijn toegenomen en de COVID-19 pandemie heeft bijgedragen aan versnelde implementatie van e-health, ook voor revalidanten met niet-aangeboren hersenletsel. In dit artikel beschrijven we wat de huidige stand van zaken is: welke e-health wordt ingezet bij revalidanten met niet-aangeboren hersenletsel en hoe.



## DR. D.M. (DIANA) OOSTERVEER

Revalidatiearts en senior onderzoeker, Basalt, Leiden

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

Revalidatiearts, afdeling Revalidatie, Fysiotherapie-wetenschap & Sport, Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht

## DR. J.D.M. (JUDITH) VLOOTHUIS

Revalidatiearts, Reade, centrum voor revalidatie en reumatologie, Amsterdam

## DRS. E. (ELBRICH) JAGERSMA

Revalidatiearts en voorzitter WHR, Basalt, Delft

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

Hoogleraar revalidatiegeneeskunde, medisch hoofd neurorevalidatie en revalidatiearts, afdeling Revalidatie, Fysiotherapiewetenschap & Sport, Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht



## CORRESPONDENTIE

d.oosterveer@basaltrevalidatie.nl

**E**-health gaat over digitale toepassingen in de zorg. De mogelijkheden van e-health-toepassingen ter ondersteuning en/of verbetering van revalidatiezorg zijn in de afgelopen jaren fors toegenomen,<sup>1</sup> ook voor patiënten met niet-aangeboren hersenletsel (NAH). De implementatie hiervan raakte in 2020 in een acute stroomversnelling door de COVID-19 pandemie, waarbij noodgedwongen gretig gebruik werd gemaakt van bestaande mogelijkheden (beeldbellen, digitale vragenlijsten, apps) om de revalidatiezorg op afstand te kunnen bieden.<sup>2</sup> Deze (spoed)implementatie vond veelal plaats op lokaal niveau. Het delen van deze ervaringen op landelijk niveau kan waardevolle inzichten in de toepassing en implementatie van e-health binnen de revalidatie opleveren.<sup>3</sup> Zodoende was het doel van deze studie om het huidige gebruik van e-health binnen de revalidatie in Nederland voor patiënten met NAH te inventariseren, en faciliterende en belemmerende factoren te identificeren.

## METHODEN

De auteurs van dit artikel stelden een enquête op over het gebruik van

e-health-toepassingen. Hierin werd gevraagd naar locatie (ziekenhuis, revalidatiecentrum of zelfstandig behandelcentrum), en naar gebruik van beeldbellen, digitale vragenlijsten en apps. Ten aanzien van apps werd nader gevraagd welke apps werden gebruikt, door welke therapeuten, met welke begeleiding, en tegen welke kosten. Ook werd middels open vragen geïnventariseerd welke faciliterende en belemmerende factoren werden ervaren bij de implementatie van de apps.

In januari 2022 is de enquête per e-mail uitgezet onder de leden van de Werkgroep Hersenletsel Revalidatie (WHR) van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA), waarbij tijdens de vergadering van de WHR een toelichting is gegeven over het doel en het betrekken van het revalidatieteam bij het invullen. Begin februari 2022 is een reminder verstuurd.

## RESULTATEN

De enquête werd teruggestuurd door revalidatieartsen vanuit acht ziekenhuislocaties (Maasstad, Maxima Medisch Centrum, Dijklander ziekenhuis, Meander Medisch Centrum, Rivierenziekenhuis, Treant, Universitair Medisch Centrum Utrecht, Bravis ziekenhuis) en tien revalidatiecentra (Adelante, Basalt, Universitair

Medisch Centrum Groningen Beatrixoord, Vogellanden, De Hoogstraat Revalidatie, Reade, Roessingh Centrum voor Revalidatie, Klimmendaal Revalidatiespecialisten, Merem Medische Revalidatie, Militair Revalidatie Centrum Aardenburg).

#### *Het gebruik van beeldbellen en digitale vragenlijsten*

Ten tijde van het onderzoek werd door de revalidatieartsen in zeven van de acht ziekenhuizen en negen van de tien revalidatiecentra gebruik gemaakt van beeldbellen met patiënten, variërend van ca. 1% tot 30% van de consulten. Hiervoor werd gebruik gemaakt van Zaurus, Beter Dichtbij, Starleaf, Facetalk, Zoom en Microsoft Teams. Ook teamleden, met name ergotherapeuten, logopedisten, maatschappelijk werkers en psychologen, maakten gebruik van beeldbellen.

Bij slechts twee ziekenhuislocaties en vier revalidatiecentra werden digitale vragenlijsten ingezet bij eerste consulten en/of start en einde van (poliklinische) revalidatie. Hierbij werd gebruik gemaakt van het patiëntenportaal in Hix, Roqua, SNAP of QuestManager. Er werd aangegeven dat het soms lastig is om aan het einde van de revalidatie digitale vragenlijsten af te nemen.

#### *Het gebruik van apps en programma's*

Alhoewel we naar apps hebben gevraagd, werden veelal zowel de app als het bijbehorende programma gebruikt; voor het gemak wordt gesproken over app(s). Een overzicht van de gebruikte apps is weergegeven in tabel 1. De prijs van de apps varieerde van gratis tot 50 euro per patiënt. Zowel Telerevalidatie als Physitrack werden ingezet door fysiotherapeuten en soms ook door ergotherapeuten bij verschillende instellingen. Door maatschappelijk werkers en/of psychologen werden Therapieland en Minddistrict het meest gebruikt. Apps voor mindfulness oefeningen - zoals de VGZ-app - werden door verschillende disciplines ingezet. Het grootste aantal verschillende apps werd ingezet door logo-

**Tabel 1.** Overzicht van de gebruikte apps bij revalidatie van NAH-patiënten.

#### **1A.** Apps gebruikt ten behoeve van mobiliteit.

App	Aantal instellingen	Doel	Kosten in euro's
Apple gezondheidsapp	1	diagnostiek	gratis
CVA oefengids/oefenapp	2	oefeningen	gratis
Fytek	1	oefeningen	gratis
Goniometer	1	diagnostiek	gratis
Hudl	1	diagnostiek	gratis
Nike app	1	diagnostiek	gratis
Ommetje	1	wandelen stimuleren	gratis
PDoefeningen	1	Parkinson-specifieke oefeningen	gratis
Physitrack	6	oefeningen	8,00-10,00/maand/zorgverlener
Revalidatieapp	1	oefeningen	*
TechnoGym	1	sport/training	gratis
Telerevalidatie	5	oefeningen	*
ViaTherapy	2	evidence arm/hand-training	gratis

#### **1B.** Apps ten behoeve van energiemangement, ontspanning, cognitieve strategietraining en psychologisch welbevinden.

App	Aantal instellingen	Doel	Kosten in euro's
ACT guide app	1	psychologische interventies, ontspanning	onderdeel ACT opleiding
Activiteitenweger	4	energiemangement	gratis/5,99
Agenda	3	energiemangement, cognitieve compensatie strategieën	gratis
AH app	1	cognitieve compensatie strategieën	gratis
Breathing	1	ontspanning	gratis
CoSca	1	diagnostiek	26,99
Embloom	1	diagnostiek	1.815,00/2 zorgverleners/jaar
eNiet Rennen maar plannen	2	cognitieve compensatie strategieën	20,00-40,00/patiënt
Focus keeper	1	energiemangement	gratis
Insight timer	1	ontspanning	gratis
i-sleep	1	interventie t.b.v. beter slapen	*
MindBell	1	energiemangement	gratis
Minddistrict	3	psychologische interventies	39,00-50,00/patiënt
MyTherapy of andere medicatieapp	2	cognitieve compensatie strategieën	gratis
Nature sound	1	ontspanning	gratis
Our groceries	1	cognitieve compensatie strategieën	gratis
Revalidatieapp	1	oefeningen	*
Therapieland	6	psychologische interventie	14,95/zorgverlener/maand of 360,00-441,00/jaar/ zorgverlener
Timer	2	cognitieve compensatie strategieën	gratis
VGZ mindfulness	8	ontspanning	gratis



## 1C. Apps gebruikt ten behoeve van communicatie en slikken.

App	Aantal instellingen	Doelgroep	Doel	Kosten in euro's
112NL	1	verbale ondersteuning nodig om te alarmeren	alarm slaan	gratis
ACTIE!	1	afasie	oefeningen	220,00
Afasietherapie	2	afasie	oefeningen	19,95 voor 4 patiënten/maand
Communicado	3	afasie	communicatie ondersteunen	12,99/13,99
Conversation Therapy lite	1	afasie	oefeningen	gratis, 29,99
CQ-index	1	afasie	beoordelen zorg	gratis
Daisylezer	1	afasie, leesproblemen, visusproblemen	boeken luisteren	30,00/jaar
Digipraat	1	afasie of dysartrie	communicatie ondersteunen	gratis
DigiTaal	7	afasie	oefeningen	gratis
Dysphagia Therapy	3	dysfagie		9,99
Eline Spreekt	1	afasie of dysartrie	communicatie ondersteunen	abonnement
Express me	1			gratis
Gespreksboek lite	2	afasie	communicatie ondersteunen	gratis/vanaf 21,00
Grid player	2	afasie of dysartrie	communicatie ondersteunen	gratis
Hallo Afasie	1	afasie	digitaal afasiekaartje	gratis
He Hajo	1	afasie	communicatie ondersteunen	gratis
Komproweb	2	afasie	oefeningen	35,00
MOVE	1	afasie	oefeningen	gratis
Neurocampus.nl	1	afasie en/of cognitieve communicatie problemen	oefeningen en visuele ondersteuning	gratis
Proloquo4Tekst	2	afasie of dysartrie	oefeningen en communicatie ondersteunen	119,99/199,99 (zorgverzekeraar vergoedt)
Speak it	1	leesproblemen		gratis
Spraakassistent	3	afasie of dysartrie	communicatie ondersteunen	gratis/12,99/19,95
Speech Therapy App (STAPP)	13	afasie of spraakpraxie	oefeningen	725,00 voor 6 hulpverleners 1e jaar, daarna 200,00/jaar
Top woordvinding	1	afasie	oefeningen	19,95-49,95
Touch speak	1	afasie of dysartrie	communicatie ondersteunen	6,99/maand of 69,99/jaar
Touch to talk	1	afasie of dysartrie	communicatie ondersteunen	6,99
Touch to tell	3	afasie	oefeningen en communicatie ondersteunen	zorgverzekeraar vergoedt
Verkorte tokentest	1	anderstalig en afasie	diagnostiek	19,95
Voicebuddy	1	stemproblemen	oefeningen	normaal 14,95/maand of 165,00/jaar; light 7,95/maand of 90,00/jaar
Voice Trainer	2	Spraakproblemen bij M. Parkinson	oefeningen	9,99

NB. Prijzen ten tijde van het invullen van de enquête. \*: Kosten niet gerapporteerd door respondenten en niet publiekelijk beschikbaar

pedisten, waarbij de Speech Therapy App (STAPP) en DigiTaal het meest genoemd werden. Voor naasten werden twee opties genoemd: een Minddistrict-module in onderzoeksfase en het Informatiepunt voor naasten op Afasienet.com. Opvallend was dat de apps veelal als extra middel worden ingezet, en maar zeer weinig als vervanging van (fysieke) therapie.

#### Faciliterende en belemmerende factoren

In tabel 2 en 3 zijn respectievelijk faciliterende en belemmerende factoren weergegeven. Meest genoemd als faciliterende factoren

waren de coronacrisis (8x), goede kar-trekkers of *key-users* (6x) en tevredenheid c.q. enthousiasme van patiënten en therapeuten (6x).

Meest genoemde belemmerende factoren voor het gebruik van apps binnen de revalidatie waren: de extra tijd die het therapeuten kost om bekend te raken met de apps en om deze in te zetten (16x) en de kosten (8x) Er werd benoemd dat de apps niet voor alle NAH-patiënten geschikt waren: de patiënt moet over voldoende digitale vaardigheden en cognitieve vermogens beschikken en/of een naaste hebben die hierbij kan assisteren. Daarbij

zijn sommige therapeuten minder digitaal vaardig, en is er soms weinig vertrouwen in de apps en in de mogelijkheden tot substitutie van direct patiëntencontact door de app. Vanuit een ziekenhuislocatie zonder poliklinische revalidatie werden geschikte apps gemist die aansluiten bij de eerstelijns therapie.

#### Wensen ten aanzien van e-health

Er werden vooral wensen geuit voor betaalbare apps en meer e-health-mogelijkheden op het gebied van cognitieve revalidatie en begeleiding van mantelzorg/ naasten.

**Tabel 2.** *Faciliterende factoren voor implementatie van e-health.*

Faciliterende factor	Hoe vaak genoemd?
Corona	8
Goede kartrekkers/key-users	6
Tevredenheid/enthousiasme bij patiënten/therapeuten	6
Tijd om inhoud te bekijken en uit te proberen, inzicht in inhoud	5
Plek in zorgpaden/echt onderdeel zijn van behandeling	2
Ervaring met app	2
Onderbouwing van de meerwaarde/ helpt bij voldoen aan de richtlijn	2
Ervaren van tijdsinstaat	1
SET subsidie	1
Ontwikkeld door eigen organisatie	1
Inzet door veel therapeuten/bij veel diagnoses	1

**Tabel 3.** *Belemmerende factoren voor implementatie van e-health.*

Belemmerende factor	Hoe vaak genoemd?
Kost extra tijd therapeuten om bekend met app te raken en in te zetten	16
Kosten	8
(Onvoldoende) scholing/kennis over apps	6
Matige kwaliteit/aanpasmogelijkheden apps of geen adequate beschikbaar	5
Therapeuten niet altijd digitaal vaardig	4
Niet geschikt voor bepaalde patiënten (o.b.v. cognitie of digitale vaardigheden)	4
Extra bovenop reguliere therapie, soms te veel	4
Vertrouwen/andere mindset therapeuten en patiënten nodig	4
Geen devices beschikbaar	3
Geen behoefte of voorkeur voor face-to-face bij patiënten	3
ICT/meerdere inloggegevens/privacy	3
Gezamenlijke visie/geïmplementeerd in procedures nodig	3
Slechte ervaring	1
Onvoldoende ondersteuning voor patiënten om apps te gebruiken	1
Op papier werkt soms beter	1

## DISCUSSIE

De resultaten van een enquête onder WHR-leden toonden aan dat e-health-toepassingen gedurende revalidatie voor NAH-patiënten door alle respondenten werden gebruikt, alhoewel de vormen verschilden per instelling/setting. Er werden veel verschillende apps met variërende kosten gebruikt, waarbij elke discipline vaak eigen apps inzette. De kosten kunnen daardoor sterk oplopen (directe kosten). Dit geldt ook voor de tijd die het therapeuten kost om met een app te kunnen werken (indirecte kosten). Het merendeel van de respondenten vond het lastig een schatting te geven hoe vaak een bepaalde e-health-toepassing werd gebruikt. We doen hierover daarom geen uitspraak.

Ook al zijn e-health-toepassingen niet meer weg te denken, het wetenschappelijk bewijs voor de gezondheidswinst door e-health-toepassingen (in combinatie met face-to-face-therapie) in vergelijking met traditionele face-to-face-revalidatie is beperkt. Een voor-en-na onderzoek van Brouns et al.<sup>4</sup> toonde dat het toevoegen van e-health (o.a. Telerevalidatie/ Physitrack) aan de revalidatiebehandeling een klein positief effect had op communicatie en fysieke kracht op lange termijn bij patiënten met een cerebrovasculair accident (CVA). In een Cochrane review van 2020,<sup>5</sup> werd er lage kwaliteit bewijs gevonden dat balansuitkomsten en arm/handfunctie vergelijkbaar waren bij gebruik van e-health versus face-to-face-therapie in respectievelijk 106 en 170

CVA-patiënten. Andere relevante uitkomstmaten zoals duur van de revalidatie, reistijd/reiskosten, ervaren eigen regie en kwaliteit van leven zijn niet onderzocht. Zoals ook enkele respondenten noemen, laat een kwalitatieve studie uit 2020 zien dat CVA-patiënten meestal enthousiast zijn over e-health.<sup>6</sup> In een eerdere studie werden verminderde reistijd en betere uitkomsten als faciliterende factor en onbekendheid met e-health als een belemmerende factor voor patiënten genoemd.<sup>7</sup> Zorgverleners (ergotherapeuten en psychologen) bleken eerder positief te staan tegenover het gebruik van digitale cognitieve revalidatie.<sup>8</sup> Op basis van onze resultaten lijken er toch ook belemmeringen bij zorgverleners te liggen. In de literatuur wordt e-health meestal als gedeeltelijke vervanging van face-to-face-therapie gezien en op die manier als een mogelijkheid om de kosten te reduceren voor zowel de revalidatie-instelling als voor de patiënt in vergelijking met traditionele volledige face-to-face-revalidatie.<sup>1</sup> In contrast met deze literatuur, lijkt e-health in de revalidatiezorg voor patiënten met NAH (nog) niet tot kostenreductie te leiden, doordat het momenteel face-to-face-therapie niet vervangt in de overgrote meerderheid van de revalidatie-instellingen.

Ons onderzoek is gebaseerd op enquêtegegevens, waardoor er geen objectieve data zijn verkregen ten aanzien van hoe vaak beeldbellen wordt toegepast, bij welk percentage NAH-patiënten welke app is ingezet en hoeveel (extra) kosten er daadwerkelijk door de revalidatie-instelling worden gemaakt. Ook hebben we niet van alle locaties gegevens ontvangen, doordat niet alle leden van de WHR de enquête hebben ingevuld. Desalniettemin geven de gegevens voldoende stof om met elkaar in gesprek te gaan.

## CONCLUSIE

Er worden binnen de revalidatiezorg veel verschillende apps gebruikt voor patiënten →

met NAH: voor iedere discipline en voor de meeste problemen op basis van NAH is er wel digitale oefenstof verkrijgbaar. Kosten variëren enorm en kunnen behoorlijk oplopen, terwijl e-health vooralsnog weinig kostenreductie met zich mee lijkt te brengen, omdat het als *extra* wordt ingezet. Kosten worden ook als een van de belemmerende factoren genoemd, evenals de tijd die er voor therapeuten in gaat zitten om met de apps bekend te raken en te gebruiken bij hun patiënten. Ondanks deze belemmeringen, worden ook voor- delen genoemd als mogelijkheid tot extra oefenen, meer eigen regie en minder

reistijd voor patiënten. Derhalve lijken e-health-toepassingen ook voor NAH-patiënten niet meer weg te denken. Desondanks is er nog optimalisatie mogelijk. Nu lijkt elke revalidatie-instelling zelf het wiel uit te vinden, wat gepaard gaat met een traag en inefficiënt implementatieproces en een grote praktijkvariatie. Deze variatie in inzet van e-health-toepassingen is een bron van onwenselijke variatie in de revalidatiezorg voor NAH-patiënten. We hopen daarom dat dit overzicht een aanleiding biedt om onderling met elkaar in gesprek te gaan en van elkaar te leren, om zo onze revalidatie-

zorg voor NAH-patiënten in Nederland te optimaliseren. Sterker nog, we spreken hierbij de wens uit om dit ook landelijk op te pakken, door Revalidatie Nederland (RN) en/of door de Nederlandse Vereniging voor Revalidatieartsen (VRA), met als doel gelijke en vooral ook betaalbare e-health-toepassingen als optie voor al onze NAH-patiënten.

#### DANKWOORD

We bedanken graag alle WHR-leden en hun team die bereid zijn geweest onze enquête in te vullen. ←

## Summary

The restrictions caused by the COVID-19 pandemic have drastically accelerated the implementation of e-health in rehabilitation care for patients with acquired brain injury (ABI). To gain insight into the current use of e-health in patients with ABI within rehabilitation facilities in the Netherlands, a questionnaire was sent to all members of the Workgroup Brain Injury Rehabilitation (in Dutch: 'Werkgroep Hersenletsel Revalidatie'). The questionnaire was returned by members of 8 hospital locations and 10 rehabilitation centers. A wide variety in e-health applications are used across the participating rehabilitation facilities, mainly as addition to regular therapy. Different apps are used by different disciplines. The COVID-19 pandemic and enthusiastic patients were helpful in the implementation of e-health. The main barriers were the costs and the time it costs therapists to get to know and use the apps.

In conclusion, e-health is widely used in the rehabilitation of ABI patients. Because apps are not used to substitute face-to-face therapy, the considerable costs of these apps are a major concern for rehabilitation institutions. We hope that these results lead to a discussion with eventually acceptable prices and less variation between institutions so that each ABI patient receives optimal rehabilitation with appropriate e-health.

**Keywords:** stroke, e-health, app, rehabilitation

## Referenties

1. Peretti A, Amenta F, Tayebati SK, Nittari G, Mahdi SS. *Telerehabilitation: Review of the State-of-the-Art and Areas of Application*. *JMIR Rehabil Assist Technol*. 2017;4(2):e7.
2. English C, Ceravolo MG, Dorsch S, Drummond A, Gandhi DBC, Green JH, Schelfaut B, Verschure P, Urimubenshi G, Savitz S. *Telehealth for rehabilitation and recovery after stroke: State of the evidence and future directions*. *Int J Stroke*. 2022;17(5):487-93. doi: 10.1177/17474930211062480.
3. Caughlin S, Mehta S, Corriveau H, Eng JJ, Eskes G, Kairy D, Meltzer J, Sakakibara BM, Teassel R. *Implementing Telerehabilitation After Stroke: Lessons Learned from Canadian Trials*. *Telemed J E Health*. 2020;26(6):710-19.
4. Brouns B, van Bodegom-Vos L, de Kloet AJ, Tamminga SJ, Volker G, Berger MAM, Fiocco M, Goossens PH, Vliet Vlieland TPM, Meesters JJJ. *Effect of a comprehensive eRehabilitation intervention alongside conventional stroke rehabilitation on disability and health-related quality of life: A pre-post comparison*. *J Rehabil Med*. 2021;53(3):jrm00161.
5. Laver KE, Adey-Wakeling Z, Crotty M, Lannin NA, George S, Sherrington C. *Telerehabilitation services for stroke*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;1(1):CD010255.
6. Chen Y, Chen Y, Zheng K, Dodakian L, See J, Zhou R, Chiu N, Augsburg R, McKenzie A, Cramer SC. *A qualitative study on user acceptance of a home-based stroke telerehabilitation system*. *Top Stroke Rehabil*. 2020;27(2):81-92.
7. Brouns B, Meesters JJJ, Wentink MM, de Kloet AJ, Arwert HJ, Boyce LW, Vliet Vlieland TPM, van Bodegom-Vos L. *Factors associated with willingness to use eRehabilitation after stroke: A cross-sectional study among patients, informal caregivers and healthcare professionals*. *J Rehabil Med*. 2019;51(9):665-74.
8. van der Ham IJM, van der Vaart R, Miedema A, Visser-Meily JMA, van der Kuil MNA. *Healthcare Professionals' Acceptance of Digital Cognitive Rehabilitation*. *Front Psychol*. 2020;11:617886.

# Duurzaamheid

**N**iets is aan zo'n inflatie onderhevig als het begrip duurzaamheid. Alles dient duurzaam (en 'eerlijk') gemaakt en 'gecertificeerd': eieren, vlees, groente, bier, wijn, ja ook plastic artikelen, gemaakt met spuitmachines die duurzaam zijn gemaakt. Op het certificaat staat *CO<sub>2</sub>footprint*. Dan zie ik mijn voet altijd in de lucht hangen terwijl hij een stap probeert te zetten. Ik ken er geen ander beeld bij.

Maar begrippen en namen zijn in ons vak ook vaak geen lang leven beschoren. Leerde je vroeger de ziekte van Kahler, daarna werd dat multipel myeloom, vervolgens kom je plasmacytoma en multipel plasmacytoma tegen. Zoek ook voor de aardigheid eens de synoniemen op voor Südeckse dystrofie. In 'mijn tijd' leerde je nog over hysterie en conversie, later werd dat SOLK; nu moeten we praten over ALK (aanhoudende lichamelijke klachten). Dit maakt natuurlijk de weg vrij voor somatisatie en onnodige medicalisatie. Terwijl het niet vinden van een afdoende verklaring voor een aanhoudend symptoom juist het verkeersbord was voor de te volgen route. Een netwerk NOLK heet korte tijd later ineens NALK; is dit nu academische mierenneukerij of egotripperij? Ik stel een nieuwe term voor: de LALK: lachwekkend aanhoudende labeling lichamelijke klachten. Heeft het ooit voor de benadering of de oplossing iets opgeleverd?

Terug naar de footprint. Ergert u zich ook zo aan een tomaat, komkommer of een appel die in plastic is verpakt? Of sinaasappelsap in een plastic fles, vers geperst omdat men te beroerd is om thuis met de hand een sinaasappel uit te persen, overigens naar goed gebruik met behulp van een plastic pers? Of heeft u er zelf een?

Als we nu gewoon eens kijken naar ons eigen vak. Heeft u dan wel eens nagedacht over de enorme berg afval wat in een dag in een ziekenhuis wordt geproduceerd? Alle plastic verpakkingen, de spuitjes, de slangen, de plastic (infuus)zakken, enz. en alles wat van kunsthar is gemaakt. Ons ziekenhuis verbood ooit het opnieuw gebruiken van de *vacuum rigid dressing* (die bij transtibiale amputaties wordt toegepast) omdat het schoonmaken en steriliseren te kostbaar was. Denk je de verspilling eens in: na een paar weken werd het ding weggegooid, soms na een paar dagen omdat het niet voldeed. Dan zie ik de berg van *rigid dressings* voor me op het pleintje voor het ziekenhuis, sommige nog druipend van bloed of pus. En dat in heel Nederland..., in heel Europa.... Gelukkig zijn er ook positieve ontwikkelingen. Zo is er een firma die jaren geleden al houtafval (*wood*) gebruikte voor het maken van thermoplastisch spalkmateriaal (*cast*) voor handen. Ik heb het al die jaren nooit ergens gezien, ondanks gedane suggesties om het in te voeren.

Als we zo holistisch denken als we zeggen dat we doen, dan hebben wij daar óók wat van te vinden. Het past zelfs binnen de CanMed kaders. Dan kunnen we zo nodig onze bestuurders er op gaan aanspreken. Of willen we met z'n allen soms weer terug naar het ouderwetse gips?

*Kees Emmelot, revalidatiearts n.p.*

## Rubriek 'In Perspectief'

In deze rubriek worden senior-revalidatieartsen door oud-hoofdredacteur Ben Drentje uitgenodigd om een column te schrijven voor NTR. Hierin zetten zij onderwerpen vanuit een historische achtergrond in een actuele context. Deze keer een bijdrage van Kees Emmelot.

PROTOCOL VOOR EEN MULTICENTER, PROSPECTIEF, GERANDOMISEERDE  
NON-INFERIORITEITSTUDIE (COMPARE)

# Herbruikbare versus eenmalige katheters voor intermitterende katheterisatie bij de behandeling van urineretentie

Chronische urineretentie is een veel voorkomende aandoening van de lagere urinewegen, met meestal een neurogene of idiopathische oorzaak. De voorkeursbehandeling bestaat uit intermitterende zelfkatheterisatie 4-6 keer per dag. Hiervoor wordt in Nederland vrijwel alleen gebruik gemaakt van eenmalige katheters. Het eenmalig gebruik van katheters zorgt voor veel plastic afval en hoge zorgkosten. Vandaar dat wij een onderzoek zijn gestart naar herbruikbare katheters voor intermitterende zelfkatheterisatie.



**DRS. F.E.E. (FELICE) VAN VEEN**

Arts-onderzoeker Functionele Urologie, afdeling Urologie, Erasmus MC, Rotterdam

**DRS. T. (TESS) VAN DOORN**

Arts-onderzoeker Functionele Urologie, afdeling Urologie, Erasmus MC, Rotterdam

**DRS. S.A. (SOPHIE) BERENDSEN**

Arts-onderzoeker Functionele Urologie, afdeling Urologie, Erasmus MC, Rotterdam

**DR. J.R. (JEROEN) SCHEEPE**

Kinderuroloog, afdeling Urologie, Erasmus MC, Rotterdam

**DR. B.F.M. (BERTIL) BLOK**

Associate Professor en Functioneel Uroloog, afdeling Urologie, Erasmus MC, Rotterdam



**CORRESPONDENTIE**

comparetrial@erasmusmc.nl

**M**iljoenen mensen hebben moeite om hun blaas te legen, wat resulteert in een urineretentie of residu na mictie.<sup>1</sup> Deze urineretentie of residu is het gevolg van dysfunctie van de lagere urinewegen waarbij de oorzaak meestal onbekend is (idiopathisch) of veroorzaakt wordt door bekende neurologische aandoeningen zoals een dwarslaesie of multiple sclerose. Patiënten met zulke neurologische aandoeningen worden regelmatig door revalidatieartsen behandeld. Om de blaas te legen wordt bij voorkeur gebruik gemaakt van zelfkatheterisatie (CISC), waarbij patiënten vaak 4-6 keer per dag CISC moeten toepassen. Hierbij wordt het gekatheteriseerde volume bij voorkeur onder de 400-500 ml gehouden om zo het overrekken van de blaas te voorkomen.<sup>2,3</sup> In Nederland gebruiken vrijwel alle patiënten eenmalige (=wegwerp) katheters voor CISC. Dit in tegenstelling tot verschillende niet-Europese hoge-inkomenslanden zoals Japan, Canada en Australië, waarbij het gebruik van herbruikbare katheters ook wordt toegepast.<sup>4,5</sup> In Nederland is het extramuraal gebruik van eenmalige katheters de afgelopen twee decennia aanzienlijk toegenomen, van 15.000 naar 46.000 gebruikers per jaar.<sup>6</sup> De kosten die hiermee gepaard gaan zijn de op drie na hoogste kosten aan medische hulpmiddelen die extramuraal worden gebruikt. Zo werd in 2018 74 miljoen euro in Nederland besteed aan eenmalige katheters.<sup>6</sup>

Door de exponentiele bevolkingsgroei wordt er in toenemende mate gebruik gemaakt van de gezondheidszorg met als gevolg stijgende zorgkosten en een grotere belasting op het milieu.

De gezondheidszorg in Nederland is namelijk verantwoordelijk voor 8,1% van de nationale CO<sub>2</sub> emissie. Om deze CO<sub>2</sub> emissie te reduceren is de Green Deal 2.0 opgesteld met het oog op duurzame zorg en een gezonde toekomst. Eén van de pijlers hierbij is circulaire zorg, waarbij er een transitie wordt gemaakt van *disposables* naar herbruikbare middelen.

Bij CISC zou een herbruikbare katheter een goedkoper en duurzamer alternatief kunnen zijn. Daarnaast verstrekken sommige zorgverzekeraars alleen vier katheters per dag, wat niet voldoende is voor de behoefte van alle patiënten. Dit kan leiden tot stress en angst om te weinig katheters te hebben, wat niet bevorderlijk is voor de kwaliteit van leven. Bovendien is het opslaan van grote hoeveelheden katheters of het reizen met veel katheters niet ideaal voor patiënten.

In de huidige richtlijnen van de Europese Vereniging voor Urologie (EAU) en de Nederlandse beroepsvereniging van specialisten ouderengeneeskunde (Verenso) worden verschillen tussen eenmalige en herbruikbare katheters voor CISC niet beschreven.<sup>37</sup> Daarnaast is de beschikbare literatuur over het verschil in veiligheid en effectiviteit tussen eenmalige en herbruikbare katheters tegenstrijdig en van laag bewijsniveau. Enerzijds wordt gesuggereerd dat hergebruik van katheters een ongewenste bacteriële contaminatie introduceert en daardoor het risico op een symptomatische urineweginfectie (sUWI) en andere complicaties zoals steenvorming en urethrastricturen verhoogd.<sup>8</sup> Anderzijds blijkt uit onderzoek dat herbruikbare katheters net zo veilig en effectief zijn als eenmalige katheters bij

CISC.<sup>9</sup> Prieto et al. beschreef in hun Cochrane analyse dat zij niet zeker zijn of er een verschil is tussen eenmalige en herbruikbare katheters wat betreft het risico op sUWIs, gezien de betrouwbaarheid van het bewijs laag is.<sup>10,11</sup> Consulterende artsen zijn bereid om herbruikbare katheters of een mix van eenmalige en herbruikbare katheters voor te schrijven, als het gebruik met bewijs wordt onderbouwd.<sup>12</sup> Gezien het ontbreken van dit bewijs wordt klinisch onderzoek aanbevolen om na te gaan of herbruikbare katheters net zo veilig zijn als eenmalige katheters voor CISC.<sup>4,9</sup> Vandaar dat wij een gerandomiseerde non-inferioriteits-trial hebben opgezet om deze vraag te beantwoorden.

## PATIËNTEN EN METHODEN

### Studiepopulatie

In totaal zullen 456 patiënten worden geïncludeerd op basis van de berekende steekproefgrootte. Patiënten komen in aanmerking voor de studie als ze 16 jaar of ouder zijn en gediagnosticeerd zijn met een urineretentie of een significant residu na mictie ten gevolge van een neurogene of niet-neurogene aandoening waarbij ze moeten zelf-katheteriseren. De in- en exclusiecriteria staan vermeld in tabel 1.

### Studieopzet

Dit is een multicenter gerandomiseerde non-inferioriteitstudie die is geïnitieerd vanuit het Erasmus MC en waarbij in totaal 12 ziekenhuizen in Nederland meedoen. Patiënten die in aanmerking komen voor de studie zullen worden benaderd via de afdelingen urologie van de deelnemende centra. Na het verkrijgen van *informed consent* zullen patiënten worden gerandomiseerd in de interventiegroep (herbruikbare katheter) of controlegroep (eenmalige katheter). De groepen zullen worden gestratificeerd voor deelnemende centra, leeftijd, geslacht, neurogene en niet-neurogene aandoening, en pre- en postmenopauzale status bij vrouwelijke patiënten.

Blindering van de patiënten en onderzoekers is niet mogelijk vanwege het verschil in ontwerp en uitvoering van de katheters. De betrokken statisticus zal geblindeerd worden voor de interventie- en controlegroep tijdens de analyse.

Patiënten in de interventiegroep zullen gebruik maken van de *Cliny catheter* voor mannen of vrouwen en *PureCath* voor vrouwen (figuur 1). Deze herbruikbare katheters kunnen zonder glijmiddel worden ingebracht vanwege een hoogwaardig glad oppervlak en worden bewaard in een houder met 2% natriumhypochloriet worden bewaard in een houder met 2% natriumhypochloriet oplossing. De 2% natriumhypochloriet oplossing wordt verdund met kraanwater (1:80) en dient elke 24 uur te worden ververs. →

**Tabel 1.** Inclusie- en exclusiecriteria.

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
≥ 16 jaar oud	Het tijdelijk toepassen van CISC wegens voorbijgaande oorzaken
Naar verwachting chronisch, maar ten minste 12 maanden genoodzaakt om dagelijks de blaas te ledigen middels CISC	Niet-transurethrale CISC
≥ Twee keer per dag transurethraal CISC	Blaasstenen
≥ Twee weken ervaring met CISC	Urethrastricturen
	Blaasaugmentatie
	Blaascarcinoom met actieve follow-up
	Gebruik van immunosuppressiva voor transplantatie of auto-immuunziekten
	Neurocognitieve aandoeningen waarbij <i>informed consent</i> niet mogelijk is



De herbruikbare katheter moet voor en na het katheteriseren worden afgespoeld met kraanwater en wordt in totaal twee weken gebruikt. De herbruikbare katheters hebben een *Conformité Européenne (CE)*-markering, wat aangeeft dat het product voldoet aan de wetgeving van de Europese Unie voor medische hulpmiddelen (Verordening 2017/745).

Patiënten in de controlegroep zullen hun eigen katheter (voor eenmalig gebruik) blijven gebruiken; de keuze van de eenmalige katheter wordt bepaald door de voorkeur van de patiënt. De follow-up-duur is een jaar met twee klinische en zeven telefonische contactmomenten. Tijdens de klinische contactmomenten zullen urinekweken worden afgenomen. Daarnaast ontvangen de patiënten op vier verschillende contactmomenten gevalideerde, digitale vragenlijsten over de gebruiksvriendelijkheid van de katheter, de kwaliteit van leven en kosteneffectiviteit. Patiënten krijgen een dagboek waarbij ze klachten van urineweg-infecties kunnen bijhouden.

#### *Uitkomstmaten*

De primaire uitkomstmaat is symptomatische urineweginfecties (sUWIs). De definitie van een sUWI die in deze studie wordt gebruikt, is gebaseerd op de criteria van Woodford en George op basis van de EAU-richtlijnen voor neuro-urologie en de NHG-richtlijnen voor Nederlandse huisartsen.<sup>3,13,14</sup> Er is sprake van een sUWI wanneer voldaan wordt aan onderstaande twee criteria:

1. Een acuut begin van één of meer van de volgende symptomen:
  - Dysurie/pijn bij katheterisatie
  - Hematurie
  - Toegenomen mictiefrequentie
  - Toegenomen mictieaandrang
  - Suprapubische pijn
  - Flankpijn
  - Koorts (>38°C)
  - Stijfheid
  - Delirium
  - In het geval van een neurogene blaas: toegenomen incontinentie, spasmes in de ledematen en autonome dysregulatie
2. En één van de volgende positieve diagnostische testen:
  - Urinekweek
  - Dipslide
  - Urinesediment

De volgende secundaire uitkomstmaten worden meegenomen om de veiligheid van de herbruikbare katheters te onderzoeken: urosepsis, ziekenhuisopnames als gevolg van sUWI, urethrale beschadiging leidend tot klinisch significante stricturen, nier-

**Figuur 1.** De herbruikbare katheters: voor vrouwen/mannen de Cliny catheter (boven) en voor vrouwen de PureCath (onder).



en/of blaassteenvorming en episodes van macroscopische hematurie. Daarnaast zal de kwaliteit van leven en gebruiksvriendelijkheid van de katheters worden gemeten middels gevalideerde vragenlijsten: EQ-5D-5L,<sup>15</sup> SF-36<sup>16</sup> PGI-I,<sup>17</sup> ISC-Q en InCaSaQ.<sup>18</sup> Ook worden twee opinie vragen over het milieu en de financiële kosten met betrekking tot CISC gesteld. Ten slotte zal een kosteneffectiviteitsanalyse worden uitgevoerd. Om de kosteneffectiviteit van herbruikbare katheters te beoordelen, zullen gegevens worden verzameld over het gebruik van medische zorg, productiviteitsverlies en de kwaliteit van leven van patiënten naast de klinische studie. Dit wordt gedaan aan de hand van de volgende twee vragenlijsten: iMCQ19 en iPCQ20

#### RESULTATEN

Op dit moment zijn er 164 patiënten geïnccludeerd waarvan 82 patiënten in de interventiegroep en 82 in de controlegroep. Hiervan hebben 51 patiënten de studie met één jaar follow-up afgerond. Dit aantal is nog te laag om een interim-analyse uit te voeren naar de effectiviteit en veiligheid van de herbruikbare katheter. Wel hebben 21/22 (95,5%) patiënten uit de interventiegroep die de studie hebben afgerond, aangegeven door te willen gaan met het gebruiken van de herbruikbare katheter.

#### DISCUSSIE EN CONCLUSIE

Tot nu toe zijn er geen gerandomiseerde studies met voldoende power uitgevoerd om te onderzoeken of herbruikbare katheters net zo effectief en veilig zijn als eenmalige katheters voor CISC.

Daarom zal deze studie nieuwe inzichten geven in het gebruik van herbruikbare katheters en hoogwaardig bewijs leveren als de steekproefgrootte wordt gehaald. Echter, het verkrijgen van de steekproefgrootte kan lastig zijn, aangezien de herbruikbare katheter tijdrovender is door de voorbereidende maatregelen voor het veilig gebruik. Dit zou kunnen resulteren in hogere uitval in de interventiegroep. Daartegenover staat dat het overgrote gedeelte uit de interventiegroep die de studie tot nu toe heeft afgerond graag door wil gaan met het gebruiken van de herbruikbare katheter.

Indien het resultaat van deze studie bevestigt dat herbruikbare katheters net zo veilig en effectief zijn als eenmalige katheters voor CISC, zal dit de klinische praktijk verbeteren en leiden tot vermindering van zorgkosten en plastic afval in Europese landen

en uiteindelijk in de hele wereld. Als gevolg hiervan zal CISC ook beschikbaar zijn in lage-inkomenslanden, waar normaal-gesproken eenmalige katheters veel te duur zijn voor de gezondheidszorg. ←

## Oproep

Momenteel zijn we nog op zoek naar geschikte kandidaten die deel willen nemen aan de studie. Mocht u patiënten hebben die in aanmerking komen voor de studie en geïnteresseerd zijn in deelname, stuur dan een mail naar [comparetrial@erasmusmc.nl](mailto:comparetrial@erasmusmc.nl) of verwijfs ze naar onze website voor meer informatie: <https://www.erasmusmc.nl/nl-nl/patientenzorg/trials/compare>. Naar verwachting zal over twee jaar de studie worden afgerond en de resultaten worden gepubliceerd.

## Referenties

1. Chancellor MB DA, eds. *The Underactive Bladder*. Springer International Publishing, 2016.
2. Groen J, Pannek J, Castro Diaz D, Del Popolo G, Gross T, Hamid R, et al. Summary of European Association of Urology (EAU) Guidelines on Neuro-Urology. *Eur Urol*. 2016;69(2):324-33.
3. Blok B (Chair) DC-D DPG, Groen J. Guidelines Associates. In: Ecclestone SM H, Padilla-Fernández B, Sartori A, eds. *EAU guideline on Neuro-urology*. Arnhem, The Netherlands: EAU Guidelines Office, 2020. <https://uroweb.org/guideline/neurourology/#3>.
4. Hakansson MA. Reuse versus single-use catheters for intermittent catheterization: what is safe and preferred? Review of current status. *Spinal Cord*. 2014;52(7):511-6.
5. van Doorn T, Blok BFM. Multiuse Catheters for Clean Intermittent Catheterization in Urinary Retention: Is There Evidence of Inferiority? *Eur Urol Focus*. 2020;6(5):809-10.
6. Berendsen SA, van Doorn T, Blok BFM. Trends in the use and costs of intermittent urinary catheters in the Netherlands from 1997 to 2018: A population-based observational study. *NeuroUrol Urodyn*. 2021;40(3):876-82.
7. Verenso. Richtlijn Blaaskatheters - Langdurige blaaskatheterisatie bij patiënten met complexe multimorbiditeit AhwvnaUDRVpAD.
8. Bogaert GA, Goeman L, de Ridder D, Wevers M, Ivens J, Schuermans A. The physical and antimicrobial effects of microwave heating and alcohol immersion on catheters that are reused for clean intermittent catheterisation. *Eur Urol*. 2004;46(5):641-6.
9. Kovindha A, Mai WN, Madersbacher H. Reused silicone catheter for clean intermittent catheterization (CIC): is it safe for spinal cord-injured (SCI) men? *Spinal Cord*. 2004;42(11):638-42.
10. Prieto JA, Murphy CL, Stewart F, Fader M. Intermittent catheter techniques, strategies and designs for managing long-term bladder conditions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;10:CD006008.
11. Christison K, Walter M, Wyndaele JJM, Kennelly M, Kessler TM, Noonan VK, et al. Intermittent Catheterization: The Devil Is in the Details. *J Neurotrauma*. 2018;35(7):985-9.
12. McClurg D, Coyle J, Long A, Moore K, Cottenden A, May C, et al. A two phased study on health care professionals' perceptions of single or multi-use of intermittent catheters. *Int J Nurs Stud*. 2017;72:83-90.
13. van Pinxteren B GS, Visser HS, et al. *NHG-standaard Urineweginfecties (derde herziening) 2013*.
14. Woodford HJ, George J. Diagnosis and management of urinary tract infection in hospitalized older people. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57(1):107-14.
15. M MV, K MV, S MAAE, de Wit GA, Prenger R, E AS. Dutch Tariff for the Five-Level Version of EQ-5D. *Value Health*. 2016;19(4):343-52.
16. Reuvers SHM, Korfage JJ, Scheepe JR, t Hoen LA, Sluis TAR, Blok BFM. The validation of the Dutch SF-Qualiveen, a questionnaire on urinary-specific quality of life, in spinal cord injury patients. *BMC Urol*. 2017;17(1):88.
17. Viktrup L, Hayes RP, Wang P, Shen W. Construct validation of patient global impression of severity (PGI-S) and improvement (PGI-I) questionnaires in the treatment of men with lower urinary tract symptoms secondary to benign prostatic hyperplasia. *BMC Urol*. 2012;12:30.
18. Herve F, Ragolle J, Amarenco G, Viaene A, Guinet-Lacoste A, Bonniaud V, et al. Assessment of Intermittent Self-Catheterization Procedures in Patients with Neurogenic Lower Urinary Tract Dysfunction: Dutch Translation and Validation of the Intermittent Catheterization Satisfaction Questionnaire, Intermittent Catheterization Acceptance Test, Intermittent Self Catheterization Questionnaire and Intermittent Catheterization Difficulty Questionnaire. *Urol Int*. 2019;102(4):476-81.
19. H-vRL BC KM, Krol M, et al. *Manual iMTA medical cost questionnaire (iMCQ) [in Dutch]*. Handleiding iMTA medical cost questionnaire (iMCQ), 2013.
20. Bouwmans C, Krol M, Severens H, Koopmanschap M, Brouwer W, Hakkaart-van Roijen L. The iMTA Productivity Cost Questionnaire: A Standardized Instrument for Measuring and Valuing Health-Related Productivity Losses. *Value Health*. 2015;18(6):753-8.

# Vitaliteit van de (toekomstig) revalidatiearts

Duurzame inzetbaarheid is een belangrijk en actueel thema in de medische wereld, ook in de revalidatie-geneeskunde. Om de burn-out epidemie niet de revalidatiegeneeskunde te laten overnemen, zijn wij als Junior VRA bezig geweest om belangrijke aspecten van ons werk te belichten in het kader van duurzame inzetbaarheid. In dit artikel delen wij onze inzichten met jullie.



## DRS. H. (HEIN) SWINKELS

Arts in opleiding tot revalidatiearts OOR ON, Klimmendaal, Arnhem

## DRS. M. (MAARTJE) KAMPS

Arts in opleiding tot revalidatiearts OOR ON, Sint Maartenskliniek, Nijmegen

## DRS. H. (HJALMAR) BOS

Arts in opleiding tot revalidatiearts OOR NO, Roessingh centrum voor revalidatie, Enschede

## DRS. T. (TIMON) VAN DEN BERG

Arts in opleiding tot revalidatiearts OOR ZW, Rijndam, Rotterdam

## DRS. I. (ILEEN) ALBERS

Arts in opleiding tot revalidatiearts OOR VUmc, Amsterdam UMC, Amsterdam



## CORRESPONDENTIE

juniorvra@revalidatiegeneeskunde.nl

**T**weejaarlijks worden alle Nederlandse medische specialisten (in opleiding) gevraagd om de loopbaanmonitor in te vullen.

## LOOPBAANMONITOR

De loopbaanmonitor is één van de manieren om een beter beeld te krijgen van de loopbaanontwikkeling, de ervaren werkdruk en het werkplezier van de medisch specialisten en aiossen. De Federatie Medisch Specialisten (FMS), de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD) en De Jonge Specialist (DJS) hebben in samenwerking de loopbaanmonitor ontwikkeld en verspreid. Deze is ingevuld door in totaal 336 respondenten, waarvan 242 revalidatieartsen en 85 aiossen revalidatie-geneeskunde.<sup>1</sup>

Uit de loopbaanmonitor komt naar voren dat 98,5% van de jonge klaren binnen zes maanden na het afronden van hun opleiding een baan heeft gevonden als specialist. De overige 1,5% heeft op basis van vrijwillige keuze nog geen baan. De helft van de respondenten heeft één baan gehad sinds zij medisch specialist zijn geworden. Een kleiner deel heeft twee (tijdelijke) dienstverbanden gehad. Uiteindelijk heeft 93,7% van de revalidatieartsen een vast contract. Het merendeel is dan ook in loondienst, 89,7% bij een zorginstelling en 8,3% is in dienst van een medisch specialistisch bedrijf. Betreffende het aantal uren dat arts-assistenten en medisch specialisten idealiter per week zouden willen werken, inclusief diensten en overuren, wordt door de grootste groep van zowel aiossen als specialisten (respectievelijk 45,9% en 33,5%) 36-40 uur per week aangegeven. Opvallend is dat het daadwerkelijk gewerkte aantal uur per week inclusief diensten voor het merendeel van de aiossen (58,8%) tussen 41-50 uur ligt. Dit percentage ligt lager voor specialisten (33,1%).

Over het algemeen genomen is men binnen de revalidatie een tevreden mens. Plezier in het werk wordt regelmatig tot vaak ervaren en als groep (medisch specialisten en aiossen samen) scoren wij onze tevredenheid met een 3,73/5. Echter is hier een duidelijk verschil terug te vinden wanneer je de groep uitsplitst in

aiossen (3,55/5) en specialisten (3,80/5). Mogelijk is dit te verklaren vanuit de ervaring minder invloed te hebben binnen de organisatie waar de aiossen werken. Ook zijn de aiossen relatief minder tevreden over hun inkomen en over hun werk-privé balans. Desondanks geeft 95,3% van de aiossen aan na hun opleiding aan de slag te willen als medisch specialist.

Gedurende zijn/haar loopbaan is 26,2% van de aiossen en revalidatieartsen voor een korte, of langere periode uitgevallen door overbelasting. Wat hieraan ten grondslag ligt, is niet eenduidig. Wel geeft 44,3% van de revalidatieartsen aan dat zij andere verwachtingen hadden van het werk als revalidatiearts. Met name de administratieve lasten, maar ook het aandeel niet-patiënt-gebonden taken (management, logistiek en leidinggevende functies) was groter dan verwacht.

#### ERVARINGSDESKUNDIGEN

Naast de cijfers uit de loopbaanmonitor, heeft de Junior VRA ook haar eigen vragen uitgezet. Er zijn collega's geweest die openhartig hun verhaal aan ons hebben verteld. Zoals hierboven genoemd, valt meer dan een kwart van de collega's voor kortere of langere tijd uit. Het aspect van duurzaam inzetbaar zijn komt zowel bij jonge klaren voor, alsook bij de oudere garde. We hebben interviews afgenomen met ervaringsdeskundigen om inzicht te krijgen in de factoren die voor hen hebben meegespeeld en zodoende daarvan te leren. De inzichten delen wij graag met jullie.

### 'Daarnaast neem ik elke dag pauze, hoe druk het ook is'

#### Wat eraan vooraf ging

Wat genoemd wordt als een van de belangrijkste factoren is de perfectionistische grondslag die sommigen van ons wel herkennen. Het is natuurlijk een belangrijk onderdeel van ons werk om nauwkeurig te zijn en het is de kunst om hierin niet door te slaan. Hierbij zijn de aspecten van het werk niet geheel los te zien van de privé-situatie. Extra drukte door het uitvallen van een collega, met alle bijbehorende stress in een niet soepel lopende werksituatie maken het erg moeilijk om het plezier te behouden in werk. Daarbij wordt de administratieve last genoemd als een van de voornaamste zaken die het werkplezier niet vergroot. Als je daarbij functioneert op het randje van je kunnen, hoeft er op werk of in

het privéleven maar iets te gebeuren of de balans slaat door. Ook het veelal bij jezelf op zoek gaan naar mogelijkheden om aan te passen aan een niet goed werkbaar situatie is een veelvoorkomend probleem. De spanning en irritatie op de werkvloer worden in de loop van de jaren groter wanneer het niet besproken wordt en op een gegeven moment barst de bom. Wanneer het niet langer kan, gaan we toch nog even door, om daarna echt uit te vallen. Vaak is er een relatief kleine aanleiding wat de druppel is om de emmer te doen overlopen.

### 'Door mijn grote reflectievermogen op mijn eigen functioneren heb ik de oplossing lange tijd in mezelf gezocht'

#### Verandering

In de interviews gaven onze collega's aan dat een verbetering in het werkplezier een belangrijk aspect is geweest om succesvol terug te keren in het werk. Van concrete zaken zoals het nemen van dagelijkse pauzes, ondanks drukte, tot de meer subjectieve aspecten als ervaren steun van collega's en leidinggevenden. Hoe ze tot het inzicht zijn gekomen, verschilt van persoon tot persoon. De een heeft met behulp van een coach beter inzicht gekregen in de eigen wensen op gebied van werk en heeft daardoor bewuster leren kiezen. Een ander geeft aan beter de grenzen te kennen van zaken die binnen de eigen invloedssfeer liggen.

#### Overgang van aios naar medisch specialist

In de overgangsfase komt veel af op een jonge klare. De verantwoordelijkheden op zowel inhoudelijk als organisatorisch niveau worden groter, zonder dat je je specifiek op alle taken kunt voorbereiden in de opleiding. Om duurzaam inzetbaar te zijn en te blijven hebben we hier de adviezen van ervaringsdeskundigen nog eens op een rij gezet.

- Hou aandacht voor werkplezier en cultuur in de groep.
- Neem pauzes, juist in drukke perioden.
- Bespreek met elkaar of met een mentor/coach wat echt speelt.
- Toon waardering voor het werk van je collega.

Speciale dank aan de dappere collega's die hun persoonlijk verhaal met ons hebben willen delen. Wij hebben er alles aan gedaan om de anonimiteit te waarborgen. ←

#### Referentie

1. Loopbaanmonitor Medisch Specialisten 2022, Federatie Medisch Specialisten, De Jonge Specialist, Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband, onderzoekdoen.nl