

NEDERLANDS TIJDSCHRIFT VOOR

REVALIDATIE GENEESKUNDE

JAARGANG 47 | NUMMER 1 | FEBRUARI 2025

UITGAVE VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING VAN REVALIDATIEARTSEN



FOCUS OP ZIEKENHUISREVALIDATIE

IN DIT NUMMER ONDER ANDERE

Pagina 10

Interview:
Paulien Goossens
en Martijn Klem

Pagina 15

Resultaten
enquête ziekenhuis-
revalidatieartsen

Pagina 26

Interview:
Esther Kruitwagen
en Remko Verhagen

Pagina 38

Publicatie:
MSR bij oncologie



3D-geprinte redressiehelmen

Onze geavanceerde redressiehelm is speciaal ontwikkeld voor baby's met een positionele afwijking aan de schedelvorm. Met behulp van de nieuwste 3D-printtechnologie kunnen wij een helm aanbieden die de nadelige effecten van traditionele helmen voorkomt. Zo is onze helm aanzienlijk dunner, lichter en ventilerender, wat het draagcomfort voor de baby verhoogt en transpiratieproblemen voorkomt. Dankzij het 3D-scannen is er geen gips nodig, waardoor het aanmeetproces eenvoudig en snel is. Bied uw jongste patiënten de beste zorg en verhoog hun comfort met onze comfortabele, effectieve redressiehelm.



De Hoogstraat Orthopedietechniek

Wij beleven en bewegen met u mee!

www.dehoogstraatorthopedietechniek.nl/redressiehelmen

De Hoogstraat
Orthopedietechniek

In dit nummer

FOCUS OP ZIEKENHUISREVALIDATIE

5

EDITORIAL
Afscheid nemen

6

KORTOM
Toetsvragen
Promoties

9

EDITORIAL GASTREDACTIE
Ziekenhuisrevalidatie in
de schijnwerpers

10

INTERVIEW
Paulien Goossens, voorzitter VRA,
en Martijn Klem, directeur RN
*'We moeten van het idee af dat
revalidatiegeneeskunde
ziekenhuizen alleen maar geld kost'*

15

ACTUEEL
Resultaten enquête
ziekenhuisrevalidatieartsen

18

RAAKVLAK
Rol revalidatiearts in
expertisecentrum UMC

20

OPINIE
Werk aan de winkel voor de
revalidatiegeneeskunde

22

ACTUEEL
Vroege revalidatie op en na de IC

24

PRIKBORD

26

INTERVIEW
Esther Kruitwagen, voorzitter
WZR (VRA), en Remko Verhagen,
voorzitter WZR (RN)
*'De ziekenhuisrevalidatiearts
als spin in het web'*

30

ACTUEEL
Geneesplezier in het
ziekenhuis

32

PROEFSCHRIFT
Simona Klinkhammer

34

RAAKVLAK
Chirurgische reconstructies
diabetische voet

37

JUNIOR VRA
Column Sophie Schaper

38

**WETENSCHAPPELIJKE
PUBLICATIE**
Evaluatie van MSR bij oncologie;
retrospectieve analyse van
bestaande zorgdata

44

OPINIE
Mindfulness in de
poliklinische revalidatie

48

INNOVATIE
Net-Als-Jij;
zorginnovatie voor
betere transitiezorg



Revalidatie jaarprijs 2025 voor innovatieve patiëntenzorg € 20.000,-

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

Doelstellingen jaarprijs

- Patiëntenzorg binnen de revalidatie verder verbeteren
- Innovaties binnen de revalidatiezorg stimuleren

De Prijs

De winnaar van de prijs ontvangt een geldbedrag van 20.000 euro waarmee het initiatief kan worden opgestart/gerealiseerd en mogelijk worden geïmplementeerd. De prijs wordt alleen uitgereikt voor een projectvoorstel waarvan patiënten direct en meetbaar kunnen gaan profiteren in de dagelijkse revalidatiezorg.

Informatie

Informatie over de procedure, beoordeling, het reglement en het inschrijfformulier kunt u vinden op www.revalidatie.nl



NEDERLANDSE
VERENIGING VAN
REVALIDATIEARTSEN



Deze prijs wordt mogelijk gemaakt door:



COLOFON

Nederlands Tijdschrift voor Revalidatiegeneeskunde (NTR). Netherlands Journal of Rehabilitation Medicine. Het NTR is een wetenschappelijk en informatief tijdschrift van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA).

Alle artikelen zijn open access te lezen en downloaden op www.revalidatie.nl.

Redactieraad

Dr. Mattijs Alsem
Dr. Erwin Baars
Dr. Rita van den Berg-Emons
Drs. Merel Bijleveld
Dr. Janne Bolt
Dr. Janneke Haisma
Dr. Tjitske Hielkema
Dr. Jorrit Meesters
Dr. Janneke Stolwijk-Swüste
Drs. Loes Swaan

Hoofdredacteur

Prof. dr. Jan Geertzen

Eindredactie

Heidi Wals

Redactieadres

Redactiesecretariaat t.a.v. Heidi Wals
Nederlandse Vereniging voor Revalidatieartsen (VRA)
Mercatorlaan 1200, 3528 BL Utrecht
T: 085 0077 304
E: ntr@revalidatiegeneeskunde.nl

Uitgever, advertenties en abonnementen

Performis BV
Postbus 2396, 5202 CJ 's-Hertogenbosch
T: 073 689 58 89
W: www.performis.nl
E: NTR@performis.nl

Advertenties

Contactpersoon: Dhr. Misha Stork
T: 073 689 58 89
E: misha@performis.nl

Abonnement

Standaard € 153,80 per jaar
Buitenland € 226,00 per jaar
Genoemde tarieven zijn inclusief btw en verzending. Voor informatie, vragen of wijzigingen aangaande uw abonnement kunt u terecht op www.performis.nl.
Het NTR verschijnt vijfmaal per jaar.

Inzending kopij

Per e-mail met attachments.

Accreditatie

Er worden accreditatiepunten toegekend voor een wetenschappelijke publicatie in NTR. Voor de 1e auteur 10 pnt, voor de 2e auteur 5 pnt en voor 3e en verdere auteurs 2 pnt.

Richtlijnen voor auteurs

De 'auteursinstructies' zijn te downloaden op www.revalidatie.nl.

Verschijsning

Februari, april, juni, oktober en december.
Niets uit deze uitgave mag worden overgenomen zonder toestemming van de uitgever of de hoofdredacteur.
De uitgever is niet aansprakelijk voor de inhoud van deze uitgave.

47^e jaargang, nummer 1

ISSN 2211-3665

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



VAN DE HOOFDREDACTEUR

Afscheid nemen



We bestaan dit jaar 70 jaar; een jaar vol met nieuwe kansen en uitdagingen; dit is andere taal voor bedreigingen en beren op de weg. We dachten dat we de duiding wel achter de rug zouden hebben maar het lijkt opnieuw te beginnen.

Als ik dit schrijf is het 8 januari en ons VRA-bestuur heeft gisteren gesproken

met het Zorginstituut Nederland (ZIN). Voorlopig mogelijk met een eerste positief resultaat. Het kan echter maar zo zijn dat bij het verschijnen van deze editie van het NTR de vlag er weer anders bijhangt.

Ik weet nog goed hoe de pijnrevalidatie begon in Nederland. Onder leiding van prof. Ludwig Goeken uit Groningen werd het LoBaDis (*Low Back pain and Disability*) opgericht in de midden jaren 90 van de vorige eeuw. Vele promoties zijn hieruit voortgekomen. Daarna volgden de door VWS gefinancierde vier revalidatiecentra (Hoensbroek, Enschede, Rotterdam en Groningen), die het onderzoek en onderwijs en patiëntenzorg chronische pijn verder vorm moesten geven. Hieruit is dan weer een paar jaar geleden het NPN (Netwerk Pijnrevalidatie Nederland) ontstaan. Parallel is er bij de VRA de diagnosegebonden werkgroep WPN (Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland) opgericht. Een paar NTR themanummers geleden (in juni 2024) hebben de collegae Smeets en Oosterwijk een mooi interview gegeven, waarin ook blijkt dat een grote groep revalidatieartsen en onderzoekers zich intensief met chronische pijn bezighouden. Maar toch: de zorgverzekeraars en het ZIN staan hier diagonaal tegenover. De 'Stand van de Praktijk' kan men niet omheen; de 'Stand van de Wetenschap' wordt door beide partijen anders beleefd en beoordeeld. Nemen wij binnenkort afscheid van de pijnrevalidatie? Dat is toch niet te hopen voor al die patiënten met een WPN-3 of WPN-4 indicatie? Waar moeten deze mensen naartoe?

We gaan morgen (9 januari) afscheid nemen van prof. Hans Rietman, een gewezen voorzitter van de VRA en op 13 februari nemen we afscheid van Juan Martina ook al een gewezen voorzitter van de VRA. We zitten in een grijze golf van revalidatieartsen die stoppen met het vak. Dit betreft twee collegae die veel voor ons vak betekend en gedaan hebben. Hans op het gebied van de revalidatietechnologie en Juan bestuurlijk in Nederland maar ook op de Nederlandse Antillen. Hans heeft daarnaast de regie gevoerd over meerdere handboeken in de revalidatiegeneeskunde en meer dan 25 VRA-cursussen georganiseerd. Juan heeft de revalidatiegeneeskunde op Curaçao vanuit het niets opgebouwd en de basis gelegd voor een mooi modern revalidatiecentrum op Curaçao. In het volgende nummer komen we nog op het afscheid van beiden terug. Afscheid nemen van deze twee prominenten doet pijn.

Jan Geertzen,
hoofdredacteur



Kortom

GERT KWAKKEL ONTVANGT 'LIFETIME ACHIEVEMENT AWARD'

Op woensdag 4 december jl. ontving hoogleraar Neurorevalidatie prof. dr. Gert Kwakkel de prestigieuze *Princess Margaret Memorial Lecture Award*, een 'lifetime achievement award' voor zijn wetenschappelijk onderzoek op gebied van *stroke*.

Na ontvangst van de *award letter* van Margaret's zoon 'Lord Snowdon' van de Britse koninklijke familie, gaf Gert Kwakkel een plenaire voordracht op het *UK Stroke Forum Congres (UKSF)* in Liverpool voor een groot publiek. De UKSF is het grootste multidisciplinaire platform voor onderzoekers en behandelaars op gebied van beroerte.



ACHTDELIGE PODCASTSERIE 'DE ZORG LEEFT'



De VvAA introduceert een nieuwe, achtjarige podcastserie 'De zorg leeft', waarin zorgverleners vertellen over hun dagelijks werk, ingaan op dilemma's en hun visie op de toekomst van de zorg delen.

De serie omvat openhartige gesprekken met zorgverleners uit verschillende beroepsgroepen, van huisarts tot GGZ-casemanager en van verpleegkundige tot anios chirurgie.

Actuele onderwerpen, zoals duurzaamheid, zzp en werkplezier staan centraal. Met deze podcastserie wordt een stem gegeven aan zorgverleners en bewustwording gecreëerd over onderwerpen die hen bezighouden.

De podcastserie is te beluisteren via Open Spotify en Apple Podcasts. De podcasts zijn ook te bekijken via YouTube.

BEKROOND PROJECT LEERT MENSEN OPNIEUW BEWEGEN

Een toolkit met kaartenset en een website vol kennis waarmee zorgprofessionals cliënten met dementie, Parkinson, of na een beroerte, opnieuw leren bewegen. Dat is de opbrengst van het project 'Beter bewegen door therapie op maat' van lectoraat Maatwerk in Leefstijl & Bewegezorg van Zuyd Hogeschool. De toolkit wordt inmiddels volop in de praktijk gebruikt. En het project ontving onlangs de RAAK Publieksprijs 2024 voor het beste praktijkgerichte onderzoek.

Kijk op www.motorisch-leren.nl voor meer informatie.



TOETSVRAGEN UIT EINDTOETS LANDELIJK ONDERWIJS

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

We behandelen hier twee vragen uit de toets van februari 2024. 38 aiossen hebben de toets gemaakt.

VRAAG 1:

WELKE STELLING OVER HET 'CENTRAL CORD SYNDROOM' IS JUIST?

- A. Wordt vaak veroorzaakt door een extensietrauma.
- B. Veroorzaakt meestal een halfzijdige verlamming.
- C. De benen zijn meer verlamd dan de armen.
- D. Vaak is de gnostische sensibiliteit gespaard.

$P=0,82, r=0,30$

Bron: Presentatie dr. Osterthun in de DLO

31 aiossen kiezen het goede antwoord, maar 6 aiossen kiezen ook voor antwoord D en 1 voor antwoord C. Deze vraag maakt heel goed onderscheid: 'goede aiossen' kiezen voor het juiste antwoord.

Vraag 2: C

Vraag 1: A

juiste antwoorden toetsvragen

VRAAG 2:

WELKE ROLSTOEL WORDT GEAADVISEERD VOOR EEN PATIËNT MET EEN TRAUMATISCHE INCOMPLETE LAESIE C7 AIS C?

- A. Een elektrische rolstoel met joystick ter besturing
- B. Een elektrische rolstoel met kinbesturing
- C. Een handbewogen rolstoel met gripomvatting
- D. Een handbewogen rolstoel zonder gripomvatting

$P=0,74, r=0,25$

Bron: Workshop Zitten op de cursusedagen

28 aiossen kiezen het goede antwoord, maar 9 aiossen kiezen ook voor antwoord A en 1 voor antwoord B. Deze vraag maakt heel goed onderscheid: 'goede aiossen' kiezen voor het juiste antwoord.

Namens Toetsingscommissie,

Wim G.M. Janssen

OMGAAN MET VERMOEIDHEID

De afdeling revalidatie van het UMC Utrecht heeft in samenwerking met het Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht een online module ontwikkeld waarin wordt uitgelegd hoe het komt dat mensen met een spierziekte vaak vermoeid zijn. Daarnaast geeft de module tips om beter om te gaan met vermoeidheid.

Mensen kunnen zelf aan de slag met deze vrij toegankelijke online tool. Indien er nog begeleiding of behandeling nodig is, kan deze tool een goed vertrekpunt zijn. De module is inmiddels door grote groep mensen met spierziekte gebruikt en de ervaringen zijn heel positief.



GESPRESKAART SPIERZIEKTEN

De *Gesprekskaart Spierziekten* is een hulpmiddel voor patiënten met een spierziekte, waarmee ze zich beter kunnen voorbereiden op consulten met hun zorgverlener(s). De kaart behandelt relevante thema's, zoals klachten en behandeling, maar ook omgaan met de ziekte en zaken regelen. Hierdoor behouden patiënten eigen regie en krijgen ze meer doelgerichte, persoonlijke zorg.

De gesprekskaart is ontwikkeld op initiatief van de VRA in samenwerking met kinderartsen (NVK), neurologen (NVN), verpleegkundigen (V&VN) en patiëntenvereniging Spierziekten Nederland, Spierziektecentrum Nederland en VSCA (koepelorganisatie van de Centra voor Thuisbeademing).



Promoties

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



Datum: 18 december 2024
Promovenda: M. (Martine)
 Verwoerd Mft, docent/
 onderzoeker
Titel: *Unlocking the transition:
 prognostic modeling for chronic neck
 pain in primary care*
Waar: Universiteit Maastricht



Datum: 16 december 2024
Promovenda: I.S. (Inge) Klatte,
 onderzoeker
Titel: *Collaboration between
 Speech and Language Therapists
 and Parents of Children with
 Developmental Language Disorders*
Waar: Universiteit Utrecht



Datum: 3 december 2024
Promovenda: L. (Lotte) Meert,
 PhD student
Titel: *Unravelling the role of
 and the interrelation between
 somatosensory functioning and
 metabolic factors in chronic
 (postsurgical) osteoarthritis pain*
Waar: Universiteit Antwerpen
 (België) en Universiteit Maastricht
 (Nederland)



Datum: 27 november 2024
Promovenda: R.M.J. (Renske)
 Janssen, ergotherapeut en PhD student
Titel: *Development and evaluation
 of an integrated multidisciplinary
 rehabilitation program for patients
 with neuralgic amyotrophy*
Waar: Radboud Universiteit
 Nijmegen



Datum: 22 november 2024
Promovenda: C.P.A. (Corinne)
 Delsing, KNO-arts
Titel: *Surgery on the submandibular
 salivary gland for anterior and
 posterior drooling in children and
 adolescents with
 neurodevelopmental disorders*
Waar: Radboud Universiteit
 Nijmegen



Datum: 12 november 2024
Promovenda: L.G.M. (Laure)
 Verstraeten, senior nutrition
 researcher
Titel: *Barriers & Opportunities to
 combat sarcopenia in geriatric
 rehabilitation*
Waar: Vrije Universiteit Amsterdam



Datum: 6 november 2024
Promovendus: J.S. (Jasper) Faber,
 post-doc onderzoeker
Titel: *Design for eHealth Equity;
 The development and application
 of design knowledge for the
 participatory design of eHealth
 interventions for people with a low
 socioeconomic position*
Waar: TU Delft / Erasmus
 Universiteit Rotterdam



Datum: 31 oktober 2024
Promovenda: E. (Elza) van
 Duijnhoven, onderzoeker
Titel: *Specialized lower limb orthotic
 care in neuromuscular disorders*
Waar: Universiteit van Amsterdam



Datum: 25 oktober 2024
Promovendus: W.A.F. (Werner)
 van de Ven, Fysiotherapeut
Titel: *Gait is more than movement:
 a longitudinal study of neuromotor
 processes following total knee
 arthroplasty*
Waar: Radboud Universiteit
 Nijmegen



Datum: 24 september 2024
Promovenda: S. (Sophie)
 Vervullens, PhD onderzoeker
Titel: *Heterogeneity in individuals
 with knee osteoarthritis awaiting total
 knee arthroplasty and its impact on
 outcome from a biopsychosocial
 perspective*
Waar: Universiteit Antwerpen
 (België) en Universiteit Maastricht
 (Nederland)



Datum: 3 september 2024
Promovenda: S. (Simona)
 Klinkhammer, PhD kandidaat
Titel: *Clearing the brain fog –
 Unmasking the neurological and
 neuropsychological consequences
 of COVID-19*
Waar: Universiteit Maastricht

EDITORIAL GASTREDACTIE

Ziekenhuisrevalidatie in de schijnwerpers

Recent hebben we gehoord dat de financiering van de pijnrevalidatie onder vuur ligt; er zijn nog altijd discussies over oncologische revalidatie. Het vak revalidatiegeneeskunde is al lang ingeburgerd. Waarom dan toch die terugkerende kritische evaluatie van ons vak?

Het kan niemand ontgaan zijn dat er veel uitdagingen liggen voor de toekomst van de gezondheidszorg. Met ons hoge niveau van gezondheidszorg kunnen we meer aandoeningen beter behandelen, waardoor het aantal patiënten met een comorbiditeit toeneemt en mensen steeds ouder worden. Daarmee is dit een van de vele financiële uitdagingen in de zorg. De revalidatiegeneeskunde kan een voortrekkersrol spelen bij deze maatschappelijke ontwikkelingen.

In veel ziekenhuizen zijn we goed geïmplementeerd en hebben we een grote impact. Het kan altijd beter. De werkgroepen ziekenhuisrevalidatie van zowel de VRA als RN willen alle collega's hierbij faciliteren. In de ziekenhuizen komt de revalidatiegeneeskunde goed uit de verf. Denk aan: onze creativiteit (flexibel schakelen tussen hulpvragen en diagnosegroepen), onze kennis over prognostiek (ook in het kader van *Advance Care Planning*), onze inzet in transmurale netwerken, de bijdragen aan onderwijsprogramma's en onze betrokkenheid bij wetenschappelijk onderzoek. We zijn breed inzetbaar; misschien wekt dat de 'verbazing' op bij de verzekeraars maar wij zien wel een scenario waarbij extra budget voor ons vak terugverdiend kan worden door vermindering in zorgkosten in en buiten het ziekenhuis. Goed voorbeeld is adequate zorg voor patiënten met chronische pijn of in het kader van oncologische revalidatie. *Maar dat moeten we dus wel goed uitleggen en de effectiviteit daarvan aantonen.*

We hebben enkele collega's van andere specialismen gevraagd hoe zij ons vak zien. Dit was het antwoord van een voorzitter van de medische staf van het Ziekenhuis Rivierenland Tiel (ZRT): *'De revalidatiegeneeskunde is onlosmakelijk onderdeel van het zorgprofiel van een algemeen ziekenhuis als het onze. De samenwerking met belovende specialismen draagt zorg voor een volledig antwoord op de zorgvraag van onze patiënten, waarbij de benadering "wat is voor u belangrijk" tot optimale gezondheidswinst kan leiden.'*

Tijdens de COVID-pandemie lieten we zien hoe flexibel we zijn, hoe visionair. Een neuroloog uit het ZRT schreef hierover: *'Ik denk dat jullie je enorm geprofileerd hebben binnen de ziekenhuizen en in veel overleggen participeren. Tijdens de COVID-pandemie hebben jullie een heel prominente rol verzorgd, wat ook de samenwerking ten goede moet zijn gekomen.'*

Met de visie van de *World Health Organization (WHO)* in *'Rehabilitation 2030; A call for action'* en de visie van de Engelse prof. dr. Derick Wade (*professor of Neurological Rehabilitation*) op ons vak hebben we prachtige kaders voor de toekomst. Zeker ook voor de ziekenhuisrevalidatie. Wat let ons?!

Wat hebben we toch een prachtig vak!

Dr. Esther Kruitwagen, revalidatiearts en onderzoeker UMC Utrecht

Drs. Anne Marie ter Steeg, revalidatiearts en medisch manager, Spaarne Gasthuis



INTERVIEW MET PAULIEN GOOSSENS, VOORZITTER VRA, EN MARTIJN KLEM, DIRECTEUR REVALIDATIE NEDERLAND

‘We moeten van het idee af dat revalidatiegeneeskunde ziekenhuizen alleen maar geld kost’

De doelgroep voor revalidatie neemt toe. Er zijn meer ouderen die met hun kwalen langer leven en minder mensen die werken. Dus zal de revalidatiegeneeskunde meer patiënten met minder medewerkers moeten bedienen. Dat vraagt om een sterkere ziekenhuisrevalidatie, vinden Martijn Klem, directeur Revalidatie Nederland, en Paulien Goossens, voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen.



T. (TIM) DE HULLU

Professioneel schrijver en biograaf



JET VAN SCHIE

In het vorige nummer van dit magazine vroeg internist Marcel Levi zich af waarom revalidatieafdelingen altijd in de kelder van ziekenhuizen zitten. ‘Laat jezelf zien!’, was zijn oproep. ‘Weg met de bescheidenheid, weg met het beeld van de hulpspecialist. Want voor patiënten zijn revalidatiespecialisten misschien wel de belangrijkste specialisten’, aldus Levi. ‘Genezing is belangrijk, maar hun leven op een goede manier oppakken misschien nog wel meer.’

Is het de realiteit, het beeld dat Levi schetste? ‘Zeker’, beaamt VRA-voorzitter Paulien, tevens revalidatiearts in het Haaglanden Medisch Centrum (HMC). ‘Revalidatie zit weliswaar vaak in de buurt van de fysiotherapie en oefenzalen en die zitten vaak op de begane grond. Maar Levi heeft wel een punt over het belang van meer zichtbaarheid van revalidatieartsen in ziekenhuizen. De ziekenhuisrevalidatieartsen moeten zorgen voor zichtbaarheid van ons vak, bijvoorbeeld door deel te nemen aan multidiscipli-

naire teams met andere medisch specialisten. Want in revalidatiecentra zijn we behoorlijk onzichtbaar voor orgaanspecialisten.’

MEDISCHE STAF

In het HMC is de vakgroep van Paulien lid van de medische staf van het HMC. ‘Best bijzonder, want we zijn gedetacheerd vanuit Basalt. We zijn ook goed zichtbaar op de klinische afdelingen, staan als vakgroep op de website, hebben een poliklinisch spreekuur in het ziekenhuis en maken deel uit van het piepersysteem. We zijn echt een gewone medisch specialist, in plaats van een hulpspecialist. We zien bijna alle patiënten waar een revalidatie-

‘We horen vanaf dag één betrokken te zijn; revalidatie is geen nazorg’

indicatie zou kunnen zijn. Denken mee over wat het beste vervolg is voor de patiënten, maar ook wat het beste beleid is tijdens de opname. Daarnaast hebben we tijdens de opname van een patiënt ook overleg met de ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten, psychologen en maatschappelijk werk. Zo proberen we de revalidatie al in het ziekenhuis te laten starten.’

ZICHTBAAR ZIJN

Voor klinische revalidatie vallen Paulien en haar collega's terug op de hoofdlocaties van Basalt. Poliklinische revalidatie bieden ze



zelf aan, in het HMC, onder de vlag van Basalt. ‘Door de heel korte lijnen met de medisch specialisten in het ziekenhuis kunnen we snel afstemmen over een patiënt. Dat werkt prettig’, vindt Paulien. ‘Voor ons als artsen, maar ook voor de patiënt is dat fijn. Ik durf dus wel te zeggen dat we hier goed zijn ingebed, maar dat is helaas niet overal het geval. Er zijn nog ziekenhuizen waar twee keer in de week twee uurtjes een revalidatiearts langskomt. Dan ben je niet zichtbaar en mis je heel veel patiënten.’ Zichtbaarheid, toegankelijkheid en vanuit gelijkwaardigheid samenwerken, vormen de essentie van ziekenhuisrevalidatie. Paulien: ‘Revalidatie is een behandeling, we horen vanaf dag één bij een proces betrokken te zijn. Revalidatie is geen nazorg.’

‘De manier van denken wordt anders: hoe kom je als patiënt hier straks uit?’

INZET MOET VOLDOENDE ZIJN

Hoe het bij het HMC is georganiseerd, is niet standaard voor Nederland. De inzet van revalidatieartsen is verschillend en varieert van een aantal uren consulten tot volledige vakgroepen met spreekuren en interdisciplinaire teams. Ook de inbedding verschilt per ziekenhuis. Inhuur vanuit een centrum, een ingebed revalidatiecentrum als volle dochter, hechte samenwerkingen →



‘Andere specialisten moeten niet denken: die revalidatie kost alleen maar geld, ik doe het zelf wel.’

met revalidatiecentra, een eigen staf zonder behandel mogelijkheden; je ziet alle variaties voorbijkomen. Volgens Martijn Klem, directeur van brancheorganisatie Revalidatie Nederland (RN), maakt de manier van organiseren niet veel uit. ‘Als de inzet maar voldoende is. Want laten we niet vergeten dat patiënten vaak heel tevreden zijn over de revalidatiezorg. Daar moeten we echt blij mee zijn. Die boodschap kunnen we in ziekenhuizen nog meer gaan uitdragen. Gelukkig hoeven we niet vanaf nul te beginnen. Onze meerwaarde wordt op steeds meer afdelingen gezien. Zo zie je inmiddels ook dat revalidatieartsen aan de afdeling neonatologie worden toegevoegd en dat de eerste revalidatiebehandelingen al op de intensive care (IC) beginnen. De manier van denken wordt anders: hoe kom je als patiënt hier straks uit? En daar spelen revalidatieartsen steeds meer een centrale rol in. Mijn indruk is dat er meer waardering komt voor revalidatieartsen. Ze worden binnen en buiten het ziekenhuis gevraagd om eerder mee te kijken. Daarbij is, naast de consulten en poliklinische zorg, ook de rol bij de triage heel belangrijk. Triage draagt immers bij aan de juiste zorg op de juiste plaats en tijd. Dat helpt om onze zorgmiddelen doelmatig in te zetten.’

RAPPORTEREN

‘En die triage is zeker niet alleen de reisbureaufunctie’, voegt Paulien daar aan toe. ‘Er zijn vaak niet-operatieve opties die goed zijn om te bespreken. En ook niets doen kan een goede optie zijn. Wij schetsen de opties en de gevolgen van de opties, de patiënt beslist. We coördineren als revalidatiearts vaak ook zorg in de eerste lijn. In het ziekenhuis waar ik werk doen we dat als Basalt-arts, maar ook met onze HMC-jas aan. Gelukkig is er een tendens dat ziekenhuizen het belang van vroegtijdig inschakelen van revalidatiespecialisten inzien. Ik denk dat, als je in een ziekenhuis zit, je onderdeel moet worden van de medische staf en ervoor moet zorgen dat je ook rapporteert in het systeem van het ziekenhuis zelf. Dat is enorm belangrijk voor je zichtbaarheid. Veel revalidatieartsen zijn hulpvaardig ingesteld. Worden gezien als de lieve dokter die een beetje introvert is. Maar vertel ook maar gewoon wat je ervan vindt.’

Martijn: ‘Ja, met de vuist op tafel slaan!’

Paulien: ‘Dat hoeft nog niet eens. Maar geef je onderbouwde mening over interventies van collega’s: “Dit is een interessante interventie die je voorstelt. Heb je nagedacht over een interventie waarbij we niet opereren, maar de conditie gaan verbeteren?” Om maar een voorbeeld te noemen.’

Martijn: 'Eens. Maar bij de verdeling van de budgetten van volgend jaar of over de inzet van paramedici, moeten revalidatieartsen op hun strepen kunnen staan.'

'Als poortspecialisme kunnen we financieel gezien ook onze broek ophouden'

EIGEN BROEK OPHOUDEN

Het woord geld is gevallen en het denken daarover zou volgens Paulien wel eens de sleutel kunnen zijn naar een ommekeer in het beeld over revalidatiezorg. 'Meer budget afdwingen is nu nog ingewikkeld, omdat er veel ziekenhuizen zijn die denken dat revalidatiegeneeskunde alleen maar geld kost. Zij zeggen: de opbrengsten zijn een tevredenere patiënt, een betere doorstroom en een kortere IC-ligduur. Terwijl wij als poortspecialisme financieel gezien ook onze broek kunnen ophouden. Je zou op onze inspanningen best een eigen DBC kunnen openen. Je zou daar een behandeltraject op kunnen doen. Dat vergt alleen inspanningen en het ziekenhuis wordt er niet direct beter van, want zij krijgen niet direct meer geld.' 'Er zijn voorbeelden van ziekenhuizen die dat goed op orde hebben', weet Martijn. 'Die hebben inzichtelijk wat een revalidatiebehandeling kost en hoe die te declareren is. Daarmee wordt de tak van sport door een bestuur ook serieuzer genomen.'

SCHAARSTE?

'Er wordt gezegd dat we naar schaarste toegaan in de zorg. Maar is dat wel zo?', vraagt Paulien zich af. 'We zullen dingen anders moeten doen en ziekenhuisrevalidatie kan daarin een belangrijke plek innemen. Dat zou kunnen betekenen dat er minder behandelingen in revalidatiecentra gaan plaatsvinden. We moeten er daarbij wel voor oppassen dat de orgaanspecialisten denken: die revalidatie kost alleen maar geld, ik doe het zelf wel. Daar zijn ze niet voor opgeleid.' Martijn maakt zich daar wat minder zorgen om. 'Zolang de sector goed samenwerkt en zolang we ook landelijk laten zien hoe belangrijk onze bijdrage is. Zo laat RN geregeld zien hoe mensen in de revalidatie werken en hoe dat anderen in de gezondheidszorg kan helpen, bijvoorbeeld bij de ledenvergadering van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen.'

Revalidatie Nederland en de VRA brengen regelmatig managers en artsen uit ziekenhuizen samen. 'We hebben nu een nieuwe



'Revalidatie Impact en Revalidatieregister leveren nuttige inzichten op waar ziekenhuizen meer van zouden kunnen profiteren' →

masterclass capaciteitsmanagement voor de revalidatie, die ook nadrukkelijk openstaat voor managers, vertelt Martijn. ‘Op zo’n manier proberen we ziekenhuizen te ondersteunen in de revalidatiezorg. Ik hoop dat ziekenhuizen van deze uitnodiging gebruikmaken, want op enkele positieve uitzonderingen na, zien we dat artsen en managers uit ziekenhuizen minder vaak deelnemen aan landelijke initiatieven dan hun collega’s uit revalidatiecentra. De afgelopen jaren hebben we heel veel tijd en geld gestoken in Revalidatie Impact en het Revalidatieregister. Die leveren steeds vaker nuttige inzichten op. Maar artsen en managers uit ziekenhuizen profiteren hier nog maar mondjesmaat van, omdat er nog maar vier ziekenhuizen zijn aangesloten. Het zou ziekenhuizen en revalidatiecentra helpen als zij vaker samen op zouden trekken. Mogelijk ligt daar ook een rol voor ons, dus als er ideeën zijn hoe RN die samenwerking kan faciliteren, dan hoor ik dat graag.’

MOBIELE TEAMS

In de toekomst zullen ziekenhuizen waarschijnlijk meer expertisecentra worden, met de nadruk op het curatieve aspect en zo kort mogelijke opnameduur. De vraag rijst of patiënten daarmee krijgen wat ze nodig hebben. ‘Hoe zorgen wij ervoor dat we mensen snel op de goede plek krijgen voor revalidatie, als we het natuurlijk beloop van de eerste dagen niet meer in het ziekenhuis kunnen volgen? Ook zullen we anders moeten gaan denken. Bijvoorbeeld door op de IC al te starten met een multidisciplinaire behandeling. Stel je een patiënt voor met een heel hoge dwarslaesie, die beademingsbehoefstig is’, vertelt Paulien. ‘Zo’n patiënt ligt nu drie maanden op de IC te wachten tot hij ver van huis naar een van de twee dwarslaesiecentra kan waar een passende revalidatiebehandeling geboden wordt. Dan denk ik: het liefst zou ik een team van specialisten met die specifieke expertise in een busje laten komen. Voor de vroege intensieve neurorevalidatie wordt de triage door een mobiel team gedaan. Supertof toch? Misschien moeten we wel los van die gebouwen komen. Ik denk graag *out of the box*. Dat we niet de patiënt laten reizen, maar dat wij als zorgprofessionals gaan reizen.’

GOEDE KETENZORG

Martijn: ‘Met e-health kan er zo veel samen, kan de ketenzorg nog zo veel beter worden. We kunnen het hebben over een sterkere

ziekenhuisrevalidatie, maar ik denk dat we het veel breder moeten trekken. De zorg voor ALS is een heel mooi voorbeeld van goede ketenzorg. Ziekenhuizen, revalidatie-instellingen en ALS-centra werken heel goed samen voor de juiste zorg op de juiste plek.

‘Werk gewoon samen vanuit een horizontaal evenwicht’

En ik denk dat er ook prima een deel van de revalidatiezorg in de eerste lijn of digitaal kan plaatsvinden.’ Daarbij is er een belangrijke rol weggelegd voor revalidatiespecialisten, omdat zij kennis van het verwijsnetwerk hebben. Er zijn echter netwerken, zoals in de GGZ, die nog flink aangehaald mogen worden. Paulien: ‘Voor een patiënt die bij een CVA een depressie of gedragsstoornis krijgt is het nu heel moeilijk om een psychiater te vinden met affiniteit voor neuropsychiatrische stoornissen na hersenletsel. Een heel ander probleem zijn de domeindiscussies tussen medisch specialisten die nu soms voorkomen, waarbij specialismen over en weer claimen dat zij de belangrijkste medisch specialist op een bepaald terrein zijn. Dat gaat over belangen en financiën, maar gaat ons niet helpen om een zorgtransitie te bewerkstelligen. Werk gewoon samen vanuit een horizontaal evenwicht.’

OUDE WIJN

‘Ketenversterking, samenwerking en (her)waardering van het vak. De uitdagingen waar de ziekenhuisrevalidatie voor staat. Je zou door de toekomstblik en een wensenlijst bijna vergeten dat het eigenlijk heel goed gaat met de Nederlandse ziekenhuisrevalidatie’, wil Paulien benadrukken. ‘Zeker mondiaal gezien doen we het heel goed. We mogen trots zijn op ons vak. We hebben de flexibiliteit om aan te sluiten bij een profiel van een specifiek ziekenhuis. Momenteel zie je bewegingen als positieve gezondheid en reablement, maar voor ons als revalidatiespecialisten is dat oude wijn in nieuwe zakken. Wij hebben een keurig wetenschappelijk onderbouwd framework: het ICF-model. De nieuwe wijn is dat wij evidence based kijken hoe we op een doelmatige manier mensen kunnen behandelen. Door gebruik te maken van innovaties en patiënten te vragen wat ze nodig hebben om zelf weer de regie te kunnen voeren. Ik denk dat we daar behoorlijk goed in zijn.’ ←

RESULTATEN ENQUÊTE ZIEKENHUISREVALIDATIEARTSEN

Wat vinden ziekenhuisrevalidatieartsen van hun werk?

Revalidatieartsen die werken in het ziekenhuis waarderen het directe patiëntencontact, de samenwerking met andere medisch specialisten en de autonomie in kleine vakgroepen. Er zijn toch een aantal zaken die nog beter kunnen. Lees hieronder de resultaten van de enquête die in twee etappes is gehouden onder revalidatieartsen werkzaam in ziekenhuizen.



DRS. W. (WILLEMIJN) VAN GILS

Revalidatiearts Revalidatie Friesland

DR. E.TH. (ESTHER) KRUITWAGEN-VAN REENEN

Revalidatiearts UMC Utrecht

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

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



CORRESPONDENTIE

e.t.kruitwagen@umcutrecht.nl

Revalidatiezorg wordt steeds vaker onderdeel van een patiëntenzorgpad in het ziekenhuis. Het is duidelijk geworden dat revalidatiezorg helpt bij indicatiestelling tot herstel en zelfredzaamheid. Daarom zijn er laatste tien jaar steeds meer collega's werkzaam in het ziekenhuis. Er heeft een verschuiving plaatsgevonden van revalidatiecentrum (RC) naar ziekenhuis (ZH).

Leden van de werkgroep Ziekenhuisrevalidatie (WZR) van de VRA waren benieuwd naar de ervaringen van de collega's ten aanzien van de inbedding in het ziekenhuis en het werkplezier. Daarom

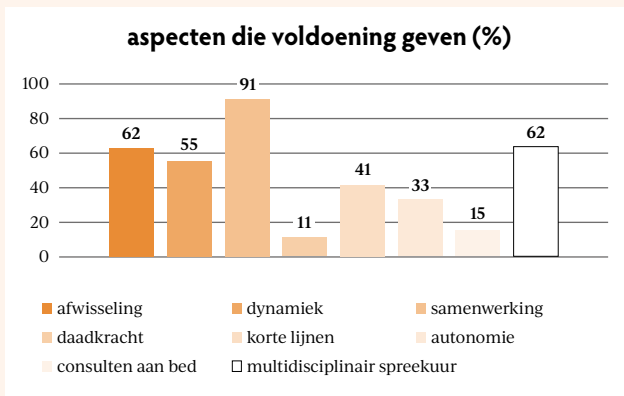
zette de WZR eind 2023 en begin 2024 een enquête uit onder ziekenhuisrevalidatieartsen. Het doel van deze enquêtes was het verkrijgen van inzicht in de werkomstandigheden van de collega's.

De enquête bestond uit twee etappes: de eerste etappe met 121 respondenten. De tweede etappe betrof een enquête met aanvullende vragen die opnieuw werd uitgezet onder alle leden en 148 respondenten opleverde. De vragen waren gericht op een aantal thema's, zoals organisatie, ervaren werkdruk, samenwerking, tevredenheid en verbetermogelijkheden. De respondenten waren afkomstig uit verschillende ziekenhuisomgevingen.

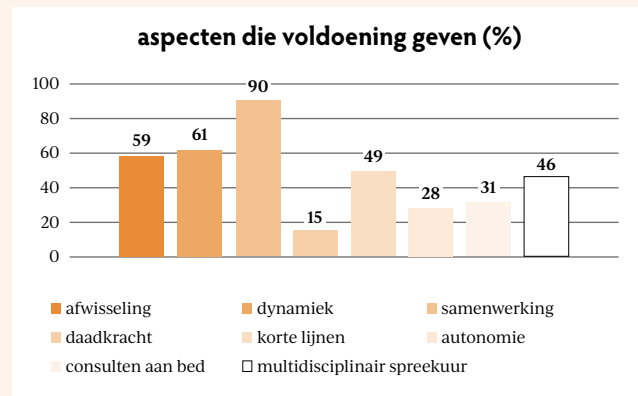
NB: In de enquêtes werd bij een aantal vragen onderscheid gemaakt tussen 'aanstelling ZH' versus 'aanstelling RC'.

UITKOMSTEN

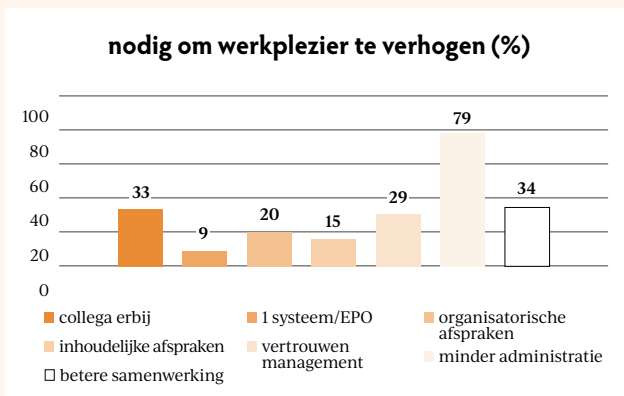
- Bijna 60% van de respondenten heeft een aanstelling in een ziekenhuis. Van de respondenten is 67% volwaardig lid van de medische staf van het ziekenhuis, 25% buitengewoon lid en 8% is geen lid van de medische staf. Maken we onderscheid tussen wel/geen detachering, dan scoren de artsen bijna even hoog als het gaat om lidmaatschap staf: 81% versus 74% (ZH versus gedetacheerd uit RC).
- 82% van de respondenten heeft een revalidatieteam tot zijn beschikking, hetgeen grotendeels wordt ingezet voor poliklinische revalidatiebehandeling (PRB). 74% van collega's in 'aanstelling RC' biedt PRB aan in het ziekenhuis. Slechts bij 22% wordt daarover gerapporteerd in het elektronisch patiëntendossier (EPD) van het ziekenhuis. Consulten aan bed echter zijn bij 99% in het EPD te lezen, bij zowel 'aanstelling ZH' als 'aanstelling RC'. →



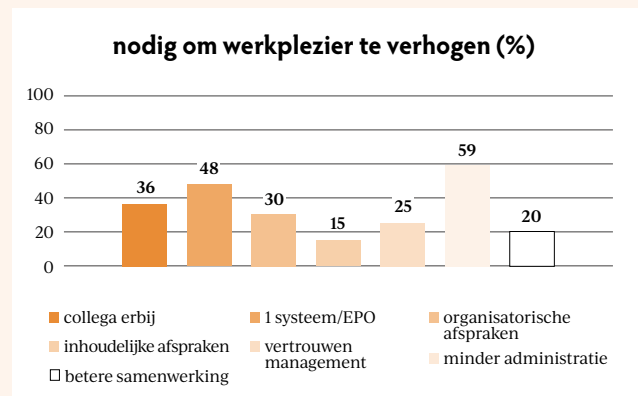
Figuur 1. Aspecten die voldoening geven in percentages (aanstelling ziekenhuis).



Figuur 2. Aspecten die voldoening geven in percentages (aanstelling revalidatiecentrum).



Figuur 3. Wat is nodig om werkplezier te verhogen (aanstelling ziekenhuis)?



Figuur 4. Wat is nodig om werkplezier te verhogen (aanstelling revalidatiecentrum)?

- Ruim 70% werkt in een opleidingsziekenhuis en geeft in dit kader supervisie aan arts-assistenten, coassistenten en/of physician assistants (PA)/verpleegkundig specialisten (VS) in opleiding.
- De tevredenheid onder ziekenhuisrevalidatieartsen is hoog (76%), vooral dankzij het directe patiëntencontact, samenwerking met andere specialismen en autonomie in kleine vakgroepen.
- De werkdruk wordt gemiddeld (43%) tot hoog (50%) ervaren. Het aantal overuren dat gemaakt wordt varieert van 0-2 uur bij 31,5% van de artsen tot >10 uur bij 17% van de artsen.
- Respondenten benoemen dat er meer aandacht voor de rol van de ziekenhuisrevalidatie moet zijn in de VRA-behandelkaders.
- Er is behoefte aan betere zichtbaarheid in het ziekenhuis-EPD, zoals zichtbaarheid van de correspondentie van de revalidatiearts wanneer in het revalidatie-EPD van het revalidatiecentrum wordt gewerkt. Dit wordt aangemerkt als een uitdaging, naast de administratieve taken die tevens als tijdrovend worden ervaren.

Hoewel 99% van de respondenten toegang heeft tot het ziekenhuis-EPD, zijn er uitdagingen met betrekking tot het werken met meerdere EPD's. Er zijn 44 mensen (= 36%) uit de eerste enquête, die werken in zowel het EPD van het revalidatiecentrum, als het EPD van het ziekenhuis. Dit wordt door veel collega's als onhandig of onwenselijk beschouwd.

- Collega's met 'aanstelling RC' scoren lager op de vraag: 'Uw werk komt terug in het jaarplan van het ziekenhuis waar uw afdeling toe behoort': 49% versus 84% bij 'aanstelling ZH'. Daarbij staan ziekenhuisonderwerpen slechts bij 43% van 'aanstelling RC' regelmatig op de agenda van de stafvergadering in het revalidatiecentrum.

AANBEVELINGEN

- Los van het feit of iemand gedetacheerd is, moet deze collega toegang hebben tot het EPD van het ziekenhuis en alle werkzaamheden kunnen registreren in het ziekenhuis-EPD. Bij de

keuze voor een EPD in het centrum, moet connectie met de EPD van het ziekenhuis een voorwaarde zijn. Dit zou ook de ervaren administratielast verlagen.

- Het is wenselijk dat revalidatieartsen in de ziekenhuizen (volwaardig) lid zijn van de medische staf aldaar.
- Binnen de VRA-behandelkaders moet inbedding in ziekenhuisrevalidatie een vast aandachtspunt zijn.
- Er moet voldoende formatie en/of ondersteuning zijn om zowel klinische taken, als neventaken - zoals onderzoek, opleiding en borgen van kwaliteit - effectief uit te voeren. Revalidatieartsen en lokale managers moeten zich ten doel stellen om de kennis over en aandacht voor het werk van ziekenhuisrevalidatieartsen in het ziekenhuis bij het management van het ziekenhuis en/of het revalidatiecentrum constant *up to date* te houden.
- De werkzaamheden van de ziekenhuisrevalidatiegeneeskunde moeten een vaste plek krijgen in het jaarplan van het revalidatiecentrum indien het centrum collega's detacheert naar het ziekenhuis.

- Ziekenhuisonderwerpen moeten een vaste plek krijgen op de agenda van het stafoverleg in het revalidatiecentrum bij detachering vanuit het revalidatiecentrum naar ziekenhuis.
- Verschuiving van revalidatiegeneeskunde naar het ziekenhuis biedt kansen om revalidatiezorg meteen integraal onderdeel te laten zijn in het patiëntenzorgpad met een focus op indicatiestelling tot herstel en tot zelfredzaamheid. ←

DANKWOORD

Met dank aan Maaïke Harmsen en Özlem Yücel.

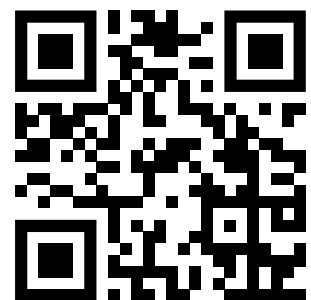
Advertentie

Wilt u adverteren in het Nederlands Tijdschrift voor Revalidatiegeneeskunde?

Bekijk alle mogelijkheden via www.performis.nl/adverteren

Of neem direct contact op met:

Sjuul Martin
Accountmanager
06-24456179
sjuul@performis.nl



De unieke rol van de revalidatiearts binnen een expertisecentrum van een UMC

Binnen de universitair medische centra (UMC's) zijn er specifieke ExpertiseCentra voor Zeldzame Aandoeningen (ECZA's) die door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) zijn erkend. Een ECZA richt zich op zeldzame aandoeningen die bij minder dan 1 per 2.000 personen voorkomen. Aan deze ECZA-toekenning zitten specifieke eisen voor patiëntenzorg, wetenschappelijk onderzoek en onderwijs en kent een strenge selectieprocedure. Hiermee onderscheidt een ECZA zich van andere expertisecentra binnen de revalidatiegeneeskunde.¹ Dit artikel gaat in op de rol van een revalidatiearts binnen een ECZA.



DR. A.C. (ANNERIEKE) VAN GROENESTIJN

Revalidatiearts Amsterdam UMC

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

Revalidatiearts en hoogleraar Radboudumc

DR. E.TH. (ESTHER) KRUITWAGEN-VAN REENEN

Revalidatiearts UMC Utrecht



CORRESPONDENTIE

Jan.groothuis@radboudumc.nl

In Nederland zijn alle UMC's, met uitzondering van Groningen, een ECZA voor spierziekten in het algemeen en per UMC zijn er diagnosespecifieke ECZA's, deels in samenwerking. Een ECZA is een multidisciplinaire en -specialistische samenwerking waarbinnen patiëntenzorg, wetenschappelijk onderzoek en onderwijs worden gecombineerd binnen een bepaalde zeldzame diagnose(groep). Met als doel specifieke kennis te concentreren en uit te dragen, richtlijnen op te stellen, registraties te beheren en nieuwe onderzoeken te initiëren, inclusief medicatietrials.

HOE WERKT EEN EXPERTISECENTRUM VOOR SPIERZIEKTEN?

Patiënten met (een verdenking op) een spierziekte worden in Nederland verwezen naar een UMC in de regio voor verdere analyse en diagnostiek. Afhankelijk van de diagnose (er zijn meer dan 600 verschillende spierziekten) worden zij doorverwezen naar een specifiek ECZA.

Over het algemeen betreft het een progressieve aandoening waarvoor geen medicatie bestaat. De revalidatiebehandeling binnen één van de gespecialiseerde teams voor spierziekten, richt zich daarom op symptoombestrijding en in toenemende mate op preventie van symptomen.

In de expertisecentra voor onder andere facioscapulohumerale spierdystrofie (FSHD), Duchenne spierdystrofie, myotone dystrofie, postpoliosyndroom (PPS) en spinale spieratrofie (SMA) worden patiënten jaarlijks gezien voor een evaluatiemoment. Vaak vindt dit plaats in een multidisciplinaire setting. Daarna wordt in overleg met de patiënt een behandeladvies opgesteld, vaak uit te voeren in de thuisomgeving, al dan niet met ondersteuning van eerstelijns behandelaren, of in het lokale spierziektenrevalidatieteam in ziekenhuis of revalidatiecentrum. Deze beoordeling vindt over het algemeen plaats op één dag, die als zeer waardevol, maar ook als intensief wordt ervaren.

Het ECZA fungeert daarnaast als vraagbaak voor zowel patiënten zelf, als voor collega-behandelaren in het land, met vragen over de specifieke spierziekte of spierziekten in het algemeen.

Meer informatie over ECZA



www.rijksoverheid.nl



www.spierziektencentrum.nl

WAAROM IS WERKEN IN EEN EXPERTISECENTRUM VOOR SPIERZIEKTEN ZO LEUK?

Je werkt binnen een hooggespecialiseerd multidisciplinair en -specialistisch team dat zich volledig toelegt op het verbeteren van de zorg voor patiënten met spierziekten. Het behandelen van deze patiënten is uitdagend vanwege de progressieve aard van de aandoening. Met jouw expertise draag je bij aan het optimaliseren van hun kwaliteit van leven, wat zowel professioneel als persoonlijk veel voldoening geeft. Daarbij bevordert het jaarlijks terugzien van patiënten het opbouwen van een sterke en waardevolle behandelrelatie tussen jou en je patiënten.

Aangezien het om zeldzame aandoeningen gaat, is het vaak voor het eerst dat de patiënt zich herkend voelt in wat er aan hem of haar verteld wordt. Informatievoorziening aan de patiënt en zijn naasten is dan ook een belangrijk onderdeel van een ECZA. Bovendien kunnen behandelingen die elders niet mogelijk of haalbaar zijn binnen een ECZA vaak wel worden gerealiseerd.

Het werk biedt voor de revalidatiearts persoonlijke ontwikkeling met superspecialisatie in spierziekten. Hierdoor kun je je kennis verdiepen en een leidende (inter)nationale rol spelen in de zorg en behandeling van patiënten met deze aandoeningen. De combinatie van de nieuwste medische inzichten en technologieën maakt je werk dynamisch en inspirerend. Daarnaast is de integratie van patiëntenzorg met wetenschappelijk onderzoek en onderwijs uiteraard een belangrijke factor in het met plezier werken binnen een ECZA en in een UMC. De nieuwe vragen, verwonderingen en inzichten die hieruit voortvloeien stimuleren professionele groei. Bovendien is geen enkele dag hetzelfde, waardoor je nooit precies weet hoe je werkdag zal verlopen.

De ontwikkelingen in het spierziektenveld zijn de afgelopen jaren in een stroomversnelling geraakt dankzij verbeterde genetische diagnostiek en nieuwe behandelopties. Omdat veel spierziekten een genetische basis hebben, zijn ze ook aantrekkelijk voor farmaceutische bedrijven om gerichte therapieën te ontwikkelen. Er vindt momenteel veel vooruitgang plaats op het gebied van medicijnontwikkeling, inclusief onderzoek met patiënten. Aangezien wij als revalidatieartsen experts zijn in functionele uitkomstmaten, spelen wij een belangrijke rol in ontwikkelingen betreffende medicatiestudies met patiënten.

Met de verbeterende zorg voor spierziekten in het algemeen en de komst van medicamenteuze behandelingen voor enkele specifieke diagnoses, veranderen de vragen van patiënten. Ze leven langer en ervaren klachten of symptomen die eerder onbekend waren. Een belangrijke taak van een ECZA is het signaleren van deze ontwikkelingen en nadenken over specifieke behandelingen hiervoor. Naast medicatie-ontwikkeling (*cure*), of juist dankzij deze vooruitgang,

blijft multidisciplinaire revalidatie (*care*) een cruciaal onderdeel van de zorg voor patiënten met spierziekten. Ook bij een langere overleving of het vertragen van het ziekteproces blijft revalidatie essentieel. Zelfs als het in de toekomst mogelijk wordt om achteruitgang bij spierziekten volledig te stoppen, zijn er vaak al onomkeerbare stoornissen ontstaan.

De multispecialistische samenwerking, met name met de neurologie, maar bijvoorbeeld ook met klinische genetica, orthopedie, intensive care en anesthesie, biedt dagelijks kansen voor leren en ontwikkelen. Door de inbreng van specifieke kennis vanuit elk specialisme komen we samen tot een individueel behandelplan, wat bijdraagt aan de opbouw van je kennis en vaardigheden. Het netwerk van in spierziekten gespecialiseerde collega's is relatief klein, waardoor de spierziekten-revalidatieartsen elkaar landelijk eenvoudig kunnen bereiken.

'Het jaarlijks terugzien van patiënten bevordert het opbouwen van een sterke en waardevolle behandelrelatie'

Er is ook een (inter)nationale samenwerking binnen de zeldzame aandoeningen, in zogenoemde Europese referentienetwerken (ERN). Dit stelt ons in staat om snel contact te leggen en overleg te voeren over vergelijkbare vraagstukken die wereldwijd spelen. Nederland fungeert vaak als voorbeeld voor andere landen dankzij onze organisatie van de spierziektenzorg.

Belangrijk is ook de uitwisseling van kennis naar de collega's in revalidatiecentra en de eerste lijn. Zowel via scholing als overleg kunnen we met elkaar de zorg verbeteren en afgewogen keuzes maken over het al dan niet verwijzen van een patiënt naar een ECZA (op afstand). Aangezien de behandeling van de patiënten vaak niet in een ECZA plaatsvindt zijn adequate spierziekte-revalidatieteams en gespecialiseerde eerstelijns behandelaren noodzakelijk. Binnen het project Spierziekten zorgnetwerk, onder leiding van collega Nicole Voet, wordt hier de komende jaren verder vorm aan gegeven. In nauwe samenwerking met de spierziektenrevalidatieteams en de werkgroep spierziekten (WNMA) van de VRA. ←

Referentie

1. <https://www.revalidatie.nl/ntr/expertisecentra-in-de-revalidatiezorg-nu-en-in-de-toekomst/>

Werk aan de winkel voor de revalidatiegeneeskunde

De toekomst van de ambulante revalidatiegeneeskunde ligt in toenemende mate in het versterken van de positie in de ziekenhuizen, die zich immers steeds nadrukkelijker toeleggen op complexe patiënten. De revalidatiebehandeling is hierbij flexibel en geïndividualiseerd, vaak transmuraal en vindt plaats in samenhang met andere (para)medische disciplines en met de eerste lijn.



PROF. DR. F. (FRANS) NOLLET

Revalidatiearts a.i. LUMC, afdeling revalidatiegeneeskunde; emeritus hoogleraar Amsterdam UMC, afdeling revalidatiegeneeskunde



CORRESPONDENTIE

f.nollet@amsterdamumc.nl

Revalidatiegeneeskunde wordt uitgeoefend in revalidatiecentra en ziekenhuizen. Volgens het laatste brancherapport van Revalidatie Nederland met cijfers over 2021 omvat de ziekenhuisrevalidatie inclusief de universitair medische centra slechts 12,5% van de totale revalidatiezorgomzet van 737 miljoen euro.¹ Dit oogt bescheiden. Toch wordt maar liefst 65% van de totale omzet behaald uit poliklinische behandelingen en consulten. Revalidatiegeneeskunde wordt dus voor het grootste gedeelte ambulant uitgeoefend. Inzicht in de precieze aard en omvang van het werk in ziekenhuizen is onmogelijk, omdat in veel ziekenhuizen de revalidatiegeneeskunde vanuit revalidatiecentra wordt ingevuld. De poliklinische revalidatiebehandelingen worden dan door de revalidatiecentra gedeclareerd.

HET IS MEER DAN CONSULTEN DOEN

Het belang van een goede invulling van revalidatiegeneeskunde in ziekenhuizen kan niet worden overschat. De belangrijkste taak van de revalidatiearts in het ziekenhuis is niet het vangen en verwijzen van patiënten voor klinische of poliklinische medisch specialistische revalidatiebehandeling in revalidatiecentra. De essentie van ziekenhuisrevalidatie is veel breder en omvat het (mede)behandelen van klinische en poliklinische patiënten, veelal in interdisciplinaire samenwerking. De conclusie in het brancherapport dat

'ziekenhuizen en revalidatiecentra relatief veel patiënten alleen consultair zien' is dan ook voorbarig en een impliciete onderschatting van wat ziekenhuisrevalidatie behelst.

Tijdens opname in het ziekenhuis betreft dit vroege interventies gericht op het voorkomen van complicaties en het bespoedigen van herstel ter voorbereiding op de juiste ontslagbestemming. Maar ook het participeren in multidisciplinaire besprekingen waarin het behandelbeleid wordt bepaald, is van grote waarde. Zoals bij de beslissing om wel of niet te amputeren bij ernstig letsel of over het al dan niet voortzetten van de behandeling bij kritisch zieke patiënten op de intensive care of bij hoge dwarslaesies. Logischerwijs vergt dit 24/7 bereikbaarheid van revalidatieartsen, zeker in level 1 traumacentra. Toch is dit thans niet de gangbare praktijk.

SAMENWERKING EN KORTE LIJNEN

Patiënten die tevens behandeling van andere specialisten behoeven zijn erbij gebaat hun poliklinische revalidatiezorg in het ziekenhuis te krijgen. Denk hierbij aan uiteenlopende problematiek zoals spierziekten, (hand)letsels, diabetische voetproblemen, of

'Wij moeten een tegengeluid laten horen tegen het dominante curatieve denken'

kinderen met cerebrale parese of plexusletsels. Betrokkenheid van internisten, neurologen, orthopedisch chirurgen, neurochirurgen, longartsen, MDL-artsen, KNO-artsen, enzovoorts, is voor veel van deze patiënten nodig. Korte lijnen zijn dan van belang om tot goed afgestemde behandelingen te komen waarbij de patiënt centraal staat.

De deskundigheid van de revalidatiearts over het functioneren van de patiënt en de mogelijkheid hierop te interveniëren door middel



van (multidisciplinaire) revalidatiebehandeling vormen een essentieel onderdeel van goede zorg, bij voorkeur in samenwerking met de eerste en tweede lijn, bijvoorbeeld door fysiotherapie in de buurt te laten plaatsvinden. Dit vereist dus intra- en transmurale samenwerking en netwerkvorming en sluit aan bij de ambities van het Integraal Zorgakkoord (IZA), voor zover dit nog relevant is.

GEÏNDIVIDUALISEERDE EN FLEXIBELE ZORG

De tendens is om behandelingen te standaardiseren in zorgpaden en zorgproducten. Niettemin behoeven veel patiënten in ziekenhuizen niet-planbare revalidatiezorg. Denk aan de ALS-patiënt met een acute zorgvraag, de patiënt met een nieuw diabetisch ulcus of de patiënt die wel zijn voorzieningen op orde heeft maar psychisch vastloopt. Deze patiënten worden doorgaans langdurig gevolgd of periodiek opnieuw verwezen en hebben dan kortdurende op de persoon gerichte interventies nodig. De organisatorische uitdaging is dan om snel en flexibel deze zorg te kunnen leveren. En daarbij niet naar het vullen van mandjes te kijken. Dat zou echt verboden moeten worden. De patiënt krijgt wat hij of zij nodig heeft, niet anders, niet meer en niet minder. Dát is doelmatige revalidatiezorg.

De huidige ontwikkelingen in de zorg waarbij diagnoses leidend zijn in waar ziekenhuizen zich op toeleggen, heeft als groot nadeel dat patiënten, afhankelijk van wat zij mankeren, worden opgedeeld over meerdere ziekenhuizen. Dit belemmert samenhangende zorg waarbij veel patiënten die kampen met multimorbiditeit gebaat zouden zijn. Immers elk specialisme houdt zich bezig met het eigen afzonderlijke probleem en is nauwelijks

gericht op de samenhang, laat staan op het behoud of verbeteren van het dagelijks functioneren. En juist op dit gebied hebben patiënten veel hulpvragen die onvoldoende in samenhang worden beantwoord.

FOCUS OP FUNCTIONEREN

Er is dus werk aan de winkel voor de revalidatiegeneeskunde, niet alleen in de zorg maar ook om een tegengeluid te laten horen tegen het dominante curatieve denken. Voor mensen met meerdere aandoeningen tegelijkertijd die chronisch zijn, dient de zorg gericht te zijn op behoud van zelfstandig functioneren en kwaliteit van leven. Dat gaat verder dan het periodiek controleren van de bloeddruk, HbA1Cm, cholesterol of medicatie. Door de zorg rond patiënten met multimorbiditeit interdisciplinair te organiseren met focus op het zelfstandig functioneren, is de zorg wellicht toekomstbestendig te maken onder de toekomstige dreiging van het zorginfarct. Revalidatieartsen en hun team, en bij ouderen ook geriaters, zouden een nadrukkelijke rol in deze zorgteams dienen te hebben.

POSITIE VERDER VERSTERKEN

Lang niet in alle ziekenhuizen is de revalidatiegeneeskunde adequaat ingevuld met een goede bezetting van revalidatieartsen en een multidisciplinair behandelteam. Dit zou wel moeten. Het kan niet zo zijn dat in het ene (academische) ziekenhuis de revalidatiegeneeskunde wel sterk is en in het andere ziekenhuis zwak of afwezig. De wijze waarop het wordt geconcretiseerd kan afhangen van de lokale situatie, zoals de afstand tot een revalidatiecentrum en/of verpleeghuis. Maar te allen tijde zal de revalidatiegeneeskunde moeten participeren in de zorg die klinisch en poliklinisch in het ziekenhuis wordt gegeven. De revalidatieartsen dienen daarbij deel uit te maken van de medische staf van het ziekenhuis om als volwaardig te worden beschouwd.

Om te excelleren heeft ons vak nog een weg te gaan naar de vorming en versterking van expertisecentra voor hoog-complexe zorg, waarin zorg en onderzoek plaatsvinden, ingebed in goede samenwerkingsverbanden. De beweging moet dus niet zijn om revalidatiezorg uit de ziekenhuizen te halen maar het tegenovergestelde. De revalidatiezorg in de ziekenhuizen moet verder worden versterkt. Daarmee kan de ziekenhuiszorg worden ontlast en de positie van ons vak worden verbeterd. Dat is een win-win. Dat moeten we dan wel gaan doen en de daarvoor benodigde beleidsmatige keuzes durven maken. ←

Referentie

1. <https://www.revalidatie.nl/brancherapport-revalidatie-2021/>

Vroege revalidatie op en na de IC: een nieuwe manier van denken?

Dit artikel pleit voor een actieve rol van de revalidatiearts bij de behandeling van patiënten op de IC. Door revalidatiegeneeskundige behandeling niet *na*, maar *naast* de medische IC-behandeling te laten plaatsvinden kunnen beide 'services' elkaar versterken bij het herstel van IC-patiënten.



DR. C.D. (CHANTAL) BAKKER

Revalidatiearts Máxima Medisch Centrum, Veldhoven

G.H. (GERMIJN) HEIJNEN

Senior Physician Assistant revalidatiegeneeskunde,
UMC Utrecht

DR. F.J. (ERIK) SLIM

Revalidatiearts Ziekenhuis Rivierenland, Tiel

DRS. M.P.M. (MARTIJN) DREMSEN

Revalidatiearts Zuyderland Medisch Centrum, Heerlen/
Sittard-Geleen

DR. M. (MARIKE) VAN DER SCHAAF

Onderzoeker Amsterdam UMC

Namens de WICR



CORRESPONDENTIE

chantal.bakker@mmc.nl

Revalidatiegeneeskunde houdt zich volgens de *Position Paper* van de VRA bezig met 'functionele diagnostiek, prognostiek en behandeling van patiënten met complexe problemen van motoriek en/of cognitie ten gevolge van een aangeboren dan wel verworven aandoening'.¹ Binnen de VRA is er discussie over welke groepen patiënten geïndiceerd mogen worden voor revalidatiebehandelingen. Maar voorop staat dat het gaat om mensen met ernstige beperkingen in het dagelijks leven waarbij er interactie is tussen verschillende domeinen. Er is een categorie van mensen die een hoog risico lopen om aan de bovengenoem-

de omschrijving te voldoen. Zij zijn bovendien gemakkelijk te herkennen: ze liggen bij elkaar op een afdeling, namelijk de intensive care (IC). Zoals recent al werd beschreven in het Nederlands Tijdschrift voor Revalidatiegeneeskunde (NTR) van juni 2024,² kan het post-intensive care syndroom (PICS) verregaande langetermijneffecten hebben.² Er kan sprake zijn van diverse fysieke beperkingen, cognitieve klachten, en mentale problemen. Deze stoornissen zijn gemakkelijk te plaatsen in het ICF-model.

Het is niet overall vanzelfsprekend dat de revalidatiearts betrokken is bij IC-patiënten, toch pleiten wij voor een vroege en actieve betrokkenheid bij tenminste een deel van deze patiëntengroep. Ongeveer 50% van de IC-patiënten vertoont na een jaar namelijk symptomen van PICS en vaak op meerdere domeinen.³ Vroege inschatting van het risico op PICS en het volgen van deze patiënten volgens de nieuwe richtlijn, mede vanuit de VRA opgesteld, zijn belangrijke redenen om al op de IC actief betrokken te zijn als revalidatieteam.⁴

Maar er zijn meer taken voor een revalidatiearts op de IC. Op veel IC's werkt men met (onderdelen van) de *ICU-liberation of A-F* bundel. Deze bundel bevat bewezen effectieve interventies om de ligduur te verkorten en om complicaties te verminderen. Deze interventies kunnen we onthouden met de eerste zes letters van het alfabet: pijnbeoordeling (*assessment*) en -behandeling, spontane ademhaling (*breathing*), keuze (*choice*) van pijnstilling en sedatie, delierbehandeling, vroege (*early*) mobilisatie en betrokkenheid van familie.⁵ Hoewel beslissingen over beademing en medicatie primair bij de intensivist liggen, kan de revalidatiearts waardevolle expertise toevoegen bij de uitvoering van de bundel. Vanuit onze kennis van hersenletsel kunnen we immers adviseren over niet-medicamenteuze opties voor delierbehandeling, afgestemd op de individuele patiënt. We ondersteunen ook bij vroege mobilisatie en het gebruik van hulpmiddelen. Daarnaast betrekken we actief de naasten bij de behandeling met ook aandacht voor hun emoties en hulpvragen. Dit gaat verder dan alleen informatie geven en behandelkeuzes



Alexandros Michailidis/Shutterstock.com

bespreken. Maar er zijn juist ook kansen om als revalidatiearts mee te denken over pijnbehandeling, beademing en sedatie. Wij kunnen daarbij persoonlijkheid, beleving en emoties expliciet meenemen vanuit een breder perspectief waarbij we de relevante interne en externe factoren op een rij hebben gezet. De *ICU-liberation* bundel is dus niet alleen preventie, maar ook een vorm van revalidatie op de IC.

'De behandelingen van de IC en van de revalidatiegeneeskunde versterken elkaar in het bereiken van hun doelen'

Deze benadering maakt een nauwe samenwerking tussen de teams van de IC en van de revalidatie mogelijk. Een interdisciplinaire behandeling afstemmen in een efficiënt MDO is voor ons vertrouwd terrein. Wade publiceerde een opiniërend artikel waarin hij revalidatiegeneeskunde beschrijft als een 'service' die parallel geboden wordt aan de 'medical service'.⁶ Deze termen laten zich niet makkelijk vertalen naar het Nederlands, maar de redenering erachter is wel van toepassing op ons land, en wordt bekrachtigd door de 'World Health Assembly resolution'.⁷ Revalidatiegeneeskunde zou niet *na*, maar *naast* de medische behandeling moeten plaatsvinden, tijdens de IC-opname en daarna. Deze beide 'services' versterken elkaar in het bereiken van hun doelen. Bij toepassing van de *ICU-liberation* bundel is deze interactie duidelijk herkenbaar.

Een andere uitdaging ligt in de overdracht van de IC naar de verpleegafdeling en na ontslag uit het ziekenhuis naar een andere instelling of naar de eerstelijnszorg. Hoewel overdracht binnen beroepsgroepen relatief eenvoudig lijkt, blijkt dat er behoefte is aan meer structurele overdracht.⁸ Tijdens een rondvraag bij de workshop Implementatie richtlijn IC nazorg en revalidatie op

DCRM 2023 werd hierin een rol voor de revalidatiearts gezien, bijvoorbeeld door het organiseren van MDO's. Voor kwetsbare patiënten is goede continuïteit van zorg en wederzijdse bereikbaarheid essentieel. Als specialist in zelfredzaamheid, eigen regie en maatschappelijke participatie, met bovendien een goed lokaal netwerk, kan de revalidatiearts zowel de patiënt als behandelaars adviseren. Het is daarbij belangrijk om niet te wachten tot iemand vastloopt en pas via een omweg ons specialisme bereikt.

De Werkgroep Revalidatie van patiënten met het post-Intensive Care Syndroom (WICR) van de VRA heeft als doel de revalidatiegeneeskundige behandeling van patiënten op en na de IC te optimaliseren. Daartoe wil zij bijdragen aan bewustwording, onderwijs en concrete behandelrichtlijnen en -kaders. De werkgroep werd opgericht in 2022 en heeft inmiddels een nauwe samenwerking met de Commissie 'IC Nazorg' van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC), met gezamenlijke bijeenkomsten. De activiteiten van de werkgroep voor de komende jaren zijn onder andere het opstellen van een behandelkader voor IC-revalidatie, kennisoverdracht over PICS binnen de basis cursus voor de aiossen revalidatiegeneeskunde en meeschrijven aan de NVIC-richtlijn 'ontwenning van beademing'.

Revalidatie op de IC vertegenwoordigt een nieuwe manier van zorg. Waar revalidatie vroeger pas na de acute fase begon, erkennen we nu de voordelen van vroege interventies.⁹ Door direct samen te werken, kunnen revalidatieartsen en IC-teams de herstelkansen van patiënten vergroten. Deze geïntegreerde aanpak is niet alleen vernieuwend, maar ook cruciaal voor betere patiëntuitkomsten. ←



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

Prikbord: Ziekenhuisrevalidatie

Via de nieuwsbrief vroeg de gastredactie van dit themanummer te reflecteren op het concept 'tijd',
'Tijd kan vliegen, lege agenda betekent niet direct een rustige dag... van alles kan gebeuren!'

De reacties hieronder laten verschillende beelden zien, wat typerend is voor ziekenhuisrevalidatie. Elke dag is anders en van te voren niet te voorspellen. Er is een gemene deler: de passie voor de rol als revalidatiearts in het ziekenhuis.



De revalidatiearts in het ziekenhuis

Em. prof. dr. G.M. (Clemens) Rommers, revalidatiearts MUMC

De revalidatiearts in het ziekenhuis speelt een cruciale rol in het herstelproces van patiënten. Door **samenwerken** met medisch specialisten en een **interdisciplinair** team zoals fysiotherapeuten, ergotherapeuten en psychologen, zorgt de revalidatiearts voor een integrale benadering van zorg. **Zichtbaarheid in de organisatie** is essentieel, zodat iedereen weet waar de revalidatiearts voor staat: het bevorderen van herstel en kwaliteit van leven.

Als **ambassadeur** van het vak, inspireert de revalidatiearts collega's en patiënten door zijn of haar kennis van zaken en expertise.

De revalidatiearts **staat voor zijn vak** en zet zich in voor de beste zorg voor elke patiënt in de complexe ziekenhuisomgeving. Revalidatiearts in het ziekenhuis: een uitdaging!



Ziekenhuisrevalidatie is eigenlijk nooit saai

Mercèdès Vossenbergh-Terlaak, revalidatiearts Máxima MC, Veldhoven



En ziekenhuisrevalidatie is ook niet voorspelbaar. De gesprekken zijn een gevarieerde, stabiele basis, net als de geplande MDO's. Bij veel andere taken moet je maar afwachten wat er per dag komt: één consult of vier, een rustige middag qua telefoon of elk kwartier gebeld worden. Even afstemmen met fysiotherapeut A, ergotherapeut B of langslipen bij de logopedist. Overleggen met het revalidatiecentrum over een complexe casus. Drie pogingen om een huisarts te bereiken. Proberen een patiënt gelijktijdig bij drie specialisten én schoenmaker te krijgen in volle agenda's. Maar nu eerst een spoedconsult pre-amputatie. De administratie komt vanavond wel.

Ziekenhuisrevalidatie: never a dull moment in the academy!

Linda van der Schriek, revalidatiearts UMC Utrecht

Recent kreeg ik een e-mail van de traumachirurg met de vraag of we op korte termijn enkele Oekraïense soldaten konden zien. Zij waren op dat moment nog in Oekraïne, maar werden eerst schriftelijk beoordeeld bij een hulpvraag op het gebied van prothesevoorziening bij complexe amputaties bij multitrauma. Binnen één week werd een gezamenlijk spreekuur georganiseerd. Door goede organisatie vooraf was er een tolk aanwezig en konden wij efficiënt de patiënten in kaart brengen om vervolgens in de regio de revalidatiezorg te organiseren. Na een regulier spreekuur te draaien, eindigde de ochtend met een digitaal MDO over een complexe pre-amputatiepatiënt om samen met de vaatchirurg, dermatoloog, infectieziekten en plastisch chirurgie te overleggen over het pre-operatieve plan van aanpak, de aandachtspunten tijdens de operatie (amputatiehoogte, TMR-procedure) en de post-operatieve aandachtspunten. Een mooie ochtend samenwerken binnen en buiten het ziekenhuis.



Snelle samenwerking en korte lijnen

Angela Veerman, (kinder)revalidatiearts Dijklander ziekenhuis

Ziekenhuisrevalidatie draait om snelle samenwerking en korte lijnen, iets wat ik al in mijn eerste week als revalidatiearts merkte. Toen een patiënte na een polsoperatie met een ontstoken wond terugkwam, moesten we snel schakelen. De plastisch chirurg zat in een operatie, de wondverpleegkundige was druk, maar gelukkig kon ik een SEH-arts bereiken die direct meedacht. Samen zorgden we dat de patiënte verder geholpen werd. Later die dag zag ik dezelfde SEH-arts tijdens een BHV-cursus, klaar om - dit keer letterlijk - een brandje te blussen. Binnen de ziekenhuisrevalidatie is iedere dag dynamisch, vol onverwachte situaties en teamwork op z'n best.



Tijd

Nicole Voet, revalidatiearts en senior onderzoeker Klimmendaal

Tijd lijkt binnen de revalidatiegeneeskunde geen grote rol te spelen, maar de werkelijkheid is anders. Ik denk aan de man die na een CVA zijn baan kwijtraakte door gedragsproblemen, zijn villa verloor omdat hij geen levensverzekering kon afsluiten, en na zijn gedwongen verhuizing zijn relatie zag stuklopen en zijn vrienden weglopen. Had ik hem eerder gezien dan had ik kunnen helpen. We moeten zorgen dat we als revalidatiearts zichtbaar zijn voor patiënten en collega's. Als revalidatiearts kan ik de tijd niet terugdraaien, maar stilzetten en perspectief bieden wel. Elke seconde in de revalidatiegeneeskunde is van (levens)belang.

INTERVIEW MET ESTHER KRUITWAGEN, VOORZITTER WZR (VRA),
EN REMKO VERHAGEN, VOORZITTER WZR (RN)

'De ziekenhuisrevalidatiearts als spin in het web'

Zowel de VRA als Revalidatie Nederland kennen een werkgroep ziekenhuisrevalidatie (WZR). Twee werkgroepen met dezelfde naam, die ook nog heel goed samenwerken. Dit interview met de voorzitters van beide werkgroepen gaat over de activiteiten tot nu - en de ambities voor de toekomst om de ziekenhuisrevalidatie een steviger positie te geven in het ziekenhuis en daarbuiten.



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

De ziekenhuisrevalidatie heeft zich sterk ontwikkeld en speelt inmiddels een belangrijke rol in de coördinatie van de revalidatiezorg. Vroeger, inmiddels bijna 70 jaar geleden, toen de VRA net was opgericht, speelde de revalidatiegeneeskunde zich voornamelijk af in afgelegen revalidatiecentra. Tijden zijn veranderd. Inmiddels werkt meer dan de helft van de revalidatieartsen in een ziekenhuis, al dan niet gecombineerd met een functie in het revalidatiecentrum. De ziekenhuisrevalidatieartsen zien andere categorieën patiënten dan de revalidatieartsen in het revalidatiecentrum en begeleiden patiënten kortdurend en in korte behandeltrajecten. Ook zijn de ziekenhuisrevalidatieartsen ervoor verantwoordelijk dat klinische patiënten met een revalidatievraag de juiste revalidatiezorg of verwijzing krijgen. Zo hebben ze een centrale rol in de revalidatiesector.

De werkgroep ziekenhuisrevalidatie (WZR) van de VRA speelt een belangrijke faciliterende rol bij de ontwikkeling van de ziekenhuisrevalidatiezorg. Naast de VRA kent branchevereniging Revalidatie Nederland (RN) ook een werkgroep ziekenhuisrevalidatie (WZR). Beide werkgroepen streven dezelfde doelen na, namelijk het optimaliseren van de ziekenhuisrevalidatiezorg. Hierbij trekken zij samen op en organiseren sinds drie jaar - naast de eigen

Esther Kruitwagen

Voorzitter WZR (VRA), revalidatiearts, verbonden aan het UMC Utrecht met als aandachtsgebied zorg voor mensen met een spierziekte, met name ALS/SMA. In 2021 promoveerde ze aan de Universiteit Utrecht op het proefschrift getiteld *Health-related quality of life and participation of adult patients with spinal muscular atrophy and patients with amyotrophic lateral sclerosis*.



vergaderingen - ook gezamenlijke bijeenkomsten voor de werkgroepleden. Waarbij de WZR van de VRA de focus heeft op de zorginhoud en het vak van de arts, kijkt de WZR van RN naar de bedrijfskundige effecten ervan.

Anke Meester sprak met beide voorzitters.

Wat doen beide werkgroepen ziekenhuisrevalidatie voor de ziekenhuisrevalidatie?

Esther: 'De doelstelling van de WZR (VRA) is heel breed. De werkgroep zet zich in voor een optimale positie van de ziekenhuisrevalidatie zowel op het gebied van patiëntenzorg als onderzoek en onderwijs. De WZR levert daarbij een platform voor vragen over de praktijk voor ziekenhuisrevalidatieartsen en organiseert vakinhoudelijke bijscholing over onderwerpen als diabetische

'De kennis van de revalidatieartsen zou breder moeten worden ingezet bij andere poortvakken'

voetenzorg, dwarslaesiezorg in het ziekenhuis en post IC-zorg. En *last but not least:* de WZR geeft gevraagd en ongevraagd advies aan het VRA-bestuur.'

Remko: 'Er gebeurt veel in het zorglandschap. De WZR (RN) zet zich in voor de revalidatieartsen in ziekenhuizen, zodat zij invulling kunnen geven aan hun centrale rol in de revalidatiesector. Een praktisch voorbeeld wat op de agenda staat is het delen van kennis over de registratieregels of de financiering van de zorg in ziekenhuizen, want het blijkt dat er verschil is in hoe ziekenhuizen met de revalidatieartsen en paramedici werken en dus ook verschil in registratie plus omzet. Meer gelet op de toekomst zien we graag dat de kennis van de revalidatieartsen breder wordt ingezet bij andere poortvakken zodat de patiënt tijdig de juiste zorg kan krijgen, herstel wordt bevorderd en er snelle uitstroom naar de juiste plek kan zijn.'

Waar hebben de werkgroepen de afgelopen jaren aan gewerkt?

Remko: 'Vanaf de start van de samenwerking hebben we gewerkt aan een gezamenlijke visie op ziekenhuisrevalidatie. Een profileringdocument waarmee een ziekenhuisrevalidatiearts en het management geholpen worden om een steviger plek te krijgen binnen het ziekenhuis. Elk ziekenhuis kan dit document letterlijk onder de arm meenemen en nagaan welke ontwikkelpunten ze voor zichzelf zien.'

Remko Verhagen

Voorzitter WZR (RN), manager Zorg en Bedrijfsvoering bij het Spaarne Gasthuis van de zorggroep waar de revalidatiegeneeskunde onder valt. Hij studeerde Economie en Zorgmanagement aan de Erasmus Universiteit. Hij is tevens lid van de Raad van Toezicht van Wegwijs Amsterdam, een organisatie die Amsterdammers met mentale klachten zo snel mogelijk helpt naar de juiste ondersteuning, variërend van zorginstellingen tot en met het sociale domein.



Esther: 'We hebben gewerkt aan de thema's profilering, organisatie en onderwijs. Omdat ziekenhuispatiënten snel doorgaan naar de eerste lijn moeten ziekenhuisafdelingen goede transmurale netwerken hebben. Een ziekenhuisrevalidatiearts moet dus een netwerker zijn, en flexibel genoeg om diverse diagnosegroepen, met verschillende vakgroepen, te kunnen begeleiden; IC-zorg, diabetische voet, CVA, trauma, spierziektenzorg, alles passeert. Hoe leer je mensen flexibel te zijn en goed te communiceren met collega-specialisten en met eerste lijn? Dit zijn specifieke competenties waarin mensen geschoold moeten worden, maar waar je ook op moet selecteren. We hebben andere revalidatieartsen nodig dan 30 jaar geleden, toen nog bijna iedereen in het revalidatiecentrum werkte.'





Wat is het effect op het zorgaanbod van de revalidatiecentra als de ziekenhuisrevalidatie zich zo ontwikkelt?

Esther: ‘De afgelopen jaren is door collega’s regelmatig de vraag gesteld of wij minder verwijzen naar revalidatiecentra. Wij verwijzen niet minder patiënten, maar de patiënten die we verwijzen veranderen. Dat komt doordat de zorg verandert. Het gaat altijd om passende zorg en *precision medicine*. Goed voorbeeld is de CVA-zorg; patiënten met CVA zijn beter behandelbaar en hebben daarom geen intensieve en langdurige revalidatietrajecten meer nodig. De zorgpaden moeten steeds weer aangepast worden met als gevolg dat de verwijzlijnen veranderen en andere patiëntengroepen aangeboden worden voor klinische MSR. Zo hebben wij een signalerende rol als het gaat om veranderingen in de gezondheidszorg. Daarin moeten de revalidatiecentra dus ook meebewegen. Ik denk dat we op dat terrein nog wel wat te winnen hebben en regionale verschillen moeten uitbannen.’

Remko: ‘Goede samenwerking en op de hoogte zijn van elkaars aanbod en kwaliteiten op indicaties is cruciaal binnen de regio. Voor concurrentie hoeven we niet bang te zijn, want dit past sowieso niet in de zorg. En zeker niet als we bedenken dat de verwachting is dat we in de nabije toekomst een te grote zorgvraag

hebben in Nederland. Dus is samenwerking en denken in de hele keten een ‘*must*’! We krijgen anders de overvloed aan zorgvraag niet beantwoord en dat willen we niet laten gebeuren. Doelen moeten gericht zijn op de patiënt en niet op organisatievormen. De holistische kijk, waar de revalidatiesector zo sterk in is, en het betrekken van het sociale domein binnen van de revalidatie-

'Samenwerking en denken in de hele keten is een 'must'!

sector, zullen in de toekomst de sleutel zijn naar het blijven beantwoorden van de zorgvraag. Ziekenhuizen zullen in die ontwikkeling anders gaan verwijzen naar revalidatiecentra, en daar zijn we als sector zelf bij.

Is het wenselijk dat elke revalidatiearts die in een ziekenhuis werkt ook verbonden is aan een revalidatiecentrum?

Esther: ‘Nee, maar ik vind het wel wenselijk dat we binnen de regio goed op de hoogte zijn van elkaars mogelijkheden en dat iedere regio een revalidatievisie heeft, niet alleen opgesteld met het

revalidatiecentrum maar ook met de GRZ en de eerste lijn.'

Remko: 'Toegankelijkheid, kwaliteit en maatschappelijk aanvaardbare kosten zijn de thema's van het IZA (Integraal Zorgakkoord). Het goed op de hoogte zijn van wat er binnen de revalidatiezorg kan in de regio heeft alles te maken met deze thema's. Er was vóór het IZA van nature al een samenwerking tussen ziekenhuizen en revalidatiecentra. Een deel van onze patiënten stroomt immers door naar de centra en vice versa. Hierin zijn we elkaars partners.'

Is de revalidatiearts voldoende zichtbaar in de ziekenhuizen?

Esther: 'Deze vraag moeten we elkaar niet meer stellen. Het is eigenlijk ridicul dat zo'n vraag gesteld wordt. Zou je die ook aan een neuroloog stellen? We zijn zichtbaar en leveren goed werk, maar het kan altijd beter. Onze werkgroep heeft een enquête gehouden onder de revalidatieartsen die in academische en perifere ziekenhuizen werkzaam zijn, en onder de revalidatieartsen die in dienst zijn van het revalidatiecentrum en vanuit die positie in het ziekenhuis zijn gedetacheerd. Daar komt uit dat lang niet alle gedetacheerde revalidatieartsen toegang hebben tot het ziekenhuis-EPD, dat de revalidatiegeneeskunde niet altijd wordt genoemd in het jaarplan van het ziekenhuis en dat niet alle revalidatieartsen lid zijn van de medische staf van het ziekenhuis. Er liggen voor de ziekenhuisrevalidatieartsen dus meerdere uitdagingen. Het is van belang dat gedetacheerde dokters beter ondersteund worden in hun werk. Zichtbaarheid gaat om meer dan het doen van consulten, en meedraaien in MDO's. In ziekenhuisbrede projecten zijn wij door ons revalidatieperspectief juist enorm van meerwaarde. Zelf zit ik in een transmurale commissie voor netwerkzorg in het UMCU.

Dit stimuleert mij om onze positie realistisch en optimaal neer te zetten.'

Remko vult aan: 'Volwaardig lid zijn van de medische staf van het ziekenhuis vind ik wel een voorwaarde voor de zichtbaarheid van de revalidatieartsen. Kunnen meebeslissen op de beleidsmatige onderwerpen is evengoed van groot belang.'

Esther: 'We moeten dus meer op de zeepkist gaan staan. Zie ook het artikel van Marcel Levi in een vorige editie van NTR. Een verwijzing naar de revalidatiearts moet voor in het bewustzijn zitten van elke (potentiële) verwijzer. Revalidatie werkt aan verder herstel, maar ook herijking van iemands doelen en mogelijkheden.

Contact in een vroege fase is daarvoor heel relevant. De revalidatie moet de behandelresultaten concreet, meetbaar en zichtbaar maken voor andere behandelaren. Sta open voor deelname aan overkoepelende projecten in je ziekenhuis en daarbuiten.

We zoeken mensen die dit kunnen en willen.'

Remko: 'De zeepkist op en vertellen wat je doet. De inhoud van de zorg spreekt verder voor zichzelf, maar als je belangrijk bent moet je ook zorgen dat je gehoord wordt.'

Wat verwachten jullie van de VRA?

Esther: 'Inbedding in de ziekenhuisrevalidatie moet een vast aandachtspunt zijn binnen de VRA-behandelkaders. Het VRA-bestuur erkent de noodzaak om ziekenhuisrevalidatie beter te positioneren in onze vereniging en ondersteunt ons hierin. Ziekenhuisrevalidatie-onderwerpen moeten binnen de vereniging meer aandacht krijgen op bijvoorbeeld VRA-congressen. We moeten ook kritisch kijken naar de kwaliteitskaders die er zijn. Vooral voor de kleinere vakgroepen is het meestal moeilijk om daaraan te voldoen.'

'We moeten dus meer op de zeepkist gaan staan'

En wat kan RN bijdragen?

Remko: 'Kijkend naar de toenemende zorgvraag en de beperkte beschikbaarheid van zorgpersoneel, wordt er hard gewerkt om de continuïteit van onze zorg te borgen. Hiervoor is het belangrijk dat verzekeraars en beleidsmakers ons werkveld en prestaties kennen. Ook worden partijen van management, bestuurders en artsen gemobiliseerd om te kijken welke verbeteringen in de zorgprocessen helpend zijn om de toenemende zorgvraag aan te kunnen.

Verder kan gedacht worden aan het creëren van de juiste randvoorwaarden voor een productief en prettig werkklimaat, rekenmethodes voor formatie revalidatieartsen en makkelijke gegevensuitwisseling met andere zorgaanbieders. En wat de maatschappelijk aanvaardbare kosten betreft: een hoger niveau van participatie leidt in de eerste plaats tot een hogere kwaliteit van leven en vervolgens tot lagere maatschappelijke kosten omdat de patiënt zelfstandiger functioneert en ook minder zorg nodig heeft.

Wat is de rode draad in jullie boodschap?

Beiden: 'Ziekenhuisrevalidatie is een belangrijke speler in regiovisie, en daarin heeft de revalidatiearts in het ziekenhuis een centrale rol. En, we blijven doorgaan met het uitdragen van de toegevoegde waarde van de revalidatiegeneeskunde in een breed maatschappelijk perspectief.' ←

Geneesplezier in het ziekenhuis

Waar worden ziekenhuisrevalidatieartsen blij van, wat geeft ze voldoening? In onderstaande columns worden hier voorbeelden van gegeven. Ze zijn heel divers en raken verschillende thema's en rollen aan in zowel academische, topklinische als kleine ziekenhuizen. Er is één gemeenschappelijk deler: het enthousiasme voor de werkplek!

'Optimale zorg, maximale impact en kostenbewust: dat drijft mij!'

Een klinische patiënt moet zo snel mogelijk naar huis of naar een vervolgbestemming. Er is amper tijd en gelegenheid om functionele diagnostiek te doen en te starten met behandelen. Dat is een feit. Je doet wat je kan en pakt de ruimte die je hebt.

De ICF-methodiek is voor revalidatie ABC. Recent maakte ik de stap van een revalidatiecentrum naar een algemeen ziekenhuis. Tot mijn verbazing bevond ik mij daar opeens in het pre-ICF-tijdperk. Op dag twee van een opname van een afasiepatiënt vroeg ik waarom er geen logopedie was aangevraagd. Het antwoord was dat het niet *evidence based* is dat het direct starten van logopedie leidt tot een beter resultaat. Wij doen dit al jaren zo, dat gaat goed.

Inderdaad hoeft je niet direct starten met afasietherapie. Wel is het van belang dat er communicatieadviezen van de logopedie bijdragen aan het herstellen van communicatie van de patiënt met diens omgeving.

Mijn vraag was blijkbaar te direct. ICF introduceren was niet 'appeltje eitje'. Voor de neurologen toverden wij een konijn uit onze hoed in de vorm van het introduceren van een parallel DBC. Dat wil zeggen de start van een pilot waarin wij de regie over de revalidatiebehandeling hebben, tijdens de klinische opname door de neurologen.

De pilot is voor mij geslaagd als we samen met de neurologen, verpleging en paramedici de ICF-denkwijze gebruiken voor een snellere doorstroom door de hele keten. Wat weer resulteert in minder overbodige zorg, meer tevreden patiënten en een blijde dokter.

Anne Marie ter Steeg,
Revalidatiearts Spaarne Gasthuis

Huisschilder

Laatst zei een patiënt die in de wachtkamer zat tegen mij: 'Jij lacht ook altijd'. Nu ben ik van nature een vrolijk persoon maar ik heb ook oprecht plezier in het werk dat ik nu doe. Dat is niet altijd zo geweest en ik heb tijdens mijn opleiding regelmatig overwogen om te stoppen. Dan zat ik in de bus naar werk te bedenken wat ik dan zou willen doen. Huisschilder! Dat leek mij nou zo heerlijk. Een klein vast team, eigen regie, flauwe grappen maken, mensen op straat gedag zeggen, overzichtelijk maar ook afwisselend werk en een klus klaren met elkaar met een mooi resultaat.

Mijmeren over de dingen waar je blij van wordt, waar je energie van krijgt, geeft inzicht. Het bijzondere is dat ik mij nu beseft dat ik precies dié dingen heb gevonden in mijn huidige werk als revalidatiearts in een kleinschalige ziekenhuis. De schoonmaker die zowat zijn hand eraf zwaait als hij je ziet, het laagdrempelige contact tussen de specialisten (je móét elkaars voornaam wel weten anders vind je elkaar op de mail niet) en mijn eigen superenthousiaste team. Diversiteit aan diagnoses en werkzaamheden en vooral het gevoel van een 'eigen toko runnen' met mijn collega-revalidatiearts geeft een groot gevoel van autonomie/eigen regie. En die flauwe grappen die komen regelmatig voorbij op het 'vieze' voeten spreekuur, tijdens de pauzes en in het MDO neurologie. En die klus, die klaren we met elkaar!

Janny Hesse-van der Meer,
Revalidatiearts BovenIJ ziekenhuis

Het verschil

In de jaarlijkse onderwijscyclus voor coassistenten van ons ziekenhuis zit ook het onderdeel revalidatiegeneeskunde. Deze keer begeleid ik twee coassistenten die zich verdiept hebben in een patiënt met ernstig traumatisch hersenletsel, waarbij ik vanaf de eerste dag op de intensive care betrokken ben geweest. Het is gelukt om de patiënt ook bij dit onderwijs aanwezig te laten zijn, om zijn persoonlijke ervaringen met de coassistenten te delen. De twee coassistenten presenteren het indrukwekkende letsel van patiënt en zijn verblijf op de intensive care.

Er wordt geworsteld met het ICF-model, het is mooi om te zien dat het de coassistenten interactief lukt om alle domeinen van deze casus te vullen. Eén van de coassistenten vraagt zich af wat de revalidatiearts kan bijdragen in de vroege fase op de intensive care. Ik vertel dat er bij ernstig traumatisch hersenletsel vrij snel complicaties kunnen optreden die vaak door een revalidatiearts worden vastgesteld. Dit vraagt directe en vaak specifieke behandeling, omdat dit de uitkomst van het ziektebeeld beïnvloedt.

Patiënt vult aan dat - hoewel hij er zich niets van kan herinneren - hij van zijn familie terug heeft gehoord dat ze veel aan de revalidatiearts hebben gehad. Zijn familie vond het fijn dat ze vanaf het begin regelmatig op de hoogte werden gesteld van de situatie en het te verwachten herstel. Voor hemzelf was het een pluspunt dat hij, toen hij bij bewustzijn was, mee kon beslissen over wat er nodig zou zijn om het maximale eruit te halen.

De coassistenten raken geïnspireerd over wat de revalidatiearts allemaal kan betekenen. Tevreden sluiten we het onderwijs af en loop ik terug naar de poli. Wat is het toch een geweldig vak en dat we daarmee in het ziekenhuis het verschil kunnen maken.

*Jan Wagenaar,
Revalidatiearts Medisch Spectrum Twente*

Oploskoffie

De problemen met schrijven van een onderzoeksvoorstel zitten nog in mijn achterhoofd wanneer ik naar de klok in het hoekje van het computerscherm kijk. Het bijna elf uur, en we lopen inmiddels al dertig minuten achter. De patiënt van half elf heeft nog geen groen vinkje, de patiënt van elf uur wel. We zouden dus in theorie weer op schema kunnen lopen. 'Patiënt De Bruin dan maar?' vraag ik aan Jochem, de orthopeed met wie ik vandaag het Zenuwcentrum draai. Hannah, de aios van Jochem, kijkt geschrokken op. 'Die heb ik niet voorbereid, we hebben nu toch dhr. Van Maasdonk?' 'Oei,' antwoord ik, 'twee keer zwart.' Het duurt even voor Hannah doorheeft wat we bedoelen. Dan verschijnt er een voorzichtige glimlach op haar gezicht. Onze geliefde 'onthaast-o-maat' sputtert met luid geknars driemaal een 'patiënt De Bruin' uit. Terwijl de geur van de verse koffie de ruimte vult deel ik met Jochem de ideeën voor het onderzoek bij patiënten met zenuwletsel.

We lopen terug naar onze polikamer. Bij de deur staat Justus te wachten, een van de neurochirurgen. Ik kan hem nog net terugroepen voor hij de volgende patiënt binnen roept. Snel praat ik hem bij over het onderzoek en de problemen waar ik tegenaan loop in het organiseren. Hij knikt geïnteresseerd en mengt zich in de discussie. De problemen die ik zag lijken toch wel mee te vallen. Na tien minuten merkt Hannah op dat de patiënt van half elf nu wél een vinkje heeft.

Bijna een uur later dan volgens het Hix-rooster zou moeten, gaan we lunchen. Maar in ons eigen schema blijft er altijd plek voor een 'De Bruin.' Want mede dankzij hem is het Zenuwcentrum de leukste poli in het LUMC, ook als we een uurtje uitlopen.

*Paul Dekker,
Revalidatiearts LUMC*

Neurologische en neuropsychologische gevolgen van ernstige COVID-19

In het voorjaar van 2020 begon de COVID-pandemie in Europa. Patiënten vertoonden neurologische symptomen, wat zorgen opriep over hersenschade en cognitieve stoornissen, vooral bij ernstig zieke patiënten. Media-aandacht leidde tot grote angst over langdurige gezondheidseffecten. Ons onderzoek toont cerebrale microbloedingen, vooral bij IC-patiënten, zonder merkbare impact op de cognitie. Veel patiënten hebben echter langdurige klachten die vragen om een multidisciplinaire behandelaanpak.

In de eerste fase van de COVID-19 pandemie, werden neurologische symptomen geobserveerd, die vooral bij ernstig zieke patiënten voorkwamen. Dit roept een vermoeden van betrokkenheid van de hersenen bij COVID-19 op. Vervolgens ervoeren mensen na ontslag klachten op het gebied van geheugen, aandacht en snelheid van informatieverwerking. Deze klachten komen ook voor na andere ziektes die IC-zorg vereisen en houden vaak maanden- of jarenlang aan. Naast lichamelijke en cognitieve klachten ervaren patiënten na een intensieve opname vaak emotionele problemen zoals angst, depressie en posttraumatische stressstoornissen. Deze klachten worden waarschijnlijk veroorzaakt door traumatische ervaringen van een ernstige ziekte en de behandelingen

die daarbij horen, zoals beademing, sedatie en pijnbestrijding. Naast de ervaringen die andere patiënten op de IC hebben, werden COVID-19-patiënten in de eerste golf geconfronteerd met sociale isolatie, onzekerheid over de gezondheidseffecten van COVID-19 en overbelaste ziekenhuizen. Deze extra stressfactoren kunnen de emotionele belasting verergeren en zelfs van invloed zijn op patiënten op algemene verpleegafdelingen, waardoor het aantal mensen dat mogelijk langdurige gezondheidsproblemen heeft, toeneemt.

DE NENESCO STUDIE

NeNeSCo, wat staat voor Neurologische en Neuropsychologische Gevolgen van COVID-19, is een multicenter cohortstudie. Het doel van de studie is om het begrip

van langdurige neurologische en neuropsychologische gevolgen bij patiënten die zijn hersteld van ernstige COVID-19 te vergroten. Neurologische symptomen omvatten zowel neurologische klachten als hersenveranderingen; neuropsychologische gevolgen omvatten subjectieve en objectieve cognitieve gevolgen, emotionele belasting, vermoeidheid en slaapproblemen. Daarnaast wordt onderzocht hoe deze symptomen de maatschappelijke participatie en kwaliteit van leven van deze patiënten beïnvloeden. COVID-19-patiënten zonder eerdere cognitieve stoornissen, die tijdens de eerste Europese infectiegolf waren opgenomen, werden gerekruteerd in zes Nederlandse ziekenhuizen. In totaal namen 104 patiënten van de algemene afdeling en 101 patiënten van de IC deel aan de studie. Gemiddeld negen maanden na ontslag ondergingen de patiënten een 3T-MRI-hersenscan, werden uitgebreide cognitieve tests uitgevoerd, en vulden de patiënten vragenlijsten in. Zes maanden later vulden ze opnieuw de vragenlijsten in om de ontwikkeling van symptomen te beoordelen. Medische gegevens over COVID-19 en ziekenhuisopname werden uit de medische dossiers van de patiënten gehaald.

CEREBRALE MICROBLOEDINGEN

Onze resultaten tonen aan dat patiënten op algemene afdelingen en op intensieve zorgafdelingen alleen verschilden wat betreft de MRI-hersenveranderingen. Patiënten op de IC vertoonden vaker en in grotere mate cerebrale microbloedingen,



Promovenda: S. (Simona) Klinkhammer, senior onderzoeker

Datum promotie: 3 september 2024

Promotoren: prof. dr. C.M. (Caroline) van Heugten, prof. dr. J. (Janneke) Horn, prof. dr. J.M.A. (Anne) Visser-Meily

Copromotor: A.A. (Annelien) Duits



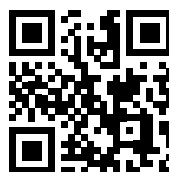
DR. S. (SIMONA) KLINKHAMMER

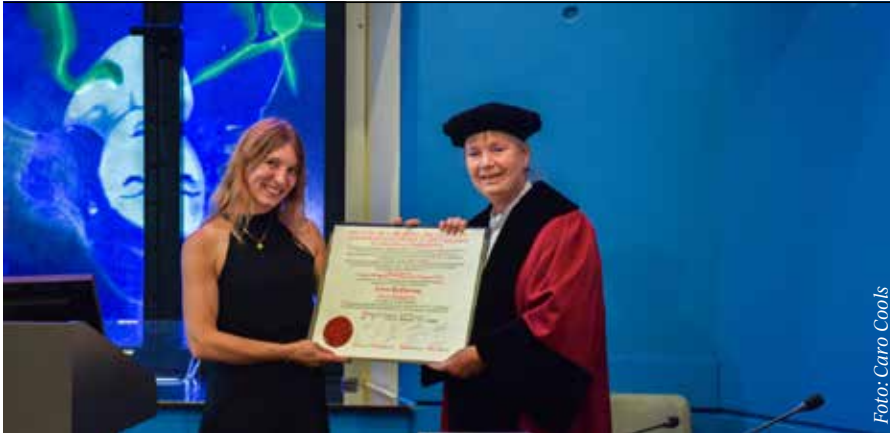


CORRESPONDENTIE

s.klinkhammer@maastrichtuniversity.nl

Een digitale versie van het proefschrift is te downloaden via [10.26481/dis.20240903sk](https://doi.org/10.26481/dis.20240903sk)





Uitreiking bul door prof. dr. Caroline van Heugten.

vooral in het corpus callosum. Ondanks dit verschil werd in beide groepen een vergelijkbaar aantal patiënten, ongeveer 12%, getroffen door cognitieve stoornissen. Verder leken microbloedingen geen invloed te hebben op de cognitieve functie. De resultaten toonden aan dat de hoogste prevalenties van lage prestatie bij geheugen en mentale snelheid lagen. Klachten en ervaren participatie en kwaliteit van leven verschillen ook niet tussen de groepen.

DETECTEREN VAN COGNITIEVE STOORNISSEN

Cognitieve stoornissen na ernstige COVID-19 komen niet vaak voor, maar vroegtijdige identificatie van deze patiënten is cruciaal voor passende behandeling. Uitgebreide cognitieve tests zijn de meest betrouwbare methode, maar ze vereisen veel tijd en middelen. De *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) is een veelgebruikt screeningsinstrument, oorspronkelijk ontwikkeld voor de vroege stadia van dementie, wat de betrouwbaarheid bij COVID-19-patiënten kan beïnvloeden. We hebben de MoCA gevalideerd voor de detectie van cognitieve stoornissen na ernstige COVID-19. Bij een afkapwaarde van <26 van de 30 punten toonde de MoCA een sensitiviteit van 83% en een specificiteit van 66%. De optimale afkapwaarde van <24 verhoogde de specificiteit tot 81%. Onze resultaten bevestigen dat de MoCA een waardevol screeningsinstrument is voor het detecteren van cognitieve stoornissen bij COVID-19-patiënten na ziekenhuisopname.

BIOPSYCHOSOCIALE VERKLARING VAN SYMPTOMEN

Meer dan 60% van de patiënten in beide groepen meldde cognitieve klachten zoals geheugenproblemen, mentale traagheid en aandachtsproblemen. Ook ervoer meer dan de helft aanhoudende ernstige vermoeidheid. Deze hoge prevalentie van zelfgerapporteerde symptomen in vergelijking met cognitieve stoornissen wijst op de invloed van psychosociale factoren. Daarom onderzochten we de rol van psychologische en sociale factoren naast biomedische factoren bij aanhoudende cognitieve klachten en vermoeidheid na COVID-19. De resultaten toonden aan dat psychologische en sociale factoren een belangrijke rol speelden bij zowel de ernst van vermoeidheid als bij cognitieve klachten. Interessant genoeg waren de gemeten objectieve neurocognitieve factoren, zoals hersenveranderingen en cognitieve stoornissen, niet gerelateerd aan de klachten. In plaats daarvan waren jongere leeftijd, verminderde lichamelijke functie en depressieve symptomen geassocieerd met ernstigere vermoeidheid, terwijl meer sociale steun samenhang met cognitieve klachten. Dit kan verklaard worden door het feit dat patiënten met veel sociale contacten ook meer sociale verplichtingen hebben, waardoor ze zich bewuster zijn van hun cognitieve klachten. Samenvattend suggereren de resultaten dat een multidimensionale behandelingsbenadering, inclusief psychosociale ondersteuning, essentieel is om aanhoudende post-

COVID-19-symptomen aan te pakken en de bijbehorende belasting te verminderen.

LANGDURIG AANHOUDENDE SYMPTOMEN

Over de tijd werd duidelijk dat sommige patiënten langdurig symptomen blijven ervaren na de acute ziekte. In onze studie beoordeelden we symptomen ongeveer negen maanden na ziekenhuisontslag en vroegen we patiënten om dezelfde vragenlijsten zes maanden later opnieuw in te vullen. We analyseerden vermoeidheid, cognitieve klachten, slaapstoornissen, en symptomen van angst, depressie en post-traumatische stress. Ongeveer de helft van de patiënten ervoer op beide momenten consistente cognitieve klachten en ernstige vermoeidheid. Slaapstoornissen hielden aan bij een kwart van de patiënten, terwijl klinisch relevante angst, depressie en post-traumatische stresssymptomen onder de 20% bleven. De meeste symptomen waren stabiel: patiënten met symptomen negen maanden na ontslag hadden meestal ook een half jaar later klachten, terwijl degenen zonder symptomen ook symptoomvrij bleven. Een meerderheid (60%) had minstens één aanhoudend symptoom. Bovendien toonde een subgroep van patiënten (32%) een vertraagde start van de symptomen, wat betekent dat een symptoom negen maanden na ziekenhuisontslag afwezig was, maar een half jaar later optrad.

MULTIDISCIPLINAIRE BEHANDELING

Kortom, COVID-19 is een multidimensionale aandoening die vraagt om een multidisciplinaire behandelingsaanpak. Terwijl biomedische zorg vooral in de acute fase na infectie cruciaal blijft, kunnen psychosociale interventies op de lange termijn extra voordelen bieden. Hoewel dergelijke interventies niet direct gericht zijn op biologisch gewortelde symptomen, kunnen ze de daarmee gepaard gaande emotionele belasting helpen verlichten. ←

Gamechanger: mogelijkheden en noodzaak tot chirurgische reconstructies bij de diabetische voet

Diabetische voetzorg in Nederland is verre van optimaal. Er is te weinig *awareness* en in veel ziekenhuizen ontbreekt een volledig multidisciplinair team, waardoor de aspecten hyperglycemie, infectie, vaatstatus en *offloading*, inclusief reconstructiemogelijkheden niet allemaal even goed geborgd zijn. Gevolg is vaak veel ellende voor de patiënt, en zelfs onnodige amputaties. Met name op het gebied van gestoorde biomechanica (*offloading*) en mogelijkheden om dit te reconstrueren is nog veel verbetering mogelijk. Tijd voor verandering.



DRS. W (WOUTER) BREKELMANS

Wondarts Alrijne Ziekenhuis

DRS. R.J. (ROBIN) BROUWER

Wondarts Alrijne Ziekenhuis

DR. B.L.S. (BOUDEWIJN) BORGER VAN DER BURG

(Vaat)chirurg Alrijne Ziekenhuis

DRS. J.A. (CONNY) DE HEER

Revalidatiearts, Basalt

DRS. W. (WILBERT) VAN LAAR

Orthopedisch chirurg Alrijne Ziekenhuis



CORRESPONDENTIE

wbrekelmans@alrijne.nl

Het diabetische voetulcus (DFU) is een ernstige complicatie van diabetes mellitus (DM). Een DFU heeft een aanzienlijke impact op de fysieke functie, morbiditeit en gezondheidszorgkosten.^{1,2} De morbiditeit wordt deels bepaald door ischemie, die aanwezig is bij 49% van deze patiënten. Tevens raakt 58% van de DFUs geïnfecteerd, met een hoger risico op amputatie.³ Het risico op een recidief na een DFU is hoog, met een recidiefpercentage van 40% binnen één jaar en ongeveer 60% binnen drie jaar.⁴ In de praktijk blijkt het vaak moeilijk om een recidief DFU te voorkómen enkel door middel van schoeisel, inlegzolen en passende voetzorg. Ook is de naleving van deze maatregelen

door de patiënt wisselend.⁵ De hoge recidiefpercentages van DFU kunnen daarnaast deels worden verklaard door het onbehandeld laten van de mogelijk onderliggende standsafwijkingen.⁶

De focus van dit artikel ligt op het herkennen van deze onderliggende standsafwijkingen, en de rol van chirurgische behandeling ervan.

ETIOLOGIE

De belangrijkste factoren die ten grondslag liggen aan het ontwikkelen van een DFU zijn polyneuropathie (sensibel, motorisch en autonoom), perifere arterieel vaatlijden, infectie en hyperglycemie.^{4,7-10} Daarom is het belangrijk patiënten met een DFU multidisciplinair te behandelen, waarbij operatieve reconstructies tevens tot het arsenaal behoren (kader 1).

Als complicatie van de diabetes ontstaan er standsveranderingen van de voet. Bijvoorbeeld door het *limited joint mobility syndrome* (LJMS) als gevolg van hyperglycemie of standsafwijkingen door krachtverlies bij onderliggende motorische neuropathie. LJMS is een aandoening gekenmerkt door een beperkte beweeglijkheid van de gewrichten, vaak gepaard gaand met stijfheid en pijn. Ook eerder uitgevoerde mineure amputaties, zoals amputatie van één of meerdere tenen, kunnen grote gevolgen hebben voor de biomechanica en de stand van de voet waardoor een ulcus niet geneest dan wel recidiveert.

Chirurgische reconstructies zijn gericht op het optimaliseren van de biomechanica, zodat er een goed belastbare voet ontstaat, of zo goed als mogelijk wordt behouden, met een zo gelijk mogelijke drukverdeling plantair. De meest voorkomende afwijkingen zullen we kort bespreken.

GEVOLGEN LJMS

Een zeer belangrijk onderdeel van de multifactoriële etiologie van DFU is de toename van hoge piek plantaire druk als gevolg van

Alrijne Diabetische Voet Multidisciplinair Team & Protocol		
	Team	Protocol
Hyperglycemie	Endocrinoloog Diabetisch verpleegkundig specialist	Leeftijd <70 ---> HbA1c <7 (%) <53 mmol/mol Leeftijd >70 ---> HbA1c <7,5(%) <58 mmol/mol
Infectie	Infectioloog Medisch microbioloog	Diagnose osteomyelitis middels MRI/X-ray/PET-scan Indien infectie of osteomyelitis; (bot)kweken Behandeling volgens IWGDF-guideline Debridement (zo nodig minor amputaties) Antibiotica op basis van kweken
Druk (Offloading)	Orthopedisch chirurg Revalidatiearts Podotherapeut Orthopedisch schoenmaker Gipsverbandmeester	Total Contact Cast Walker/Orthopedische schoen/Orthese Reconstructieve voet/enkel chirurgie
Arteriële vaatstatus	Vaatchirurg Interventieradioloog	Revascularisatie indien nodig Teendruk <50mmHg Endovasculaire behandeling van significante perifere arteriële stenosesingen Chirurgische revascularisatie

Kader 1.
Basisprotocol Alrijne diabetic foot multidisciplinary team.
IWGDF= International Working Group Diabetic Foot.

het ontstaan van het LJMS.^{11,12} Dit wordt verondersteld het gevolg te zijn van niet-enzymatische glycosylering, die de structuur en functie van collageen in bindweefsels, zoals pezen en fascia, verandert, wat leidt tot stijfheid.^{13,14} Ook in de achillespees vindt deze glycolysering plaats, waardoor microscopische veranderingen plaatsvinden. Het gevolg van deze verandering is een verkorting van de achillespees met hierdoor een beperking van de dorsaal-flexie en een verhoogde plantaire druk.¹⁵

GEVOLGEN VAN KRACHTSVERLIES DOOR DIABETISCHE PERIFERE POLYNEUROPATHIE

Ongeveer 30-50% van de patiënten met DM ontwikkelt diabetische perifere polyneuropathie. Een gevolg hiervan is atrofie van spieren, vermindering van spierkracht met zelfs 15-30% spierkrachtvermindering van de dorsaalflexoren van de enkel.¹⁶

Peroneus zwakte

Door zwakte van de peroneus musculatuur kan er een progressieve equinovarus optreden ten gevolge van de verkorting van de triceps surae. Progressieve laterale voorvoetbelasting is het gevolg, met vaak een niet genezend of recidiverend ulcus aan de laterale zijde van de voorvoet.

Progressieve equinovarus is ook een veelvoorkomend probleem na een Chopart of Lisfranc amputatie door iatrogeen verlies van de peroneus pees en soms de tibialis anterior pees, en het peroperatief niet juist balanceren van de stomp.¹⁷

Tibialis anterior zwakte

Krachtenvermindering van de tibialis anterior pees veroorzaakt milde zwakte van de voetheffers. Een gevolg hiervan is *recruitment* van de m extensor hallucis longus (EHL) waardoor er een klauwstand van de hallux ontstaat en diepstand van het caput van metatarsale I met hoge druk ter plaatse van de plantaire zijde. Een niet genezend of recidiverend ulcus ter plaatse is dan een veelvoorkomend gevolg.

BEHANDELING AFWIJKENDE BIOMECHANICA

De eerste keus voor de behandeling van standsafwijkingen is over het algemeen een aangepaste of opmaatgemaakte schoen. Echter bij recidiverende ulcera of hoog risico op recidief kunnen verschillende ingrepen overwogen worden afhankelijk van de onderliggende pathologie.

Verkorting triceps surae

Het behandelen van een spitsvoet door verkorting van de m. triceps surae kan op verschillende niveaus, en voor succesvolle behandeling is de locatie van de verkorting essentieel. De m. triceps surae bestaat uit de m. gastrocnemius en de m. soleus en de verkorting kan in alleen de m. gastrocnemius aanwezig zijn of in beide spieren. Om geen onnodige insufficiëntie van de kuit-musculatuur te veroorzaken met verhoogde hakbelasting is het belangrijk om alleen daar te verlengen waar de verkorting aanwezig is. Dus of geïsoleerd de gastrocnemius, door middel van bijvoorbeeld een gastrocnemius release of gastrocnemius slide,¹⁸ of de gehele achillespees met een percutane achillespeesverlenging.¹⁹

De Silverkjoild-test wordt gebruikt om te differentiëren tussen een geïsoleerde m. gastrocnemius of een volledige m. triceps surae verkorting.²⁰

De impact van deze achillespeesverkorting op de genezing en het recidief van het plantaire DFU is aangetoond in de vergelijkende studie van Mueller et al. tussen *Total Contact Cast* (TCC) en TCC met achillespeesverkorting.²¹ De gouden standaard voor de behandeling van plantaire voetulcera is een TCC.^{7,22} Dit heeft een succespercentage van 88% voor het genezen van neuropathische plantaire ulcera. Echter, na zeven maanden is het recidiefpercentage van een plantair ulcus 59% en na twee jaar bedraagt dit 81%. Indien er een percutane verlenging van de achillespees in combinatie met een TCC wordt toegepast heeft dit een succespercentage van 100% in wondsluiting.²¹ Nog belangrijker is dat het recidiefpercentage van de DFU bij deze procedure gedaald is →

AWC Protocol Transmetatarsale voorvoetamputatie

- Optimaliseer vasculair, infectieus, endocrien
- Verlengen van triceps surae
- Reconstructie van de metatarsale parabola
- Behouden van plantar fat pad
- Incisie dorsaal (non-weight-bearing area)
- Oblique osteotomie
- Vijfde metatarsale te kort? → Peroneus longus transfer



Kader 2. Alrijne Wondcentrum (AWC) Transmetatarsale voorvoetamputatie.

tot 15% na zeven maanden en 38% na twee jaar.²¹ Een andere studie laat 92% succes (genezing ulcus) zien zonder recidief na twee jaar na een achillespeesverlenging bij een plantair ulcus.¹⁹ Indien een transmetatarsale amputatie wordt uitgevoerd in combinatie met een achillespeesverlenging, daalt het risico op een recidief van 35% naar 3% vergeleken met alleen een transmetatarsale amputatie.²³ De impact en de noodzaak om de spitsstand te behandelen in de genezing van het DFU en het recidiefrisico te verlagen is groot.

Peroneus zwakte

Bij een corrigeerbare afwijking (geen rigide enkel) kan in deze gevallen bijvoorbeeld een tibialis anterior pees transfer in combinatie met opheffen van een m. triceps surae verkorting een goede optie zijn om de voetstand te corrigeren waardoor de druk wordt weggenomen en het ulcus kan genezen.^{17,24}

Tibialis anterior zwakte

Door het toepassen van de Jones procedure (transpositie van de EHL naar metatarsale I in combinatie met een IP artrodese) samen met het opheffen van de m triceps surae verkorting worden de diepstand gecorrigeerd van metatarsale I en de klauwhallux gecorrigeerd. Hierdoor wordt zo de druk weggehaald van het caput van metatarsale I en kan het ulcus genezen en recidief worden voorkomen.²⁵

MINOR AMPUTATIE EN IMPACT BIOMECHANICA

Het behandeldoel is het voorkómen van (majeure) amputaties, wat van cruciaal belang is voor het behoud van de mobiliteit en kwaliteit van leven van de patiënt met een diabetische voet.

Ondanks alle inzet zal een (partiële) amputatie soms toch noodzakelijk zijn. De biomechanische gevolgen zijn, ook bij een mineure amputatie, vaak enorm, met hierdoor verhoogde drukplekken en kans op nieuwe ulcera. Bijvoorbeeld na een hallux amputatie waar 60% van de patiënten binnen tien maanden een nieuwe amputatie moet ondergaan als gevolg van een transfer ulcus door de insufficiëntie van de eerste straal.²⁶

Bij het uitvoeren van een partiële amputatie is het van essentieel belang om de impact van de amputatie op de biomechanica en de drukverdeling van de voet te overwegen. Dit vereist een anticipatie op deze gevolgen door het toepassen van de juiste procedures, zoals het niveau van amputatie, en het uitvoeren van aanvullende technieken ter verbetering van de balans. Deze benadering kan nieuwe complicaties helpen voorkomen, zoals beschreven in kader 2.

MULTIDISCIPLINAIRE AANPAK

Onzes inziens is het noodzakelijk om alle factoren te optimaliseren. Bovenstaande besproken mogelijkheden tot reconstructie van de afwijkende biomechanica kunnen niet zonder de behandeling van de overige afwijkingen (vasculair, endocrien, infectieus). Gezien deze discipline-overstijgende factoren, is een multidisciplinair team essentieel voor een succesvolle behandeling van DFUs.²⁷⁻³⁰ Het Alrijne Wondcentrum is gespecialiseerd in triage, diagnose en behandeling van complexe wonden. Sinds 2019 is het multidisciplinaire team voor diabetische voet uitgebreid tot elf verschillende specialisten (kader 1). Gespecialiseerde en toegewijde wondartsen zijn de regiefunctionarissen, die de complete behandeling borgen en waar nodig collegae betrekken om de verschillende factoren te behandelen. De uitkomsten van de behandelingen bij DFUs in onze populatie zijn veelbelovend.³¹

CONCLUSIE

De zorg voor patiënten met een diabetische voet kan en moet beter en moet zich niet alleen richten op wondgenezing, maar ook op het voorkómen van recidieven. Multidisciplinaire behandeling met zo nodig reconstructie van de stand is noodzakelijk om deze zware pathologie goed te kunnen behandelen en het hoge percentage recidieven te verminderen. ←



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

De bouwvakker die twee keer viel



Mijn dienst is nog maar net begonnen als ik word gebeld. ‘Nu al?’, denk ik. De verpleging van de cognitie-afdeling. Er is een patiënt aan het schokken, mogelijk epilepsie al is hij daar niet mee bekend. Toevallig heb ik hem een aantal weken geleden opgenomen. Een bouwvakker die tijdens zijn werk door een val een hersenbloeding had opgelopen. Nu was hij behoorlijk verward en begon steeds over hoe hij de deuren hier moest stellen. Een aardige man, die mij, toen ik eens na een dienst met m’n weekendtas over de gang liep, had gevraagd of hij een bed voor mij klaar moest zetten. Eenmaal in de kamer staat er een kring van verpleegkundigen om hem heen. Hij ligt in stabiele zijligging, met snurkende ademhaling. ‘Z’n pupillen reageren niet op licht’. Opnieuw een hersenbloeding? We bellen een ambulance en houden zijn ademweg vrij. Net nadat de ambulance arriveert zakt hij weer weg. Zijn lichaam verkrampst als een plank, hij klemt zijn kaken zo erg dat hij stopt met ademen en loopt rood aan. De ambulanceverpleegkundige dient midazolam toe, waarna patiënt verslapt. ‘Ik wil eigenlijk met hem naar de academie’ zegt ze tegen haar collega. ‘Daar kunnen ze hem coilen’. Haar collega, een wat opgepompte jonge gast, reageert: ‘Dan wil ik wel een tweede ambu mee’. Versterking, voor het geval ze patiënt onderweg moeten reanimeren.

‘Zo, dit was een echte hè?’, reageert m’n collega, revalidatiearts, lachend. Ze was nog in huis en had vanaf de gang meegekeken. ‘Gaat het wel?’, vraagt ze empathisch, wat een brok in m’n keel uitlokt. Waarna ik antwoord dat het er niet goed uitzag en het zo’n lieve man was. ‘Ja, shit is dat’, reageert ze met blijk van herkenning. Even later loop ik naar het strand om de hoek. Ik haal diep adem terwijl de wind langs mij raast en besef mij hoe het ineens over kan zijn.

Enkele dagen later kom ik tijdens een wandelingetje over het strand de patiënt tegen, samen met zijn zoon. Het bleek een status epilepticus te zijn geweest, zonder nieuwe hersenbloeding. Wat een opluchting. Enkele weken later word ik een van zijn zaalartsen en ben ik bij het ontslaggesprek. Patiënt en familie zijn positief gestemd. Wanneer ik hem aankijk zie ik ineens weer voor me hoe hij er bij lag in die ene dienst. Hopelijk stelt hij ooit de deuren weer bij.

Sophie Schaper

Arts in opleiding tot revalidatiearts, OOR Noordwest Nederland, Amsterdam UMC

RETROSPECTIEVE ANALYSE VAN BESTAANDE ZORGDATA

Evaluatie van medisch specialistische revalidatie bij oncologie

Medisch specialistische revalidatie bij oncologie (MSRO) wordt volgens de FMS-richtlijn MSRO aangeboden bij patiënten met samenhangende complexe problematiek. Na MSRO werden statistisch significante en klinisch relevante verbeteringen op uitkomstindicatoren 'kankergerelateerde vermoeidheid' en/of 'rolfunctioneren van kwaliteit van leven' gevonden voor circa 80% van de patiënten.

**DRS. V.H. (VERA) DE VRIES**

Revalidatiearts Rijndam Revalidatie

DR. S.C. (SYLVIA) REMERIE

Revalidatiearts/medisch manager Rijndam Revalidatie

DR. J. (JORRIT) SLAMAN

Manager/onderzoeker Rijndam Revalidatie

DR. F.C. (FABIENNE) SCHASFOORT

Onderzoeker/beleidsadviseur Rijndam Revalidatie

DR. P.G. (PETRA) BOELENS

Revalidatiearts Rijndam Revalidatie

**CORRESPONDENTIE**

pboelens@rijndam.nl

De Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK) publiceerde recent dat 85% van de patiënten na kankerbehandelingen langdurige problemen heeft.¹ Vermoeidheid, verminderde lichamelijke conditie, neuropathie en geheugen- of concentratieproblemen worden het meest genoemd.¹ Kankerbehandelingen hebben

impact op het dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven.² Omgaan met de complexe gevolgen is een aandachtsgedebied van de revalidatiegeneeskunde.³

In 2011 verscheen de eerste landelijke *evidence-based* richtlijn Medisch specialistische revalidatie bij oncologie (MSRO); een duidelijk raamwerk voor indicatie en inhoud van poliklinische MSRO.³ In het

'MSRO laat retrospectief meetbare en klinisch merkbare verbeteringen zien, curatief als palliatief, ongeacht of *stepped care* is doorlopen'

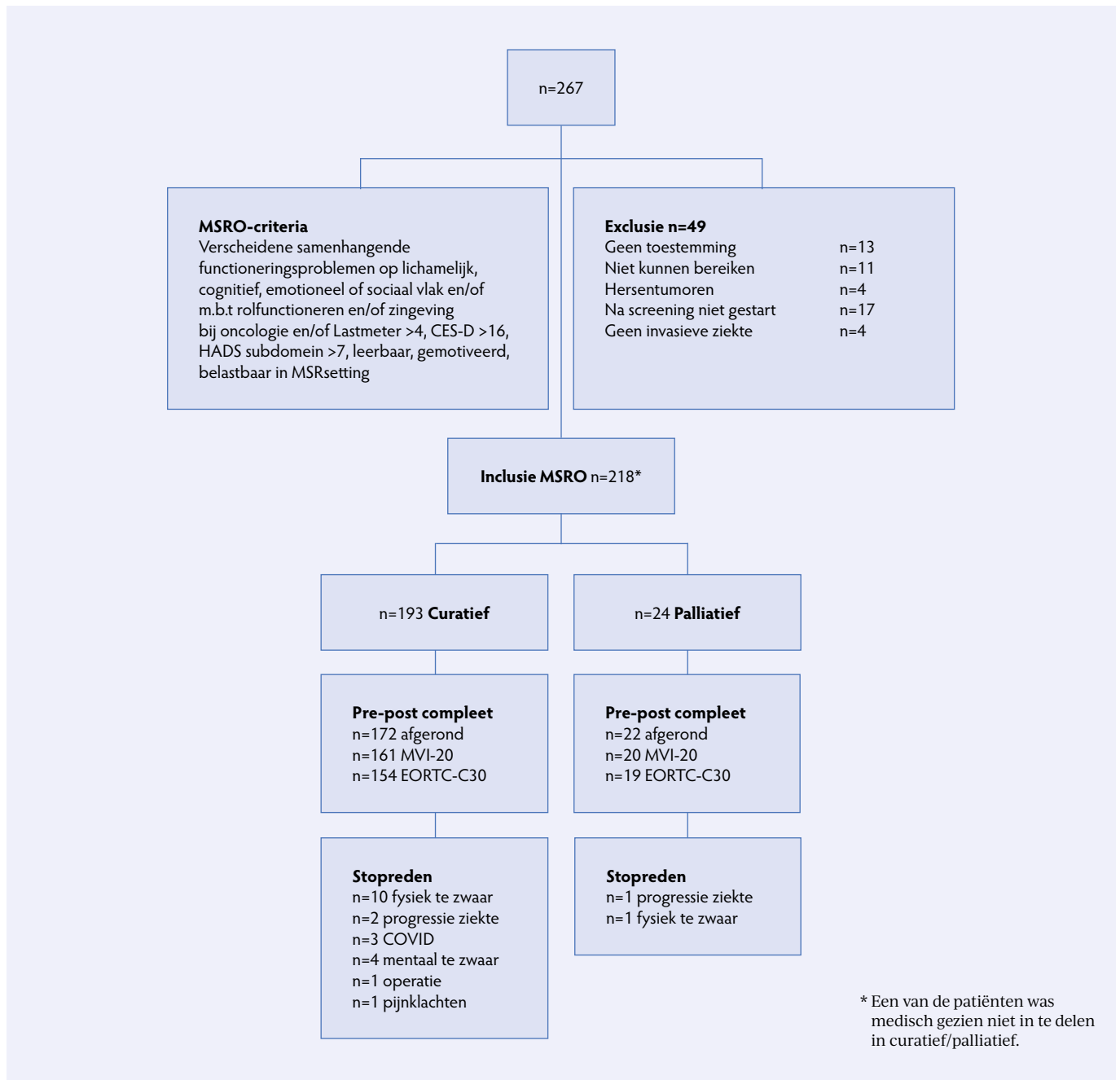
zorglandschap is MSRO een tweede verwijslijn, waarnaar geschat 3-5% wordt verwezen.³ Er wordt gewerkt volgens richtlijn en *stepped care* principe voor passende zorg.³

In de richtlijn is effectmeting belangrijk; gekozen constructen zijn 'vermoeidheid' en 'kwaliteit van leven'.³ Deze zijn tevens onderdeel van internationale indicatorensets (zoals *International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM)*),⁴

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) wordt passende zorg als belangrijk uitgangspunt beschreven met doelmatige inzet van aantoonbaar effectieve zorg.⁵ Deze ongecontroleerde studie evalueert de bestaande MSRO-zorg, als voorbereiding voor toekomstige effectiviteitsstudies middels gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT).

METHODE

MSRO is poliklinische interdisciplinaire behandeling (in het lokale zorgpad 14 weken), gericht op optimaliseren van 'autonomie en participatie van (ex-)patiënten met verscheidene samenhangende functioneringsproblemen op lichamelijk, cognitief, emotioneel of sociaal vlak en/of met betrekking tot rolfunctioneren en/of zingeving, als gevolg van het hebben (gehad) van kanker en/of van de behandeling van daarvan'.³ Bij intake door de revalidatiearts worden vooraf ingevulde Lastmeter (>4/10)⁵ en/of, *Center for Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D)* (>16/60)⁶ en/of *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*⁷ (angstscore >7/14; depressiescore >7/14), *Numeric Rating Score (NRS)* vermoeidheid (>4/10), functioneringsproblemen en hulpvragen gebruikt (zie figuur 1. flowdiagram).



Figuur 1. Flowdiagram.

Therapie wordt maatwerk ingezet passend bij de persoonlijke behandoelen, met oncologische fysiotherapiegroep indien mogelijk, ergotherapie voor energie-management, uit te breiden met psychologie, maatschappelijk werk, diëtetiek, logopedie, etc.

Alle patiënten die voor MSRO in aanmerking kwamen (2021-2023) bij Rijndam-locaties te Dordrecht, Capelle aan de IJssel en

Schiedam werden deels retrospectief en prospectief benaderd middels een patiënteninformatiebrief en toestemmingsformulier.

In deze retrospectieve analyses, die niet-WMO-plichtig werden bevonden (METCZ20230101), werd gebruikgemaakt van routinematig verzamelde gegevens. Patiëntengegevens zijn gepseudonimiseerd verwerkt.

Inclusiecriteria waren: 1) Indicatie voor MSRO na intake (en screening), 2) leeftijd 18 jaar of ouder, 3) afronding van intensieve behandeling (operatie, radiotherapie, stamceltransplantatie), 4) tijdens (orale) chemotherapie, hormoontherapie en immunotherapie. Exclusiecriteria waren 1) geen toestemming of reactie op verzoek tot deelname aan de studie, 2) andere MSR-indicatie (zie flowdiagram). →

Tabel 1. Beschrijvende karakteristieken MSRO.

MSRO	Hele groep (n=218)	Curatief (n=193)	Palliatief (n=24)	Verskil p-waarde
Leeftijd in jaren: Gem (SD)	52,5 (11,5)	51,9 (11,4)	56,5 (12,1)	0,068
Geslacht (%): vrouw/man	79,4 / 20,6	82,9 / 17,1	54,2 / 45,8	0,002*
Soort kanker (%):				
Borstkanker	50,9	56,5	8,3	0,000*
Hematologische oncologie	16,5	15,5	20,8	
Urologische oncologie	6,4	3,6	29,2	
Gynaecologische oncologie	10,1	9,3	16,7	
Gastrointestinale oncologie	8,3	8,3	8,3	
Pulmonale oncologie	5,5	4,7	12,5	
Diverse	2,3	2,1	4,2	
Stadia (%)				
Stadium I	19,3	22,0	0,0	0,000*
Stadium II	36,7	41,9	0,0	
Stadium III	27,1	30,9	0,0	
Stadium IV	11,0	0,0	100,0	
Onbekend #	5,0	5,2	0,0	
Oncologische behandelingen ## (%):				
Chemotherapie	78,4	82,9	41,7	0,000*
Operatie	73,9	78,2	41,7	0,000*
Bestraling	61,5	62,2	58,3	0,824
Hormoontherapie	36,9	38,5	25,0	0,141
Immunotherapie	21,1	19,7	33,3	0,104
Stamceltransplantatie	8,3	7,3	12,5	0,110
Stepped care (%)	68,3	67,4	79,2	0,351
Scores bij start MSRO: Gem (SD)				
Lastmeter (0-10)	7,0 (1,7)	7,0 (1,6)	6,6 (2,2)	0,591
CES-D (0-60)	23,2 (9,2)	23,0 (9,1)	24,6 (8,8)	0,459
NRS vermoeidheid (0-10)	7,1 (1,7)	7,1 (1,7)	7,3 (1,1)	0,974

bij n=1 geen informatie bekend over stadium, ## meerdere patiënten ondergingen meerdere behandelingen, Gem = gemiddelde SD = standaard deviatie; * p < 0,05 (2-sided Chi-Square test of Mann-Whitney U test).

Tabel 2a. Uitkomstindicator; Vermoeidheid (MVI-20) hele groep MSRO.

MSRO Hele groep - MVI	Begin-meting Gem (SD)	Eind-meting Gem (SD)	Verandering Gem (SD)	95% BI	p-waarde (gepaarde t-toets)	n=	% Klinisch relevante verbetering
Totaal score MVI-20	72,2 (12,2)	57,2 (14,5)	-15,0 (14,1)	[-17,1 - -12,9]	0,000	182	65
MVI-20 subschalen:							
Algemene vermoeidheid	16,4 (3,0)	12,8 (3,6)	-3,6 (3,9)	[-4,2 - -3,0]	0,000	176	72
Fysieke vermoeidheid	15,7 (3,2)	11,7 (3,7)	-4,0 (3,9)	[-4,6 - -3,4]	0,000	176	76
Verminderde activiteit	14,5 (3,6)	11,2 (3,4)	-3,3 (3,8)	[-3,9 - -2,7]	0,000	175	66
Verminderde motivatie	11,5 (3,5)	9,1 (3,5)	-2,3 (3,6)	[-2,9 - -1,8]	0,000	176	55
Mentale vermoeidheid	14,1 (4,2)	11,9 (4,1)	-2,2 (3,7)	[-2,7 - -1,6]	0,000	176	55

MVI-20 = Multidimensionale Vermoeidheids Index (totaal score range 20-100, 5-20 per subschaal); Gem = gemiddelde SD = standaard deviatie; BI = betrouwbaarheidsinterval, MKRV = minimale klinisch relevante verbetering. Lagere score MVI is beter, MKRV = 2 per subschaal, 10 voor MVI totaal score.

VARIABLEN EN UITKOMSTMATEN

Sociaal-demografische gegevens werden verzameld. De Lastmeter 'distress'-score geeft aan in hoeverre iemand in de afgelopen week last heeft gehad op lichamelijk, emotioneel, sociaal en praktisch gebied.^{3,8} De CES-D vragenlijst werd in 2023 met het nieuwe zorgpad vervangen door de HADS (score >7 is aanwijzing voor *distress*). Twee voor 'in opzet curatieve' patiënten vastgestelde uitkomstindicatoren,³ werden als primaire uitkomstmaat bestudeerd:

- Multidimensionale Vermoeidheids Index (MVI-20) bestaande uit vijf subschalen en een totaalscore.⁹ Minimaal klinisch relevante verbetering (MKRV) is twee punten per subschaal.¹⁰ Voor de MVI-20 totaalscore hebben wij een daling van tien punten of meer toegepast.
- *European Organization for Research and Treatment for Cancer Quality of Life Questionnaire* (EORTC-QLQ-C30), de kwaliteit van leven-schaal, alle vijf functionele schalen, en van de symptoomschalen vermoeidheid, pijn en slapeelheid werden beschreven. Het klinisch relevante verschil werd per subschaal bepaald als er een positieve verandering van 10 punten is.¹¹

Canadian Occupational Performance

Measure (COPM) werd ingezet voor evaluatie van persoonlijke doelen, gericht op zelfredzaamheid, productiviteit en ontspanning.¹² Vijf activiteiten worden geprioriteerd en als behandeldoel geïntegreerd in maatwerk MSRO. Een verschil tussen start en afronding (in uitvoering en tevredenheid) van minimaal twee punten werd als MKRV gezien.¹²

De 1RM (*repetition maximum*) test is een maximale spierkrachttest om krachtopbouw in tijd te vervolgen (*leg press*).¹³

De shuttle wandeltest voor submaximaal (functionele) inspanningsvermogen werd uitgevoerd en de *Steep Ramp Test* (SRT) als maximale inspanningstest op een fietsergometer.³

Tabel 2b. Uitkomstindicator; Vermoeidheid (MVI-20) in opzet curatieve subset.

MSRO Curatief - MVI	Beginmeting Gem (SD)	Eindmeting Gem (SD)	Verandering Gem (SD)	95% BI	p-waarde (gepaarde t-toets)	n=
Totaal score MVI-20	73,0 (12,1)	57,4 (14,5)	-15,5 (14,3)	[-17,7 - -13,3]	0,000	161
MVI-20 subschalen:						
Algemene vermoeidheid	16,5 (2,9)	12,8 (3,6)	-3,7 (3,9)	[-4,3 - -3,1]	0,000	156
Fysieke vermoeidheid	15,7 (3,2)	11,6 (3,8)	-4,1 (3,9)	[-4,8 - -3,5]	0,000	156
Verminderde activiteit	14,6 (3,6)	11,3 (3,4)	-3,3 (3,9)	[-4,0 - -2,7]	0,000	156
Verminderde motivatie	11,7 (3,6)	9,2 (3,5)	-2,5 (3,6)	[-3,1 - -2,0]	0,000	156
Mentale vermoeidheid	14,4 (4,1)	12,2 (4,0)	-2,3 (3,7)	[-2,9 - -1,7]	0,000	156

Tabel 2c. MVI-20 Klinisch relevante verbetering in opzet curatieve versus palliatieve subset.

MSRO - MVI	% Klinisch relevante verbetering - Curatief	% Klinisch relevante verbetering - Palliatief (n=20)	Chi-Square verschil proportie % klinisch relevant
Totaal score MVI-20	65	65	0,972
MVI-20 subschalen:			
Algemene vermoeidheid	72	65	0,488
Fysieke vermoeidheid	76	75	0,899
Verminderde activiteit	64	75	0,326
Verminderde motivatie	58	30	0,016*
Mentale vermoeidheid	56	50	0,625

Tabel 3a. Uitkomstindicator; kwaliteit van leven met EORTC-C30 voor de hele groep MSRO.

MSRO Hele groep - EORTC	Beginmeting Gem (SD)	Eindmeting Gem (SD)	Verandering Gem (SD)	95% BI	p-waarde (gepaarde t-toets)	n=	% Klinisch relevante verbetering
Kwaliteit van leven	54,0 (17,4)	68,7 (16,5)	14,7 (19,4)	[11,8 - 17,6]	0,000	174	60
Funcieschalen:							
Fysiek functioneren	67,1 (17,6)	78,3 (15,8)	11,3 (14,6)	[9,1 - 13,5]	0,000	175	51
Rol functioneren	44,7 (25,6)	62,7 (24,7)	18,0 (27,5)	[14,0 - 22,1]	0,000	181	62
Emotioneel functioneren	59,1 (21,9)	73,3 (19,4)	14,2 (22,1)	[10,9 - 17,5]	0,000	175	53
Cognitief functioneren	58,6 (25,7)	66,8 (24,1)	8,2 (25,0)	[4,5 - 11,9]	0,000	175	45
Sociaal functioneren	57,1 (24,7)	71,1 (23,6)	14,0 (24,4)	10,3 - 17,6]	0,000	175	57
Symptoomschalen*:							
Vermoeidheid	56,9 (21,5)	41,1 (19,3)	-15,9 (22,6)	[-19,2 - -12,5]	0,000	175	67
Pijn	33,5 (27,2)	25,5 (24,0)	-8,0 (26,3)	[-11,9 - -4,1]	0,000	175	42
Slapeloosheid	45,1 (34,8)	35,6 (30,7)	-9,5 (32,0)	[-14,3 - -4,7]	0,000	175	38

EORTC-30 = European Organization for Research and Treatment for Cancer Quality of Life Questionnaire (range 0-100 per subschaal, geen totaal score) Bij KvL en de vijf Funcieschalen is score 100 beste score, bij de drie Symptoomschalen is een lagere score beter; Gem = gemiddelde SD = standaard deviatie; BI = betrouwbaarheidsinterval, MKRV = minimale klinisch relevante verbetering. MKRV = 10 per subschaal.

STATISTISCHE ANALYSE

Gepaarde testen werden ingezet voor pre-posteffecten (inclusief 95% betrouwbaarheidsintervallen). Percentages klinisch relevante verbeteringen in de (sub)groepen werden berekend. Verschillen werden bepaald met *Chi-Square test of Mann-Whitney U-test* (statistische significant als p-waarde <0,05).

RESULTATEN

218 patiënten werden geïncludeerd (flow-diagram). De gemiddelde leeftijd was 52,5 jaar en het merendeel vrouw (tabel 1), een heterogene groep met verschillende soorten kanker, de helft na borstkanker. Het aandeel palliatieve patiënten was 24 (11%). Bij 59% was er sprake van comorbiditeit. Ruim 68% heeft vooraf zorg gehad (51% fysio-

therapie, 37% psychosociale zorg).

Lastmeter (mediaanscore 7, IQR 2, n=168) en NRS-vermoeidheid (mediaanscore 7, IQR 2, n=151) waren bij indicatiestelling vergelijkbaar verhoogd bij de palliatieve en de curatieve groep. Depressieve kenmerken waren hoger dan normwaarden (mediaan CES-D score 23, IQR 14, n=156). *Distress* (HADS angst en depressie) was verhoogd (tabel 4).

PRIMAIRE UITKOMSTMATEN

Zowel de MVI-20 totaalscore als subschalen verbeterden statistisch significant en klinisch merkbaar na MSRO (tabel 2a). MVI-totaalscores bij beginmeting waren hoger in de curatieve dan de palliatieve groep (73,1 versus 67,2, p=0,029). Na MSRO verbeterden beide groepen vergelijkbaar (tabel 2b-2c). Bij eindmeting werden statistisch significante positieve veranderingen gevonden voor alle EORTC-QLQ-C30 subschalen (tabel 3a-3b). Echter, voor de subschalen cognitief functioneren, pijn en slapen bereikt <50% een MKRV van >10 punten. Van de drie symptoomschalen, verbetert vermoeidheid het sterkst. Het rolfunctioneren in de 'in opzet curatieve groep' is bij 64% klinisch relevant verbeterd na MSRO (tabel 3c). Percentages MKRV in de palliatieve en curatieve groep zijn niet verschillend voor de EORTC subschalen, met uitzondering van het 'emotioneel functioneren'.

In de totale groep (n=177) liet 49,2% een MKRV zien op beide uitkomstindicatoren MVI-20 totaal en EORTC rolfunctioneren. Bij 80,2% van deze groep was er op één van beide uitkomstindicatoren sprake van een MKRV.

SECUNDAIRE UITKOMSTEN

De COPM, HADS en fysieke testen lieten allemaal statistisch significante vooruitgang zien (tabel 4).

DISCUSSIE

In deze zorgevaluatie van MSRO vonden we zowel statistisch significante als →

Tabel 3b. Uitkomstindicator; kwaliteit van leven met EORTC-C30 voor de in opzet curatieve groep MSRO.

MSRO Curatief - EORTC	Beginmeting Gem (SD)	Eindmeting Gem (SD)	Verandering Gem (SD)	95% BI	p-waarde (gepaarde t-toets)	n=
Kwaliteit van leven	53,5 (17,4)	68,9 (16,4)	15,4 (18,0)	[12,6 - 18,3]	0,000	154
Functieschalen:						
Fysiek functioneren	67,7 (17,4)	79,1 (15,6)	11,4 (14,7)	[9,1 - 13,7]	0,000	155
Rol functioneren	43,5 (24,9)	62,7 (24,1)	19,2 (27,5)	[14,9 - 23,5]	0,000	161
Emotioneel functioneren	58,0 (22,0)	73,4 (19,8)	15,4 (22,1)	[11,9 - 18,9]	0,000	155
Cognitief functioneren	57,0 (25,8)	65,4 (23,5)	8,4 (23,5)	[4,7 - 12,1]	0,000	155
Sociaal functioneren	55,5 (24,3)	70,1 (23,3)	14,6 (24,8)	10,6 - 18,5]	0,000	155
Symptoomschalen*:						
Vermoeidheid	57,6 (22,1)	41,6 (19,4)	-16,0 (23,1)	[-19,7 - -12,3]	0,000	155
Pijn	33,7 (27,0)	25,3 (23,7)	-8,4 (27,0)	[-12,7 - -4,1]	0,000	155
Slapeloosheid	47,5 (35,6)	36,8 (31,1)	-10,7 (32,7)	[-15,9 - -5,6]	0,000	155

Tabel 3c. EORTC-C30 klinisch relevante verbetering in opzet curatieve versus palliatieve subset.

MSRO - EORTC	% Klinisch relevante verbetering - Curatief	% Klinisch relevante verbetering - Palliatief (n=19)	Chi-Square verschil proportie % klinisch relevant
Kwaliteit van leven	60	58	0,834
Functieschalen:			
Fysiek functioneren	51	47	0,767
Rol functioneren	65	47	0,142
Emotioneel functioneren	55	32	0,049*
Cognitief functioneren	45	42	0,842
Sociaal functioneren	58	53	0,651
Symptoomschalen*:			
Vermoeidheid	67	68	0,908
Pijn	44	32	0,306
Slapeloosheid	39	26	0,269

Tabel 4. Secundaire uitkomstmaten van MSRO.

MSRO curatief - secundaire uitkomstmaten	Beginmeting Gem (SD)	Eindmeting Gem (SD)	Verandering Gem (SD)	95% BI	p-waarde (gepaarde t-toets)	n=
HADS - anxiety	9,8 (4,6)	6,9 (4,0)	-3,0 (4,2)	[-4,9 - -1,0]	0,004	21
HADS - depression	8,8 (4,2)	6,5 (4,4)	-2,3 (3,8)	[-4,0 - -0,6]	0,012	21
COPM - uitvoering	4,3 (1,5)	6,2 (1,4)	1,9 (1,4)	[1,4 - 2,4]	0,000	34
COPM - tevredenheid	4,1 (1,9)	6,3 (1,4)	2,3 (1,8)	[1,6 - 2,9]	0,000	35
Steep ramp (in watt)	201 (69)	245 (68)	44 (46)	[36 - 52]	0,000	131
Shuttle walk test (in meter)	494 (219)	637 (276)	143 (133)	[114 - 172]	0,000	81
1RM leg press (single leg, in kilo)#	19 (14)	37 (24)	18 (16)	[13 - 22]	0,000	48
1RM leg press (both legs, in kilo)#	124 (51)	177 (67)	53 (39)	[44 - 63]	0,000	66

Omdat de Rijnham locaties een ander protocol voor de 1RM leg press hebben, zijn deze data apart geanalyseerd.

klinisch relevante verbeteringen op de uitkomstindicatoren postkankervermoeidheid en rolfunctioneren. (Ex-)patiënten gaan klinisch meetbaar en relevant vooruit in 80% op één van beide uitkomstmaten; 63% behaalde een relevant verschil voor

'kwaliteit van leven domein rolfunctioneren' (EORTC-QLQ-C30) en 67% voor vermoeidheid (MVI-20). Beide groepen, de 'in opzet curatieve' en de palliatieve groep, gaan klinisch meetbaar en relevant vooruit. De indicatiestelling lijkt passend bij

complexiteit: er was een hoge mate van distress (92%) en vermoeidheid (72%), er was vaak comorbiditeit (59%), en uitval in meerdere domeinen. Verder heeft 68% van de patiënten stepped care doorlopen (oncologische fysiotherapeut en/of monodisciplinaire psychosociale zorg). Ongecontroleerd onderzoek heeft te maken met selectiebias. Dit hebben we proberen te ondervangen door indicatiestelling volgens de richtlijn, in- en exclusiecriteria, een vaste steekproefperiode (2021-2023) en geprotocolleerde dataverzameling. Er werden 49 patiënten geëxcludeerd (18%).

Vanaf de zomer van 2022 werden patiënten die na januari 2021 voor MSRO bij Rijnham in behandeling waren (geweest) alvast benaderd voor deze niet-WMO-plichtige dossierstudie. Inclusie van deelnemers was om die reden deels retrospectief en deels prospectief. Ondanks het niet-WMO-plichtige karakter van de studie werd vanuit de VRA Werkgroep Oncologische Revalidatie (WOR) het belang van een METC-verklaring benadrukt, met het oog op publicatie. Afdeling Revalidatie van Zuyderland Medisch Centrum heeft dit op zich genomen; een niet-WMO-verklaring van een erkende METC voor deze analyses was pas herfst 2023 geregeld. Een deel van de MSRO-patiënten van Rijnham is dus benaderd voorafgaand aan de verkregen niet-WMO-verklaring. Echter, pas na het verkrijgen van deze verklaring zijn we overgegaan tot data-aggregatie van de verschillende locaties en analyse. Bovenstaande beschreven effecten komend uit retrospectieve analyse zijn een voorzichtige aanwijzing dat MSRO zinvol kan zijn en is geen causaal bewijs van effectiviteit. Internationale gerandomiseerde studies naar het effect van MSRO zoals dat lijkt op de Nederlandse praktijk zijn schaars. In Denemarken werden patiënten met leukemie tijdens chemotherapie gerandomiseerd voor een 12-weeks revalidatieprogramma versus

standaard zorg (n=34 vs n=36).¹⁴ Deze interventie liet statistisch en klinisch relevante verbeteringen op EORTC-QLQ-C30, HADS en fysieke uitkomstmaten zien. Een Britse studie heeft 41 patiënten met lokale recidieven gerandomiseerd in een maatwerk multimodale interventie (12 weken) versus wachtlijst.¹⁵ Ondanks dat de beoogde power niet bereikt werd door achterblijvende inclusie, werd een robuuste effectsize gevonden voor verbetering. Borstkankerpatiënten in Zuid-Korea (stadium I en II) werden gerandomiseerd naar een 10-weeks programma met gesuperviseerde training, psycho-educatie, lotgenotencontact en fysiotherapie voor schouder en arm (n=28) versus wachtlijst (n=27).¹⁶ De interventie-groep ging significant vooruit op alle uitkomstmaten.

Het effect van MSRO in Nederland lijkt meetbaar en reproduceerbaar te zijn in deze longitudinale studie (n=218). Tijdens het Colloquium 2024 van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) werden de longitudinale resultaten

gepresenteerd van patiënten uit Sittard (n=90) alwaar een betere kwaliteit van leven op de EORTC-QLQ-C30 werd gemeten na een 14-weeks periode MSRO. Dit is een vergelijkbaar positief effect.

Naast de ervaren postkankerermoeidheid en kwaliteit van leven, is psychologische *distress* van belang. HADS-data werden (vanaf 2023) verzameld om effect op *distress* te kunnen bestuderen; ook hier is daling meetbaar. In 2023 werd een monodisciplinaire psychosociale behandeling in het kader van de richtlijn ‘Aanpassingsstoornis bij patiënten met kanker’ geëvalueerd.¹⁷

In dit cohort werd pre-postanalyse gedaan van 563 van 1.217 patiënten (46%). Bij intake was de populatie qua leeftijd, man/vrouw verhouding, % borstkanker en ervaren last vergelijkbaar met MSRO. Echter bij MSRO waren EORTC-beginscores lager en de HADS-scores hoger. Dit kan betekenen dat de MSRO-groep mogelijk meer complex is. In Rijndam is het hele team van therapeuten dat betrokken is bij de MSRO geschoold in *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) voor de geïntegreerde

aanpak. De ‘omgaan met kankergroep’ gedraaid in een besloten groep van 3-6 lotgenoten in circa 6 sessies versus individueel (toegang tot EMDR, graded exposure etc), psycholoog wordt in alle gevallen voor intake ingezet en zo nodig behandeling. Evenwel wordt een vergelijkbare daling in HADS-somscore (5,2 MSRO) in vergelijking met monodisciplinaire psychosociale behandeling (5,1) gezien.¹⁷

‘Stappen in bewijsvoering MSRO’

CONCLUSIE

MSRO laat meetbare en klinisch merkbare verbeteringen zien van ‘in richtlijn gedefinieerde indicatiecriteria en zorguitkomsten’, ongeacht of *stepped care* wel of niet doorlopen is, en zowel voor in opzet curatieve als palliatieve patiënten. Gerandomiseerde gecontroleerde studies zijn nodig om effectiviteit vast te stellen, de huidige analyse is hier voorbereidend werk voor.

DANKWOORD

Uiteraard is dit werk alleen mogelijk door deelname met toestemming van onze patiënten, waarvoor dank! Dank aan Ellen Claassen voor input in verzamelen en beschrijven van COPM. Alle interdisciplinaire MSRO-teams dank voor de arbeidsintensieve data-aggregatie. Dank aan de organisatie (Raad van bestuur en management) dat er tijd is gemaakt voor analyse en schrijven. ←

Abstract

Background: Dutch interdisciplinary cancer rehabilitation (ICR) has not been proven in randomized controlled trials, evaluating routine practice is important for optimizing care and preliminary work for further study.

Goal: To evaluate routine ICR for patient with curative intent versus stage 4.

Design: Analysis of routinely collected healthcare data

Methods: Consenting patients in ICR (tailored 14-week program, at least two sorts of therapy) were included in the evaluation from intake to completion. Primary outcomes were Rehabilitation Netherlands indicators fatigue and quality of life in specific role-functioning. All subscales were analysed respectively. For the change in time minimal important clinical differences (MICD) were estimated. All routine tests were analysed. Paired tests were applied for the pre-post-effect.

Result: In both groups (after curative intent n=193 and palliative n=24), high scores of psychological distress, fatigue and lower quality of life were measured at the start. At the end of ICR both groups showed significant improvements for cancer-related fatigue and role-functioning and secondary outcomes.

Conclusion: MICD were found for fatigue and role functioning after ICR. For patients treated with curative intent, 82% improved in at least one indicator, and this was 79% in palliative patients. Further comparative research is necessary.

Keywords: Cancer rehabilitation; guideline; cancer related fatigue.



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

Mindfulness: waardevol onderdeel van de poliklinische revalidatie?

Mindfulness in de revalidatie heeft de afgelopen jaren terrein gewonnen. In het UMC Utrecht (UMCU) wordt mindfulnessstraining regelmatig ingezet als onderdeel van de poliklinische revalidatiebehandeling (PRB). Hoe zijn de ervaringen? Hoe wordt mindfulness in andere revalidatie-instellingen aangeboden? In een poging antwoorden te vinden is door middel van een enquête in beeld gebracht in hoeverre mindfulness in de medisch specialistische revalidatie (MSR), geriatrische revalidatiezorg (GRZ) en ziekenhuiszorg in Nederland wordt toegepast. Daarnaast is middels patiëntenevaluaties geïnventariseerd hoe patiënten mindfulnessstraining als onderdeel van hun PRB ervaren in het UMCU. Is mindfulness een waardevol onderdeel van de PRB?



DRS. D. (DAVID) SLUITER

Fysiotherapeut UMC Utrecht

DR. E. (ELINE) SCHOLTEN

Postdoc-onderzoeker Kenniscentrum
Revalidatiegeneeskunde Utrecht

DR. V. (VERA) SCHEPERS

Revalidatiearts UMC Utrecht



CORRESPONDENTIE

d.sluit@umcutrecht.nl

Een revalidatietraject gaat vaak gepaard met twijfels en angsten over de veranderingen en verliezen in de leefsituatie. Mindfulness is mogelijk een geschikte behandeling van psychische en daarmee samenhangende lichamelijke klachten tijdens een revalidatietraject en heeft de afgelopen jaren qua wetenschappelijke onderbouwing terrein gewonnen. Wetenschappelijke literatuur over de effectiviteit van mindfulness bij de meest voorkomende ziektebeelden in de poliklinische revalidatiebehandeling (PRB) in het UMCU (niet-aangeboren hersenletsel (NAH),^{1,2}, neuromusculaire ziekten (NMZ),^{5,9} of oncologische revalidatie^{3,6,7,10}) geeft sterke aanwijzingen dat mindfulness een effectieve interventie kan zijn voor stemmingsstoornissen,

depressieve symptomen, angst en stress, en kan leiden tot een verbeterde kwaliteit van leven. Hierbij gaat het om studies waar het oorspronkelijke achtweekse mindfulnessprogramma, of een aangepaste vorm hiervan, als interventie werd aangeboden.

Oorspronkelijk definieerde Jon Kabat-Zinn de term mindfulness als 'het schenken van aandacht op een bepaalde manier, bewust, in het huidige moment en zonder te oordelen'.⁴ Het veelal toegepaste *Mindfulness Based Cognitive Therapy* programma (MBCT-programma) combineert elementen uit het Mindfulness-Based Stress Reductieprogramma van Kabat-Zinn (MBSR), met elementen uit de cognitieve therapie voor depressie.⁸ Het oorspronkelijke MBCT-programma bestaat uit acht wekelijkse bijeenkomsten van 2-2,5 uur en één stiltedag. De mindfulness-oefeningen worden onderverdeeld in formele oefeningen, zoals de bodyscan en zitmeditatie, en informele oefeningen, waarbij mindfulness wordt geoefend door regelmatig dagelijkse activiteiten met aandacht uit te voeren. Tijdens de training worden deelnemers aangemoedigd om dagelijks te oefenen om hun vaardigheden verder te ontwikkelen.

Om inzicht te krijgen in hoeverre mindfulness in de revalidatie in Nederland wordt toegepast hebben we een online enquête uitgezet (2024) onder zorgprofessionals werkzaam in de revalidatie (MSR, GRZ, ziekenhuiszorg, eerstelijns behandelaren). In totaal hebben 61 zorgverleners verdeeld over 36 revalidatie-instellingen de vragenlijst ingevuld (zie tabel 1). In net iets meer dan de helft (58%) van de instellingen wordt mindfulness aangeboden. Diagnosegroepen waarbij mindfulness wordt aangeboden lopen uiteen van NAH, NMZ en oncologie, tot cardiologie, longziekten, traumatologie/orthopedie en post-IC.

Tabel 1. Uitslag online enquête aanbod mindfulness in revalidatie-instellingen.

Uitslag enquête 61 zorgverleners	
Disciplines zorgverleners	33 revalidatieartsen 21 paramedici 1 verpleegkundige 6 overige behandelaars
Werkzaam in type instelling	32 ziekenhuis 14 revalidatiecentrum 5 zowel ziekenhuis als revalidatiecentrum 2 geriatrische revalidatiezorg 8 overige instellingen (eerstelijns behandelaren)
Houding zorgverlener ten opzichte van mindfulness (positief/neutral/negatief)	41 positief 20 neutraal 0 negatief
Verdeeld over 36 revalidatie-instellingen	
Aanbod mindfulness per instelling	21 instellingen bieden mindfulness aan, waarvan: <ul style="list-style-type: none"> • 16 poliklinisch • 1 klinisch • 4 zowel klinisch als poliklinisch 15 instellingen bieden geen mindfulness aan
Aanbod individueel of groepsvorm	10 individueel 2 in groepsvorm 9 zowel individueel als in groepsvorm.

Opvallend is dat het aanbod qua vorm van de behandeling sterk uiteenloopt. Het aantal bijeenkomsten varieert van meerdere bijeenkomsten (maximaal 10) tot geen specifieke bijeenkomst, maar onderdeel van de paramedische behandeling. De duur varieert van 20 minuten tot 2,5 uur per sessie. Vaak wordt het programma aangepast op basis van individuele hulpvragen van de patiënt. Het varieert dus per instelling in hoeverre er van het originele MBCT-programma wordt afgeweken. Omdat de wetenschappelijke literatuur gebaseerd is op het originele achtweekse programma als interventie, is het de vraag of het afwijken hiervan ten koste gaat van de effectiviteit.

Ondanks de variatie in de praktijk staat twee derde van de zorgverleners wel positief tegenover mindfulness als onderdeel van de revalidatiebehandeling (de overige ondervraagden neutraal), met als belangrijkste redenen voor positieve beoordeling dat mindfulness de patiënt vaardigheden biedt om tot ontspanning te komen en dat het hun lichaamsbewustzijn bevordert. De meest genoemde reden om het niet aan te bieden is dat er te weinig kennis en expertise over in huis is.

MINDFULNESS IN DE POLIKLINISCHE REVALIDATIE IN HET UMC UTRECHT

Naast de ervaring van zorgprofessionals, is het ook belangrijk om te weten hoe patiënten mindfulness ervaren. Recent hebben we in het UMC Utrecht door middel van evaluaties van patiënten in kaart gebracht hoe patiënten (n=55) hun deelname aan de mindfulnessstraining als onderdeel van hun PRB ervaren en hoe zij na afloop hun vooraf opgestelde doelen evalueren.

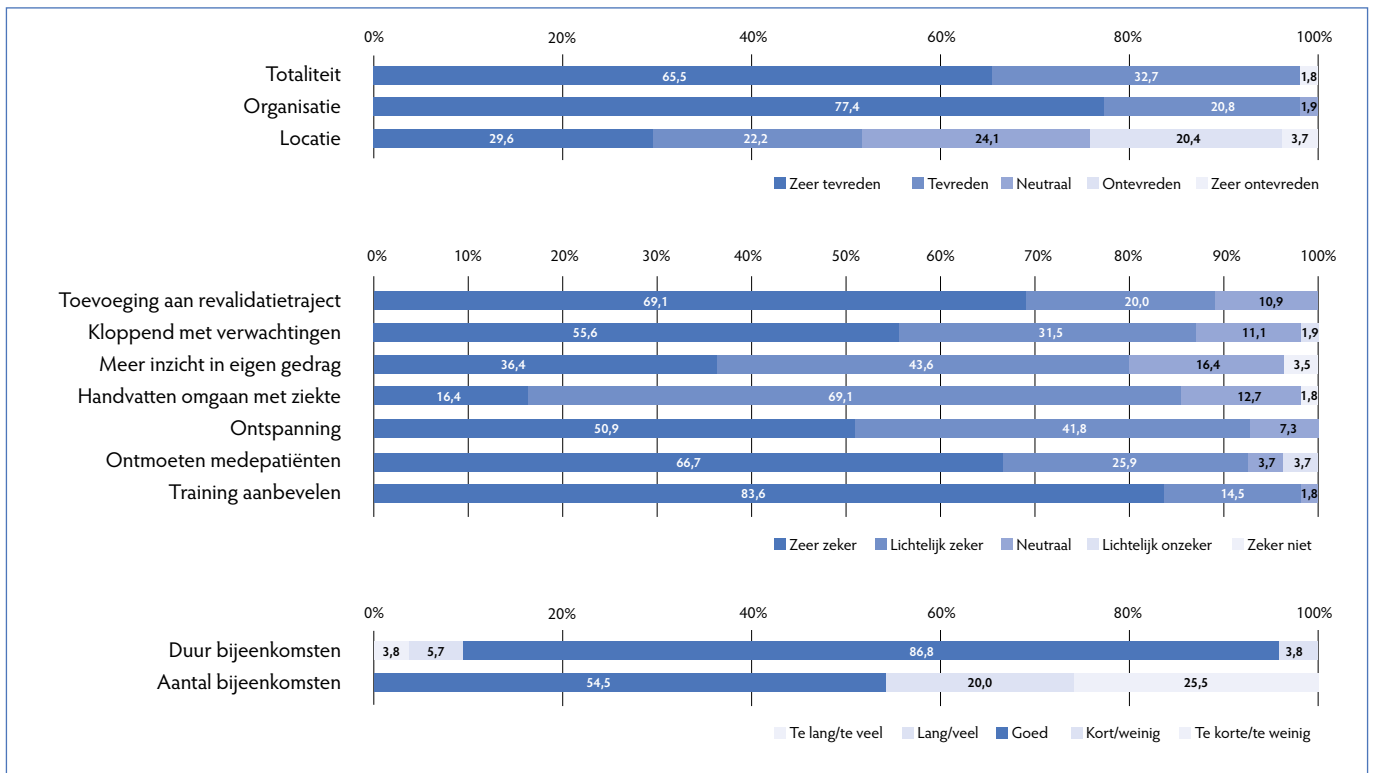
In het UMC Utrecht wordt een zes weken durende mindfulnessstraining (gebaseerd op het acht weken durende MBCT-programma) aan patiënten aangeboden als een uitbreiding van de reguliere PRB. Per week nemen patiënten deel aan een twee uur durende bijeenkomst, daarnaast worden tijdens deze bijeenkomsten dagelijkse oefeningen voor thuis doorgenomen. Over het algemeen ervaren patiënten weinig controle tijdens ziekte, resulterend in

'Opvallend is dat de vorm van de behandeling over de revalidatie-instellingen heen sterk uiteenloopt'

gevoelens van woede, angst, verdriet en machteloosheid. Het idee achter de training is om strategieën aan te reiken om beter om te gaan met de moeilijkheden waarmee patiënten te maken kunnen krijgen tijdens de revalidatie en daarna. Deelnemers ondergaan een revalidatietraject gericht op NAH, NMZ of een oncologisch ziektebeeld. De redenen om het programma in te korten van acht naar zes bijeenkomsten zijn dat het past bij de gemiddelde lengte van de revalidatietrajecten en dat de thema's van de sessies in week 7 en 8 (zelfzorg en vasthouden) ook naar voren komen in de overige individuele behandelingen van het revalidatietraject. Naast het behandelen van de thema's en het doen van formele en informele oefeningen, is er ook ruimte voor contact en uitwisseling van ervaringen met medepatiënten. De afgelopen jaren is de training gegeven door fysiotherapeuten en een psychologe die een opleiding tot mindfulnessstrainer hebben gedaan en mindfulness beoefenen in het dagelijks leven.

UITVOERING TRAINING EN PATIËNTERVARINGEN

Tijdens de PRB signaleert de revalidatiearts samen met de patiënt en de overige behandelaars of er sprake is van klachten van somberheid, spanningsklachten of stress door aanpassingsproblemen en daaraan gerelateerde fysieke klachten. Tijdens het multidisciplinair overleg en in samenspraak met de patiënt wordt bepaald of het volgen van de mindfulnessstraining bij zou kunnen dragen aan het herstel van, of betere omgang met deze klachten. →

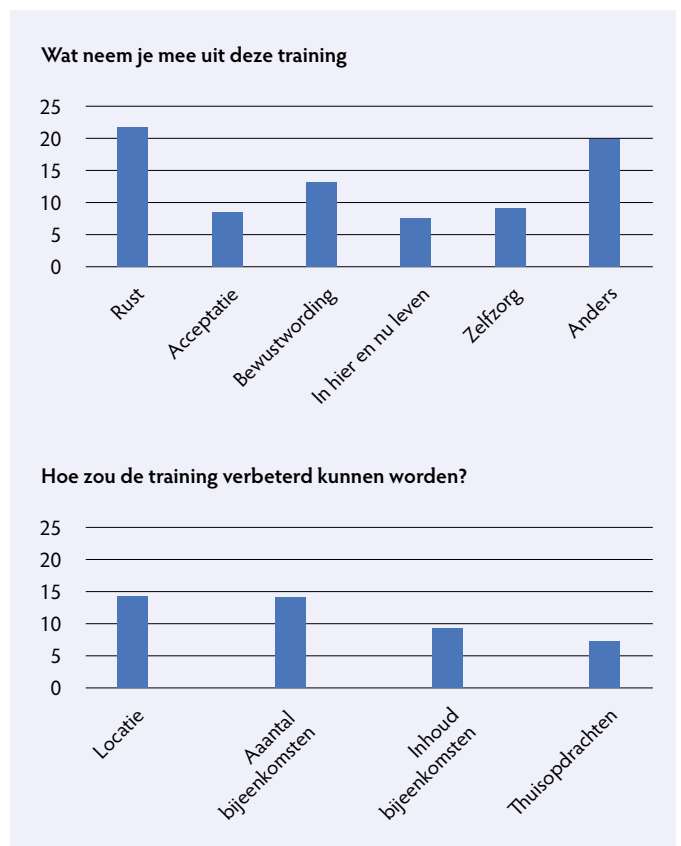


Figuur 1. Beoordeling stellingen evaluatieformulier (n=55).

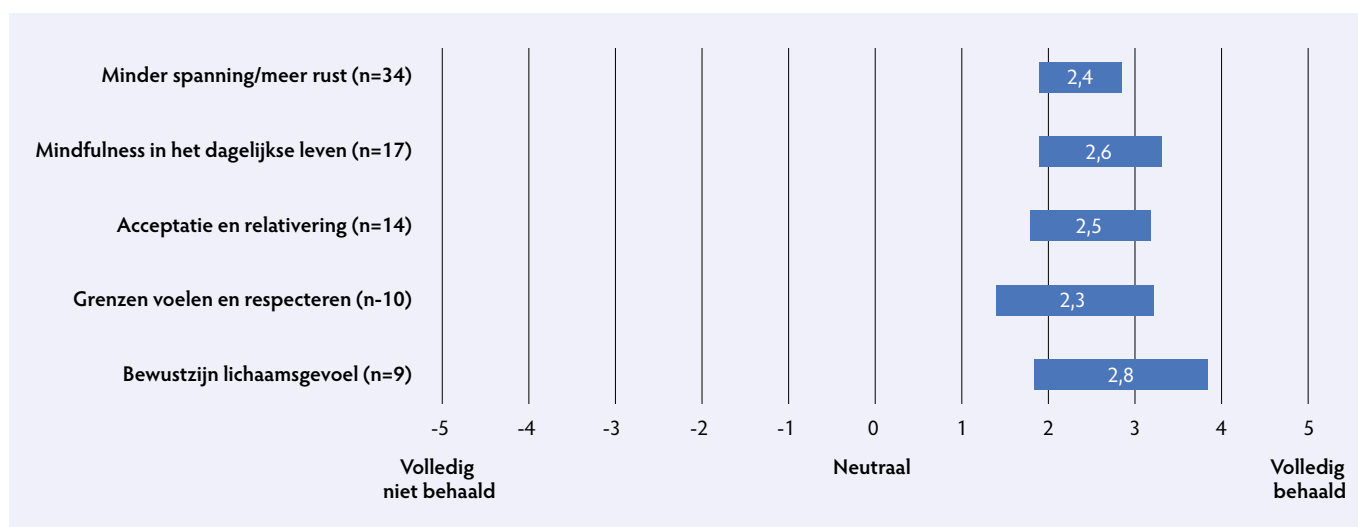
Bij minimaal 5-6 deelnemers gaat de training van start, bestaande uit zes wekelijkse bijeenkomsten van twee uur.

Tijdens de laatste sessie van de training worden de patiënten gevraagd een evaluatieformulier in te vullen. Het formulier bestaat uit twaalf stellingen betreffende praktische en inhoudelijke zaken, te beoordelen door middel van een 5-punts Likertschaal. De beoordeling van 55 patiënten van de twaalf stellingen staan weergegeven in figuur 1. Opvallend in de beoordeling van de stellingen is dat de training overall positief wordt beoordeeld. Punten van aandacht zijn de locatie (de training werd het grootste deel van de tijd in een koele en gehorige oefenzaal gegeven), en het aantal bijeenkomsten (ongeveer de helft van de deelnemers had meer bijeenkomsten willen hebben).

Naast de stellingen werden ook twee open vragen gesteld, gericht op wat de patiënt meeneemt van de training en wat er verbeterd zou kunnen worden. Deze antwoorden zijn gecategoriseerd. Patiënten konden meerdere antwoorden geven. De frequentie van de meest genoemde categorieën van antwoorden op de open vragen staan in figuur 2. Bij de open vragen is te zien dat patiënten het meeste leren in het ervaren van rust. In het oog springende aandachtspunten voor verbetering zijn wederom de locatie en het aantal bijeenkomsten.



Figuur 2. Frequentie meest genoemde categorieën van antwoorden op de open vragen.



Figuur 3. Meest voorkomende categorieën doelen en gemiddelde scores met 95% betrouwbaarheidsinterval.

In de eerste bijeenkomst werden de deelnemers gevraagd om twee of drie doelen op te schrijven en vervolgens bij de trainer in te leveren. In de zesde, laatste bijeenkomst werden de formulieren teruggegeven en werden de deelnemers gevraagd de doelen te evalueren door middel van een score op een 10-puntsschaal (-5 volledig niet behaald, 0 neutraal, 5 volledig behaald). In totaal stelden 55 patiënten 137 doelen op. Deze zijn vervolgens gescoord en gecategoriseerd. De gemiddelde scores van de meest genoemde categorieën aan doelen zijn weergegeven in figuur 3. De meeste doelen zijn gericht op het verkrijgen van innerlijke rust. Deelnemers lijken na de zes weken durende mindfulness-training een aanzienlijk deel van hun doelen te behalen. De gemiddelde scores liggen tussen de 2,3 en 2,8 op een schaal van -5 tot 5 (volledig niet behaald tot volledig behaald).

CONCLUSIE

Op basis van de positieve bevindingen in de wetenschappelijke literatuur, de resultaten van een enquête onder zorgprofessionals en de ervaring van patiënten, lijkt mindfulness een waardevolle toevoeging aan de revalidatiezorg te zijn. De aandacht voor beleving, stress en ziekte-cognities zorgt voor gepersonaliseerde zorg. Toch zijn er bij deze inventarisatie ook kanttekeningen te plaatsen. Het is opvallend dat er bij de online enquête onder zorgprofessionals niemand heeft gereageerd die negatief tegenover mindfulness staat. Doordat de enquête via *social media* is aangeboden, hadden respondenten zelf de keuze hierop te reageren. De kans bestaat dat dit heeft geleid tot een responsebias, waarbij vooral behandelaars met affiniteit met mindfulness hebben gereageerd.

Ook is de variatie qua inhoud en duur van de mindfulness-training over de verschillende instellingen heen groot. Omdat de wetenschappelijke literatuur gebaseerd is op het originele achtweekse programma als interventie, is het de vraag of het afwijken hiervan niet ten koste gaat van de effectiviteit en de ervaring.

'Onze inventarisatie heeft laten zien dat mindfulness door patiënten als waardevol wordt gewaardeerd'

Dus, ondanks dat mindfulness een waardevol onderdeel van de revalidatiebehandeling lijkt, is meer eenduidigheid over wat er onder een behandeling met mindfulness wordt verstaan nodig. Onze inventarisatie heeft wel laten zien dat mindfulness zoals dat nu wordt aangeboden in het UMC Utrecht door patiënten als waardevol wordt gewaardeerd.

DANKWOORD

Silke Westerbeek, Marijke van der Slikke, Marie-José van der Putten, Joke Hoekstra-Slikkerveer. ←



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

Net-Als-Jij – zorginnovatie voor en door jongeren voor een betere transitiezorg in de revalidatie

De transitie in zorg blijkt voor jongeren met een ontwikkelingsbeperking en hun ouders ingrijpend en ook de weg naar volwassenheid is uitdagend. Uit focusgroepgesprekken met jongeren en ouders werden verbeterpunten opgehaald, waarna we in co-creatie met hen diverse tools hebben ontwikkeld die beschikbaar zijn gesteld via de website www.netalsjij.nl. Ook jou en jouw organisatie kunnen zij verder helpen!



DR. I. (IRIS) VAN WIJK

Kinderrevalidatiearts, onderzoeker De Hoogstraat Revalidatie en Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht, samenwerking tussen De Hoogstraat Revalidatie en het UMC Utrecht Hersencentrum (KCRU)

C.J.C. (CECILIA) KALSBECK MSC

Onderzoeker, gedelegeerd projectleider, Kalsbeek-Impact, Amersfoort

PROF. DR. J.W. (JAN WILLEM) GORTER

Hoogleraar Kinderrevalidatiegeneeskunde en kinderrevalidatiearts, afdeling Revalidatie, Fysiotherapiewetenschap en Sport, UMC Utrecht, locatie WKZ en Prinses Maxima Centrum en KCRU



CORRESPONDENTIE

i.wijk@dehoogstraat.nl

Jongeren met een ontwikkelingsbeperking sinds de kinderleeftijd maken tussen hun 16e en 20e jaar de transitie naar volwassenenzorg. Voor veel jongeren blijkt sociale participatie op vele levensterreinen (school, werk, sport, etc.) moeilijker te realiseren dan ze zelf verwachtten.^{1,2}

Ook de transitie in zorg blijkt voor veel jongeren ingrijpend. In deze overstap komen jongeren, ouders en zorgverleners regelmatig problemen tegen: onvoldoende zelfredzaamheid, achterblijven bij het bereiken van sociaal-emotionele mijlpalen, 'drop out' uit behandelprogramma's en gebrekkige therapietrouw met alle gezondheidsgevolgen van dien. Kinderen en jongeren

(10 t/m 25 jaar) met een chronische aandoening geven bovendien aan minder zin in de toekomst te hebben en zich meer zorgen over hun toekomst te maken, dan hun leeftijdgenoten.^{3,4} Daarnaast is het leeftijdconform loslaten voor ouders lastig. In de transitiefase is het belangrijk dat jongeren zichzelf eigenaar gaan voelen van hun gezondheid en zorgproces. Informatie speelt daarbij een belangrijke rol en uit onderzoek blijkt dat jongeren vooral informatie willen waarin zij zichzelf herkennen, en dat de vorm en inhoud aansluiten bij hun belevingswereld.^{2,5} Het delen van ervaringskennis is hierbij een belangrijk element. Jongeren nemen op deze leeftijd sneller goede raad aan van leeftijdsgenoten dan van volwassenen.

Kwaliteitsstandaard Transitiezorg

In 2022 is door het Zorginstituut Nederland (ZIN) onder de vlag van de Federatie Medisch Specialisten (FMS) de Kwaliteitsstandaard verbeteren Transitiezorg uitgebracht⁴ met hierin drie leidende principes (goede voorbereiding, samenwerking kind- en volwassenenzorg, wensen van jongeren) en vier concrete aanbevelingen (individueel transitieplan, transitiecoördinator, warme overdracht en verlengd consult). Verschillende instrumenten zijn ontwikkeld om het proces van transitie in zorg goed te begeleiden. Een goed overzicht van de tools vind je op: <https://jongpit.nl/zorg/transitie-in-de-zorg/> <https://www.opeigenbenen.nu/professionals/transitie-toolkit/jongere/>

PROJECT NET-ALS-JIJ

In het zorginnovatie project 'Net-Als-Jij' hebben we jongeren met cerebrale parese (CP), spina bifida of een aanlegstoornis of amputatie van het been en hun ouders gevraagd naar wat er beter had gekund in de transitiefase. Hiermee en met al bestaande informatie hebben we (informatie)materiaal ontwikkeld dat optimaal aansluit en herkenning geeft voor zowel jongeren als ouders.



Hiermee kan het gesprek tussen ouders en jongeren en tussen jongeren en zorgverleners op gang gebracht worden. Ook kunnen we jongeren met herkenbare voorbeelden beter voorbereiden op de transitie, bewust maken van deze belangrijke fase in hun leven, en hun zelfmanagement versterken. Voor professionals biedt het (nieuwe vormen van) houvast om de transitiezorg te verbeteren.



Figuur 1. De Design Thinking Methode.

METHODE

We hebben gewerkt vanuit de *Design Thinking Methode*, zie figuur 1. In alle fasen van het onderzoek hebben jongeren, hiervoor gevraagd door hun eigen revalidatiearts, geparticipeerd. In de projectgroep nam per diagnosegroep één jongere deel; met behulp van de participatiematrix konden zij hun gewenste rollen kiezen in het project.

Stap 1: (*Empathize*) wat is het probleem vanuit het perspectief van de jongere, ouders en zorgverleners?

De onderzoeksvraag die in 'Net-Als-Jij' centraal stond was: wat zijn de ervaringen van jongeren die de transitie al hebben meegemaakt en hun ouders: wat hebben ze gemist en wat heeft geholpen?

Er zijn drie (één per diagnose) online focusgroepgesprekken met de jongeren gehouden, en één focusgroepgesprek voor ouders van de jongeren uit alle drie de diagnosegroepen. Via een thematische analyse werd uit de data een aantal thema's gedestilleerd.

Ook is er een online enquête verstuurd aan de zorgprofessionals (fysiotherapeuten, ergotherapeuten, maatschappelijk werkers, psychologen, revalidatieartsen en verpleegkundig specialisten) die met deze drie doelgroepen in het WKZ/De Hoogstraat werken.

Stap 2 (*Define*) opstellen rapport

Een klankbordgroep samengesteld uit zorgprofessionals uit de verschillende kinder- en volwassenzorgteams, alsmede vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties, heeft de onderzoeksresultaten beoordeeld en aangevuld. Hiermee en met de bestaande literatuur werden thema's uitgewerkt in de co-creatiegroepen. Uit de focusgroepgesprekken is gebleken dat jongeren (n=12) en hun ouders (n=5) vaak niet goed weten wat hen te wachten staat in de overgang van kind- naar volwassenzorg. Ook weten zij vaak niet met welke vragen zij waar terecht kunnen. Er is behoefte aan betere informatievoorziening en met name aan ervaringsverhalen van jongeren die het proces al hebben doorgemaakt. Ook willen jongeren graag gezien worden als meer dan hun aandoening: personen met ambities, dromen en passies. Ouders geven aan behoefte te hebben aan handvatten voor het voorbereiden op de transitie.

Stap 3 (*Ideate*) Co-creatie

Er werd één co-creatiegroep met jongeren (alle drie diagnoses vertegenwoordigd) en één met ouders geformeerd. Samen met de jongeren, de ouders en een designer (Hjalmar Haagsman) werden diverse producten ontworpen

'Participatie van jongeren in alle fasen van het project leverde betekenisvol materiaal op dat echt aansluit bij hun behoeftes'

Stap 4 (*Prototype*) Het volgende materiaal is ontwikkeld:

- Ervaringsverhalen (blogs en vlogs) van jongeren en ouders over verschillende transitie-thema's. Tevens zijn ervaringen/tips van professionals beschreven bij de diverse thema's.
- Toegankelijke informatie (diagnose-overstijgend en diagnose-specifiek) over seksualiteit en links naar bestaande goede informatie.
- De bodymap-transitietool: In overleg met het Nivel en Games4Health is de door hen ontwikkelde tool om de behandellast in kaart te brengen aangepast naar een versie voor de transitiefase. Deze kan worden gebruikt als gespreksinstrument tussen de jongere en de professional, en kan de jongere beter voorbereiden op een gesprek en laten nadenken over wat zij op dat moment belangrijk vinden (verbeteren zelfmanagement) om te bespreken. →

- **Mijn Team:** ontwikkeld om de jongere en hun ouders beter voor te bereiden op wat hen te wachten staat in de volwassenzorg. Met de interactieve PDF kunnen de jongeren op een overzichtelijk A4-tje hun 'eigen' team van ondersteuners (professionals, maar ook informele begeleiders) beschrijven. Dit kan het gevoel versterken dat ze er niet alleen voor staan, ondanks dat de volwassenzorg anders is ingericht dan de kindzorg. Per discipline zijn voorbeeldvragen aangegeven om te helpen bij het stellen van vragen. In de tool wordt verwezen naar de uitgebreidere tekst op de website, over wat de diverse disciplines in de transitiefase voor de jongeren kunnen betekenen.
- **Checklist sollicitatie:** de checklists die waren ontwikkeld voor jongeren met een korte arm in de transitiefase (zie www.nikstekort.nl) zijn aangepast naar de diagnosegroepen CP, Spina Bifida en aanlegstoornis been.
- **Transitieroute:** om de jongeren en hun ouders beter voor te bereiden op de transitiefase. Tevens is van dit instrument een workshopformat ontwikkeld, om zorgprofessionals vanuit de kindzorg en volwassenzorg samen met jongeren in gesprek (en praktisch aan de slag) te laten gaan met het verbeteren van de transitiezorg.
- **Net-Als-Jij kaartspel:** ontwikkeld om aan de hand van prikkelende vragen/stellingen het gesprek tussen jongere en ouders (of jongeren onderling) over relevante thema's in de transitiefase op gang te brengen.

Stap 5 (Test) implementatie

Alle bovengenoemde informatie en ontwikkelde tools staan op een openbare - mede door de jongeren ontworpen - website: www.netalsjij.nl. Er is een contactformulier en er zijn links geplaatst naar andere transitie-informatiebronnen, de Kwaliteitsstandaard Transitiezorg van ZIN, en naar de websites van de relevante patiëntenverenigingen.

De resultaten van dit project zijn uitgebreid gedeeld via de kanalen van de revalidatie en patiëntverenigingen en op congressen en symposia. Afspraken over duurzame borging van het materiaal zijn gemaakt. Er zijn diverse succesvolle workshops georganiseerd waarin de jongeren participeerden. Hier is feedback opgehaald en zijn er aanpassingen en aanvullingen gedaan op het materiaal op de website.

CONCLUSIES

Jongerenparticipatie in alle onderdelen van het project heeft geleid tot de ontwikkeling van materiaal waar echt behoefte aan is en dat aansluit bij hun taal en behoeftes. Voor het verbeteren van de transitiezorg is goede communicatie en afstemming tussen professionals van de kind- en volwassenzorg cruciaal.



Illustratie: Hjalmar Haagsman

De tools uit het Net-Als-Jij project kunnen daarin ondersteunen. De website www.netalsjij.nl waarop al deze tools te vinden zijn, is op 1 juli 2022 live gegaan en wordt nog steeds veel bezocht. We hopen nog veel meer revalidatieteams (en andere zorgprofessionals) te inspireren om met behulp van het Net-Als-Jij materiaal de zorg voor jongeren in de transitiefase te verbeteren. Het aanvragen van een workshop in de eigen organisatie of presentatie kan via het contactformulier op de website.

Hoe de jongeren het hebben ervaren:

'Ik vond het mooi om te zien hoe onze input écht gebruikt is. Vanuit de focusgroepen is zo eerlijk gerapporteerd. Het stond gewoon zwart op wit wat wij hebben meegemaakt en wat we vinden, zonder daar doekjes om te winden. Ik voelde me echt gehoord. Hoe we daarvanuit in heel veel stapjes echt samen terecht zijn gekomen bij de website en de tools, zoals ze er nu zijn. Om het voor andere jongeren beter te maken. Een fascinerend proces waar ik met veel plezier aan heb meegewerkt.'

DANKWOORD

Dank aan alle jongeren die dit project hebben gedragen en nog steeds uitdragen: Kai Lin van Berkel, Kim de Rooij en Veronique Visser vanuit de werkgroep, Max Beentjes, Manu Heezen, Neeltje Verrijt, en Lisa Pijpers vanuit de co-creatiegroep. ←



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

Lustrumcongres 70 jaar VRA
11 april 2025 Amersfoort

BACK TO THE FUTURE

DAGPROGRAMMA

Dagvoorzitter
Talitha Muusse

Keynote sprekers
Edwin Geleijn
Esther Cornegé en Paulien Goossens
Femke Nijboer

Feestelijke afsluiting
Generatietheater
Cabaretier Viggo Waas

DINER EN FEEST

Dresscode: stap in de tijdmachine
naar je favoriete tijdperk!



**SCHRIJF
JE IN!**



www.rehabilitationmedicinecongress.nl



NEDERLANDSE
VERENIGING VAN
REVALIDATIEARTSEN

WIJ DELEN GRAAG
ONZE KENNIS

WIST U DAT?

AbbVie u op verschillende manieren kan ondersteunen in de educatie rondom de behandeling van spasticiteit na een beroerte



Meer weten?

Scan de QR-code of ga naar het AbbVie Medical Institute (AMI) voor:

- Promotie en educatieve materialen
- Educatieve slide decks en video's
- Patiënt casuïstiek
- Overzicht congressen en nascholing
- Aanvragen ondersteunende materialen
- Kennis en actualiteit omtrent spasticiteit na een beroerte



Het AMI platform bevat informatie specifiek voor Healthcare Professionals.