

Revalidata



IN DIT NUMMER:

VRA COLLOQUIUM

Programma

Abstracts

De CVA zorg en revalidatie moet veranderen; dat vraagt veel van de organisatie

WTR-bijeenkomst: De traumatische schouderluxatie

Werkgroep Artsen van het Nederlands-Vlaams Dwarslaesie Genootschap (NVDG) Jaarverslag 2007 en Jaarverslag 2008

Concilium Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen
Jaarverslag 2008

148

31E JAARGANG
APRIL 2009

V R A

De i-LIMB Hand



TOUCH BIONICS
Get a grip on functionality.



COLOFON

Revalidata is een mededelingen- en informatieperiodiek van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) en verschijnt als regel in de even maanden van het jaar.

DE REDACTIE WORDT GEVORMD DOOR

Drs. G.A. Balk, drs. A. Bolt, drs. B. Drentje, dr. P.H.T.G. Heuts.

EINDREDACTIE

Drs. B. Drentje

REDACTIEADRES

Inge Zweerts de Jong

Postadres:

UMCG, Centrum voor Revalidatie

t.a.v. mw. P.H. Zweerts de Jong

Postbus 30.001

9700 RB Groningen

Tel.: 050 - 361 22 95

E-mail: p.h.zweerts@rev.umcg.nl

UITGEVER, ADVERTENTIES EN ABONNEMENTEN

DCHG Partner in medische communicatie

Zijlweg 70

2013 DK Haarlem

Tel: (023) 551 48 88

Fax: (023) 551 55 22

E-mail: info@dchg.nl

Internet: www.dchg.nl

OPMAAK

DCHG, Haarlem

VOORPLAAT

Vrouw met elefantiasis-benen en zes tenen. Uit: *Wonderen der Natuur in de Menagerie van Blauwe Jan te Amsterdam zoals gezien door Jan Velten rond 1700.*

Artis Bibliotheek, Bijzondere Collecties Universiteit van Amsterdam

ABONNEMENT

Jaarabonnement € 60,00.

Schriftelijke opzegging ten minste 4 weken voor het eind van de termijn. Daarna worden abonnementen automatisch verlengd. Revalidata verschijnt zesmaal per jaar.

INZENDING KOPIJ

Per e-mail met attachments.

Complete tekst met eventuele afbeeldingen of tabellen in de tekst aanleveren. Teksten in Word (niet in pdf).

Daarnaast tevens figuren, foto's of andere afbeeldingen ook los van de tekst aanleveren als jpg of tiff.

Nummers in 2009	Kopijsluiting datum	Week van verschijnen
149	1 mei	25
150	1 juli	34
151	1 september	43
152	1 november	50

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.

ISSN 1383-3464

In dit nummer

VRA COLLOQUIUM

Programma

2

Abstracts

4

ONDERZOEK EN PUBLICATIE

De CVA zorg en revalidatie moet veranderen; dat vraagt veel van de organisatie

13

VAN DE GREMIA

WTR-bijeenkomst: De traumatische schouderluxatie

18

Werkgroep Artsen van het Nederlands-Vlaams Dwaarslaesie

Genootschap (NVDG)

Jaarverslag 2007

20

Jaarverslag 2008

21

Concilium Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen

Jaarverslag 2008

22

Kwaliteitscommissie VRA Jaarverslag 2008

24

Werkgroep TraumaRevalidatie (WTR) Jaarverslag 2008

26

Plenaire viciatiecommissie Revalidatiegeneeskunde

Jaarverslag 2008

29

Kerngroep Jaarverslag 2008

32

Platform Kinderrevalidatieartsen (inmiddels Sectie

Kinderrevalidatiegeneeskunde) Jaarverslag 2008

34

Platform Kinderrevalidatie wordt Sectie Kinderrevalidatiegeneeskunde!

36

KERNGROEP

Nieuwe samenstelling Kerngroep

38

ACTUEEL

'Loont' de liner?

39

DISCUSSIE

Geachte redactie

41

PERSBERICHT

Fusiebesprekingen Rijndam revalidatiecentrum en revalidatiecentrum De Waarden

44

Programma van VRA Colloquium vrijdag 17 april 2009

TIJD	ONDERWERP
09.00 -10.00 uur	Ontvangst
10.00 -10.05 uur	Welkom en opening door ochtendvoorzitter dhr. drs. L.E.G. Roijen, revalidatiearts
10.05 -12.00 uur	Sessie 1 - Voordrachten (zie bijlage 1)
10.00 -12.00 uur	Sessie 2 - Workshop (zie bijlage 2), maximaal 60 personen, deelname op volgorde van inschrijving
12.00 -13.00 uur	Lunch
13.00 -13.10 uur	Opening en welkom middagprogramma door dhr. V.O.M. Buitendijk, Raad van Bestuur Libra Zorggroep
13.10 -13.30 uur	Ludiek intermezzo
13.30 -15.30 uur	Colloquium
15.30 -16.00 uur	Pauze
16.00 -18.00 uur	ALV
18.00 uur	Afsluiting met drankje en een hapje

BIJLAGE 1: OCHTENDPROGRAMMA VAN VRA COLLOQUIUM VRIJDAG 17 APRIL 2009 SESSIE 1: VOORDRACHTEN	
TIJD	ONDERWERP LEZING
10.00 - 10.05 uur	Welkom en opening door ochtendvoorzitter Dhr. drs. L.E.G. Roijen
10.05 - 10.25 uur	"Intrathecale Baclofen behandeling in Tilburg voor kinderen en volwassenen" Mw. drs. M.J.P.M. Geerts, revalidatiearts Revalidatiecentrum Leijpark Dhr. drs. E.J. Schouten, revalidatiearts Revalidatiecentrum Leijpark
10.25 - 10.45 uur	"Amputatie(s) bij CRPS type 1" Mw. drs. W.M.C.G. Hitters, revalidatiearts Revalidatiecentrum Blixembosch
10.45 -11.05 uur	"Vroege Intensieve Neurorevalidatie (VIN) op weg naar volwassenheid" Dhr. dr. H.J. Eilander, Ontwikkelings- en neuropsycholoog, onderzoeker Revalidatiecentrum Leijpark
11.05 - 11.15 uur	Pauze
11.15 - 11.35 uur	"Coping stijlen bij hersenletsel patiënten" Mw. drs. G. Wolters, neuropsycholoog - onderzoeker.
11.35 - 11.55 uur	"Revalidatie en sport, samen in bewegen." Subtitel "Ondertekening Samenwerkingsconvenant VRA (Werkgroep VRA Bewegen en Sport) en Gehandicaptensport Nederland" Dhr. drs. P.J.C.M. van Leeuwen, revalidatiearts Revalidatiecentrum Blixembosch Dhr. dr. R. Dekker, voorzitter werkgroep VRA bewegen en sport
11.55 - 12.00 uur	Afsluiting door ochtendvoorzitter Dhr. drs. L.E.G. Roijen

BIJLAGE 2**SESSIE 2: WORKSHOP ACT, MAX. 60 DEELNEMERS, DEELNAME OP VOLGORDE VAN INSCHRIJVING**

TIJD	ONDERWERP LEZING
10.00 - 12.00 ur	<p>Workshop "ACT in Revalidatie": een workshop over de mogelijkheden van toepassing van Acceptance & Commitment Therapy in revalidatieteams</p> <p>Dhr. dr. P.H.T.G. Heuts, revalidatiearts Revalidatiecentrum Leijpark, Tilburg. Mw dr. K.G.M. Schreurs, psycholoog, Revalidatiecentrum Het Roessingh, centrum voor revalidatie, Enschede.</p> <p>Doel:</p> <ul style="list-style-type: none">- bondige inleiding in de achtergronden van Acceptance & Commitment Therapy- toelichting op het belang van de Relational Frame Theory (RFT)- inleiding in het klinische model van ACT (de hexaflex)- overzicht van de 6 dagen durende cursus voor revalidatieteams <p>Opzet:</p> <ul style="list-style-type: none">- korte lezingen- een reeks van oefeningen- overzicht van de 5 onderdelen, waaruit de cursus is opgebouwd: <ol style="list-style-type: none">1. RFT: relational frame theory;2. KP(H): klinische processen(hexaflex);3. M&O: metaforen en oefeningen4. POH: persoonlijke ontwikkeling hulpverlener;5. CC: casus conceptualisatie

Abstracts Colloquium

Long-term functional outcome and quality of life after Steindler flexorplasty

Author: B.J. Duijnisveld, MD, MSc¹

Co-authors: S. Hogendoorn, MD, MSc¹, T. Verhaaf¹, Prof. dr. R.G.H.H. Nelissen¹

¹ *Leiden University Medical Center*

INTRODUCTION

Traumatic brachial plexus injuries (TBPI) often lead to long-term functional disabilities. The Steindler flexorplasty could restore active flexion of the paralyzed elbow by transposition of the flexor-pronator origin to a more proximal location on the humerus.

AIM

The purpose of this study was to assess the functional outcome and quality of life after Steindler flexorplasty.

PATIENTS

From 1991 to 2008, a prospective follow-up study was performed including 44 adult TBPI patients who received Steindler flexorplasty. The

median follow-up was 3.2 years (range 0.5 to 15). One patient was lost to follow-up.

METHODS

Pre- and post-operatively, the range of motion (ROM) and strength (MRC score from 0 to 5) were assessed together with the quality of life questionnaires DASH and SF-36 on a scale from 0 (dissatisfied) to 100 (satisfied).

RESULTS

Pre-operatively, the median active elbow flexion was 0° (Interquartile range (IQR) 19°) with a median MRC biceps strength of 1 (IQR 3). At final follow-up, the median active elbow flexion was increased to 110° (IQR 30°) with a median MRC

strength of 4 (IQR 0), the median flexion contracture was 10° (IQR 14°), the median active pronation 90° (IQR 0°) and the median active supination 18° (IQR 35°). The median DASH score was 68 (IQR 37) and the median SF-36 score was 74 (IQR 32).

CONCLUSIONS

The Steindler flexorplasty improves elbow flexion ROM and strength. To improve functional outcome and quality of life, TPBI patients with residual functional impairment should be considered for operative treatment in their rehabilitation program.

B.J. Duijnisveld
bj.duijnisveld@lumc.nl

Dysautonomia after severe traumatic brain injury

Author: drs. J.H.M. Heeren¹

Co-authors: P. Vos MD ², HT Hendricks MD, PhD^{3,4}

¹ St Maartenskliniek, Rehabilitation Centre, Nijmegen

² Institute of Neurology, Radboud University Medical Centre, Nijmegen

³ Groot Klimmendaal, Rehabilitation Centre, Arnhem

⁴ Department of Rehabilitation Medicine, Radboud University Medical Centre

INTRODUCTION

Dysautonomia after traumatic brain injury (TBI) is a frequently misinterpreted syndrome, characterized by paroxysms of increased heart rate, respiratory rate, temperature, blood pressure, muscle tone and profuse sweating. It develops generally in the subacute phase and it may last for weeks or even months. The pathophysiological background is still debated. The prognostic importance of dysautonomia is unclear.

AIM

This study addresses the incidence of dysautonomia, the clinical variables which are associated with dysautonomia and the functional outcome of dysautonomia patients compared to patients without dysautonomia.

METHODS

A retrospective case-control study of patients with severe TBI (Glasgow Coma Score (GCS) < 8 on admission) was designed. We distinguished patients with and without dysautonomia. The Extended Glasgow Coma outcome Score was used as outcome measure, mean follow up 17 months (range 6-25 months).

RESULTS

76 of 119 patients survived and were eligible for follow up. The incidence of dysautonomia was 11.8%. Paroxysms were prevalent during a mean period of 20.1 days (range 3-68) and were often initiated by discomfort. Patients with dysautonomia showed significant longer periods of coma (24.7 versus 7.9 days) and mechanical

ventilation (22.6 versus 7.2 days). Furthermore, dysautonomia was associated with the occurrence of diffuse axonal injury (DAI) (RR20.8, CI 4.9-83.3). There was no significant difference in outcome.

CONCLUSIONS

Dysautonomia occurs quite regularly in TBI patients with a GCS of 3 on admission and DAI and it is associated with several measures of brain injury severity. However, it implies not automatically poor outcome. The initiation of dysautonomia by discomfort underlines the excitatory inhibitory ratio model.

J.H.M. Heeren

a.heeren@maartenskliniek.nl

Swanson metacarpophalangeal joint arthroplasty in the rheumatoid hand: A comparison of pre- and postoperative occupational performance measurements

Author: A. F. Hoeksma, MD, PhD¹

Co-authors: drs. P.C.D. Tomassen², drs. F.H. de Graaf³

¹ Jan van Breemen Institute, Amsterdam

² RC de Trappenberg, Huizen

³ Vumc Amsterdam

OBJECTIVE

We have good clinical experience with Swanson metacarpophalangeal joint (MCP) arthroplasty in dealing with pain, impairments and aesthetics. However, postoperative decrease in MCP flexion seems to be in contrast with reported increase in dexterity. Therefore, we studied all short-term effects, to learn what elements are most valuable for occupational performance.

METHODS

Nineteen patients with rheumatoid arthritis (RA), who underwent Swanson MCP arthroplasty, were included in this prospective study. Preoperatively and six months after surgery hand function, im-

pairments, aesthetics and patient satisfaction were assessed. At six months patients were assessed with regard to their preoperatively expressed expectations.

RESULTS

The total arc of motion was unchanged, but moved towards extension: the mean MCP extension deficit improved from 53° to 14°, the mean MCP flexion decreased from 89° to 49°. Ulnar deviation improved from 40° to 4°. PIP flexion increased significantly from 74° to 81°, thereby partly compensating for the decreased MCP flexion. Together, all finger joints regained a functional arc of motion. Pain and aesthetics improved dramatically. Functional assessment with the

Sequential Occupational Dexterity Assessment showed no significant change, but the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) showed important and significant improvement in those activities that were the reason for the patient to request surgery.

CONCLUSIONS

The short-term outcome of hand function, pain, dexterity and aesthetics was good. The increase in PIP flexion can partly compensate the decrease in MCP flexion. For the assessment of changes in occupational performance after surgical interventions in patients with RA, the COPM is the instrument of choice.

ITB therapie* meer met minder

Bij ITB therapie is de dosis medicatie 100 keer kleiner dan bij oraal gebruik.¹ Patiënten met ernstige spasticiteit die ITB therapie ontvangen ervaren een aanzienlijke vermindering van spasticiteit en spasmen.²

* ITB therapie is het gebruik van een geïmplanteerde, programmeerbare geneesmiddelpomp waarmee de antispasme medicatie wordt toegediend op de plaats waar het nodig is.

ITB therapie leidt tot een verbetering van de levenskwaliteit³ en dagelijkse activiteiten als baden, aan- en uitkleden.^{4, 5, 6}



Bronvermelding:

1. Penn RD et al. N England J. Med 1980; 320:1517-21
2. Coffey RJ et al. Intrathecal baclofen for intractable spasticity of spinal origin. J Neurosurg 1995; 78: 226-223
3. Stammen L, Tsai T. Intrathecal baclofen pumps use for spasticity: a clinical survey. Am J Phys Med Rehabil 2006; 79 (6): 536-541
4. Loubser PG, et al. Continuous infusion of intrathecal baclofen: long-term effects on spasticity in spinal cord injury. Paraplegia 1991; 29: 48-64
5. Parke B, et al. Functional outcome following delivery of intrathecal baclofen. Arch Phys Med Rehabil 1986; 70: 30-32
6. Azouvi P, Mana M, Thiebaut JB, Denys P, Remy-Neris O, Busset B. Intrathecal baclofen administration for control of severe spinal spasticity: functional improvement and long-term follow-up. Arch Phys Med Rehabil 1996; 77: 35-39

www.medtronic.com

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met 045-5668375

Age at first prosthetic fitting and later functional outcome in children and young adults with unilateral congenital below-elbow deficiency: a cross-sectional study

Author: drs. K. Huizing¹

Co-authors: Heleen A. Reinders-Messelink, PhD¹, Carel G.B. Maathuis, MD, PhD¹, Mijna Hadders-Algra, MD, PhD^{1,2}, Corry K. van der Sluis, MD, PhD¹

¹ Center for Rehabilitation, University Medical Center Groningen

² Department of Pediatrics - Developmental Neurology, University Medical Center Groningen

INTRODUCTION

Little evidence for a relationship between age at first prosthetic fitting in children with unilateral congenital upper limb deficiency and functional outcomes is available in literature.

Aim: To evaluate whether prosthetic fitting before the age of one year is associated with better outcomes in children with unilateral congenital below-elbow deficiency compared to children fitted after the age of one.

SUBJECTS

Twenty subjects aged 6–21 years, 5 prosthetic users and 15 non-users.

METHODS

The Child Amputee Prosthetics

Project-Prosthesis Satisfactory Inventory, the Prosthetic Upper Extremity Functional Index and videotapes of tasks from the Skill Index Ranking Scale. Users were tested with and without their prostheses.

RESULTS

Initial prosthetic fitting before one year of age was related to use a prosthesis for at least 5 years ($p = 0.01$). Age at first fitting was not associated with satisfaction with the prosthesis, functional use of the prosthesis or motor skills. Discrepancies between ease of performance with prosthesis and usefulness of the prosthesis as well as between capacity and performance of activities were found. The video assessments showed

impaired movement adaptation to some of the tasks in 6 subjects (2 prosthetic users).

CONCLUSIONS

Fitting before the age of one year results in longer wearing time but not in better satisfaction, more functional use or better motor skills. The limited effect may indicate that disadvantages of prosthesis use in early life outweigh the advantages. Neuromotor condition may be one of the factors that determine whether a child will profit from a prosthesis.

K. Huizing
huizingkarin@gmail.com

Prognosis of 6 months functioning after moderate and severe traumatic brain injury: a systematic review of prospective cohort studies

Author: drs. E.C. Husson¹

Co-authors: dr. G.M. Ribbers¹, drs. A.H.P. Willemse-van Son², dr. A.P. Verhagen², prof.dr. H.J. Stam²

¹ *Rijndam Revalidatiecentrum, Rotterdam*

² *Erasmus MC, Rotterdam*

RESEARCH QUESTION

To systematically review, which determinants assessed within the first month after a moderate to severe traumatic brain injury (TBI), predict 6-months functional outcome.

SEARCH STRATEGY

Pubmed and Psychinfo were searched from 1995 to August 2008, using the following key terms: craniocerebral trauma, predictive value of tests, prognos*, predict*, adult, middle aged.

SELECTION OF ARTICLES

Two reviewers independently performed the selection. A study was selected if it was a prospective cohort study; it investigated determinants associated with functional outcome six months after moder-

ate to severe TBI in adult patients; the determinants were assessed within the first month post-injury.

EVALUATION OF ARTICLES

Data were extracted using a standardised form. Two reviewers independently performed the methodological assessment. A study was considered high quality if it satisfied at least half of the maximum available quality score. A best-evidence synthesis was performed for prognostic factors assessed in two or more studies.

RESULTS

Twenty-eight studies were included, 27 of high quality. Most studies used the Glasgow Outcome Score as outcome measure. Strong evidence for predicting

outcome at six months was found for Glasgow Coma Scale (GCS), GCS on admission, motor score, midline shift on CT scan, subdural hematoma and pulsatility index. Strong evidence of no association was found for gender and intraventricular haemorrhage. For other determinants, inconclusive or no evidence was found.

CONCLUSIONS

GCS, GCS on admission, motor score, midline shift, subdural hematoma and pulsatility index predicted outcome six months after TBI. Gender and intraventricular haemorrhage did not have predictive value.

E.C. Husson
elshusson@hotmail.com

Comparisons of foot orthoses made by podiatrists, pedorthists and orthotists regarding plantar pressure reduction

Author: A.P. Sanders⁵, MD, PhD

Co-authors: N.A. Guldemon, PhD¹, P. Leffers, MSc², N.C. Schaper, MD, PhD³, F.H.M. Nieman, PhD⁴, G.H.I.M. Walenkamp, MD, PhD¹

¹ Department of Orthopaedic Surgery, Maastricht University Medical Center

² Department of Epidemiology, Maastricht University

³ Department of Internal Medicine, Maastricht University Medical Center

⁴ Department of Clinical Epidemiology and Medical Technology Assessment, Maastricht University Medical Center

⁵ Department of Rehabilitation, Maastricht University Medical Center

INTRODUCTION

Evidence of clinical effectiveness of foot orthosis therapy is needed. This study evaluated the effects of foot orthoses made by ten podiatrists (in Dutch: podotherapeuten), ten pedorthists (in Dutch: orthopedisch schoentechnici) and eleven orthotists (in Dutch: orthopedisch instrumentmakers) on plantar pressure and walking convenience for three patients with metatarsalgia.

AIM

The aim was to assess differences and variability between and within the disciplines. The relationship between the importance of pressure reduction and the effect on peak pressure was also evaluated.

PATIENTS AND METHODS

Each therapist examined all three patients and rated 'importance of pressure reduction' through a visual analogue scale. Overall, 186 orthoses were constructed and evaluated. Plantar pressures were recorded with an insole measuring system while the patient walked on a treadmill. Patients scored walking convenience per orthosis. The effects of the orthoses on peak pressure reduction were calculated.

RESULTS

Within each discipline there was an extensive variation in construction of the orthoses and peak pressure reductions. Pedorthists and orthotists achieved greater maximal peak pressure reductions over the

whole forefoot than podiatrists: 960, 1020 and 750 kPa, respectively ($p < .001$). This was also true for the effect in regions with the highest baseline peak pressures and walking convenience. There was a weak relationship between the 'importance of pressure reduction' and achieved pressure reduction for orthotists.

CONCLUSIONS

The large variation of various aspects of foot orthoses therapy raises questions about a consistent use of concepts for pressures management within the professional groups.

A.P. Sanders
antal.sanders@mumc.nl

Otto Bock

QUALITY FOR LIFE



E-MAG active

Enjoying
A WALK

E-MAG Active

Elektromagnetisch kniescharnier



De E-MAG Active is een elektromagnetisch kniescharnier met een gecontroleerde standfase en een vrije zwaai fase. Een intelligent sensorsysteem bepaalt aan de hand van de positie van het been wanneer het scharnier geblokkeerd of vrij moet zijn. Het is het eerste systeem dat niet afhankelijk is van de beweging van de enkel en voetzool zodat ook patiënten zonder goede enkel functie hiervan gebruik kunnen maken. Dit scharnier stimuleert een evenwichtig looppatroon.

Voor patiënten met partiële of complete paralyse van kniestrekkers met een lichaamsgewicht tot 85 kg.

ottobock.nl

Epidemiology of Cerebral Palsy in The Netherlands; prevalence, clinical presentation, associated disorders, impairments and activity limitations in a cross-sectional population-based study

Author: M.J. Wichers¹, MD

Co-authors: S.R. Hilberink¹, MSc; M.E. Roebroek¹, PhD; O. van Nieuwenhuizen², MD PhD; H.J. Stam¹, MD PhD

¹ Department of Rehabilitation Medicine, Erasmus Medical Centre, Rotterdam

² Department of Child Neurology, University Medical Centre Utrecht

BACKGROUND

No population-based Dutch data were available on children with Cerebral Palsy (CP).

PURPOSE

To determine CP prevalence and distribution of clinical presentation, associated disorders, impairments and activity limitations in Dutch children with CP.

METHODS

In a representative cohort of 127 children with CP born in the years 1977 through 1988 a rehabilitation physician examined each child. Clinical presentation and impairments were recorded sharing criteria with Swedish-German CP studies. Activity limitations were described with shared criteria

and an additional registration. Retrospectively the children were re-classified using Gross Motor Function and Manual Ability Classification System (GMFCS and MACS).

RESULTS

CP prevalence rose in studied birth years to well above 2 per thousand live births. Spasticity was present in over 90 percent of cases (60% bilateral and 40% unilateral). Frequently present were epilepsy (21% active, an additional 19% 'ever') and mental retardation (38%). Distributions of clinical presentation and co-morbidity did not change over time. 60 % of children with CP walked independently (GMFCS level I or II), 40 % had no Range of Motion (ROM) deficits.

Dutch findings are comparable with those from pooled representative studies (e.g. Surveillance of Cerebral Palsy in Europe). Hip dislocations were rare (3,5 %). Impairments and activity limitations encountered showed only modest relationships in multivariate analyses.

CONCLUSIONS

Dutch CP features (clinical presentation, associated disorders, motor function) are similar to those reported from other representative studies. The rare hip dislocations are striking. An activity oriented treatment goes beyond treating impairments.

M.J. Wichers
mjwichers@gmail.com

De CVA-zorg en revalidatie moet veranderen; dat vraagt veel van de organisatie

A. Visser-Meily, G. Kwakkel, R. Meijer, T. Krikke-Sjardijn

INLEIDING

Nog maar kort geleden was de zorg voor patiënten met een beroerte sterk versnipperd en was er nauwelijks sprake van coördinatie en afstemming tussen de betrokken hulpverleners en voorzieningen. De laatste jaren is er in de zorg voor CVA-patiënten veel verbeterd. Door de organisatie van de zorg in stroke services en het streven van ziekenhuis stroke units om patiënten het liefst binnen 5-7 dagen over te plaatsen, hebben verpleeghuizen met revalidatiefaciliteiten binnen de zorgketen en revalidatiecentra al in een vroeg stadium na een beroerte een sleutelrol gekregen.^{1,2} Om de gevolgen van een CVA in beeld te brengen wordt onderscheid gemaakt in een drietal fasen. De acute fase is de fase waarin snel en adequaat gereageerd moet worden om de schade aan de hersenen te beperken en te herstellen en complicaties (verslikpneumonie, delier, urineweginfectie, decubitus) voorkomen moeten worden, dan wel adequaat behandeld. Deze fase bestrijkt slechts enkele uren tot dagen. De revalidatiefase start tegelijkertijd en is gericht op een zo goed mogelijk herstel, training, informatieverstrekking en educatie.

Over de revalidatiefase, en dan over de eerste weken, worden in dit artikel een aantal nieuwe, 'evidence-based' inzichten voor het voetlicht gebracht, die het uitgangspunt vormen van de onlangs uitgebrachte behandelrichtlijnen 'beroerte' van het Centraal Beleids Orgaan (CBO).³ In de tekst wordt geen onderscheid gemaakt naar locatie (ziekenhuis, verpleeghuis, revalidatiecentrum of thuis) waar de zorg geboden wordt. Aangezien het grootste deel van de patiënten met een beroerte tegenwoordig vaak zeer snel wordt opgenomen in een verpleeghuis of revalidatiecentrum zal de behandeling aldaar in eerste instantie nog meer gestuurd dienen te zijn door de functionele prognose en relatief meer gericht te zijn op restitutie of herstel van neurologische functies zelf dan in het verleden. Het verpleeghuis en het revalidatiecentrum zullen gebruik moeten gaan maken van inzichten die naar voren komen uit wetenschappelijk onderzoek. Dit leidt tot nieuwe behandelvormen. Daarnaast zijn de mogelijkheden tot uitbreiding van het therapieaanbod binnen de verwachte financiële kaders beperkt. Men zal uiterst creatief en innovatief aan de slag moeten gaan. Het zal anders worden en van de verpleeghuisarts wordt een actieve en faciliterende rol gevraagd! Uitdagend is het ook voor de professionals, werkzaam in de verschillende schakels in de stroke-service, om goede onderlinge afspraken over de inhoud te maken en zo de kwaliteit van de behandeling transparant en toetsbaar te houden.

Twee belangrijke uitgangspunten voor de revalidatie, waar de nieuwe inzichten op voortborduren, zijn:

- multidisciplinaire behandeling reduceert kans op overlijden en zorgt er voor dat patiënten vaker naar huis kunnen worden ontslagen en beter herstellen.⁴
- herstel (winst op functie en activiteiten niveau) is het grootst in de eerste weken na de beroerte en revalidatie is in die periode dan ook het meest effectief.⁵

VROEGE MOBILISATIE EN INTENSITEIT VAN TRAINING

Er is indirect bewijs dat vroegtijdige mobilisatie, bij voorkeur binnen 24 uur na ontstaan van een beroerte, de kans op complicaties, overlijden en blijvende ADL afhankelijkheid vermindert (CBO beroerte 2008). In een recente studie⁶ werd aangetoond dat vroegtijdige mobilisatie binnen 24 uur na ontstaan van het CVA ook werkelijk haalbaar en veilig is. Een belangrijke reden voor vroegtijdige mobilisatie (binnen 24 uur) was dat de winst in preventie van blijvende afhankelijkheid het sterkst was bij studies waarbij het vroegtijdig mobiliseren binnen 24 uur na het CVA een integraal onderdeel was van de stroke-unit zorg. Bovendien bleek uit observationeel onderzoek dat de meeste patiënten met een beroerte op een stroke unit 'inactive and alone' zijn.⁷ Op een doordeweekse dag (van 8 uur 's morgens tot 5 uur 's avonds) lagen patiënten meer dan 50 % van hun tijd op bed, 28% van de tijd zaten ze in bed en slechts 13 % van de tijd werd besteed

Mevr. dr. J.M.A. Visser-Meily, revalidatiearts, UMC Utrecht en RC De Hoogstraat, Utrecht

Prof. dr. G. Kwakkel, hoogleraar 'Neurorevalidatie', VU Medisch Centrum, UMC Utrecht

Dr. R. Meijer, revalidatiearts-epidemioloog, RC Groot Klimmendaal, Arnhem

Mevr. T. Krikke-Sjardijn, verpleeghuisarts, St. Sint Jacob, Haarlem

aan activiteiten. Deze studie vond plaats in Australië, maar dezelfde resultaten werden gevonden in Nederland (Kwakkel G, pilotstudy niet gepubliceerd). In een andere studie werd gekeken naar de hoeveelheid therapie⁸ en fysieke activiteit in de eerste weken na de beroerte. Slechts 17% van de patiënten kreeg van meer dan 1 discipline (FT, ET of LOGO) therapie. Van de beoordeelde tijd (8.00 – 17.00 uur) waren de patiënten 60,4% alleen, 1,6% met medisch personeel, 13,9% met verpleegkundig personeel, 5,2 % met paramedisch personeel én 15,3 % met familie. Indien de familie vaker aanwezig was, kreeg de patiënt meer therapie. Deze observaties vonden ook plaats in Noorwegen.⁹ Men heeft daar al een 'early mobilisation program' met intensieve revalidatie tot 2 weken na een beroerte ingevoerd. Verpleegkundigen zijn sterker betrokken en besteden meer tijd aan activeren en mobiliseren van de patiënten. Patiënten lagen 20% minder in bed in vergelijking met patiënten in Australië. Vroege mobilisatie en vervolgens uitlokken van meer fysieke activiteiten blijkt dus haalbaar. Verpleegkundigen/verzorgenden en familie kunnen daar een belangrijke rol in spelen. Naast het belang van vroege mobilisatie wijzen vele studies^{10,11} op de dosis-respons relatie. Meer therapie versnelt het herstel in de eerste 6 maanden na het CVA. Dit gegeven past in de huidige kennis van plasticiteit van het brein, van herstel van neurale netwerken en het beste moment hiervoor in de fase na de beroerte. Daarom is in de recente CBO richtlijn beroerte ook de volgende aanbeveling gedaan: patiënten opgenomen in stroke-units in ziekenhuis, verpleeghuis of revalidatiecentrum dienen in de gelegenheid gesteld te worden om minimaal 2 keer per dag, minimaal 20 tot 30 minuten te oefenen. Patiënten worden bij voorkeur bij opname in het week-end doorbehandeld. Er zijn in de voorbije jaren veel minder goede studies gedaan naar

het herstel van afasie. Een grote meta-analyse van 55 studies¹² toont enerzijds het positieve effect van de intensiteit van de afasie therapie aan en anderzijds het belang van het zo vroeg mogelijk starten ervan. Aanbevolen wordt ervoor te zorgen dat een aanzienlijk deel van de afasie therapie binnen de 1e drie maanden na de beroerte gegeven wordt. Een recente meta-analyse¹³ suggereert dat er ook voor logopedie sprake is van een dosis-respons relatie. Tevens laat nieuw onderzoek zien dat intensief (meer dan 4 uur per week) oefenen gedurende een korte periode veel effectiever is dan weinig intensief gedurende een lange periode. Bakheit et al¹⁴ toonde ook aan dat (net zoals bij motorische vaardigheden) het grootste herstel van de afasie plaats vindt in de eerste 4 weken. In de recente CBO richtlijn beroerte wordt de aanbeveling gedaan om minimaal 2 uur per week afasie therapie aan te bieden. Verschillende auteurs beschrijven het positieve effect van de intensivering van de afasie therapie met behulp van groepstherapie, zelfwerkprogramma's, inzet van familie, relaties, maar ook met name van getrainde vrijwilligers. Bepleit wordt om met deze inzet tot een structurele dagelijkse aanvulling van 1,5 uur op het therapieaanbod te komen (CBO-richtlijn beroerte 2008).

In het revalidatiecentrum de Sint Maartenskliniek is al een intensief programma gerealiseerd voor een deel van de CVA patiënten.¹⁵ Andere centra en verpleeghuizen kunnen daar hun voordeel mee doen. In een recente publicatie¹⁶ werden 4 revalidatiecentra in Europa vergeleken. In Zwitserland kregen patiënten veel meer therapie (2 uur 46 minuten per dag) in vergelijking met Engeland (1 uur per dag). Dit verschil bleek niet te berusten op verschil in hoeveelheid professionals maar in verschillen in directe/indirecte tijd. In een recent onderzoek in een verpleeghuis naar de inzet in directe/indirecte tijd bij de behandelprofessionals bleken er

opmerkelijke verschillen te bestaan tussen de verschillende disciplines. Dit was aanleiding om de zorg/ behandel-paden per doelgroep verder te analyseren en te protocolliseren (intern HHM onderzoek St.Sint Jacob te Haarlem, 2008).

NEURO-TRAINING

In de meeste landen was tot een aantal jaren geleden NDT of Bobath de trainingmethode voor patiënten met een beroerte. In de revalidatierichtlijn van de Nederlandse Hartstichting (2001) was al opgenomen dat deze methode niet beter of slechter was dan andere methoden. In 2008 is er opnieuw een review¹⁷ verricht naar de effectiviteit van NDT. De conclusie is dat training na een beroerte moet worden gegeven op basis van evidence-based medicine. Er is steeds meer kennis over herstel mechanisme.⁵ Asymmetrisch bewegen (discussiepunt van behandeling bij NDT) kan een prima compensatie zijn om op een veilige manier een zo hoog mogelijk niveau van functionaliteit te bereiken. Uit een aantal longitudinale studies, gericht op herstel van balans en lopen, komt naar voren dat verbetering in stabilans en loopvaardigheid plaatsvindt zonder significante veranderingen aan de hemiparetische kant.^{18,19} In Nederland is de NDT vereniging opgeheven en wordt sinds 2007 door het Nederlands Paramedisch Instituut een opleiding Neurorevalidatie/CVA verzorgd. De start werd mede gesubsidieerd door ZonMw en is gebaseerd op een aantal studies naar het herstel van lopen. Deze opleiding was gericht op fysiotherapeuten maar is inmiddels verbreed naar ergotherapeuten en verpleegkundigen/verzorgenden. Taak-gerichtheid, kennis over herstelmechanisme en leren, klinimetrie en evidence based medicine staan in deze nieuwe opleiding op de voorgrond.

FAMILIE /MANTELZORG/ GETRAINDE VRIJWILLIGERS

Het aanleren van vaardigheden bij partners, zoals het betrekken bij

therapieën en verzorging op de afdeling in het ziekenhuis, bleek een positief effect te hebben op partners én patiënten.²⁰ De training was 'hands-on' gericht op trans-fers, lopen, eten, wassen en kleden. Partners kregen 3 tot 5 sessies van 30-45 minuten. Vervolgens werd er een sessie thuis gegeven, meteen na ontslag. Hoewel de ontslagbestemming niet werd beïnvloed door de training, waren stemming en kwaliteit van leven van patiënt en partner beter ten opzichte van controles zowel 3 als 12 maanden na de beroerte. Getrainde vrijwilligers bleken in onderdelen van de afasietherapie vergelijkbaar goede resultaten te bewerkstelligen als de logopedisten.

AANBEVELINGEN INVOEREN

Om aan bovenstaande aanbevelingen te kunnen voldoen zal er creatief moeten worden omgegaan met menskracht en middelen. Men kan denken aan het starten van (meer) groepstherapie (ook in het ziekenhuis), huiswerkprogramma's onder leiding van verpleging/verzorging of familie, constraint-induced movement therapy (CIMT)*, constraint-induced aphasia therapy (CIAT)**, werving en training van vrijwilligers, gebruik maken van robotica en telerevalidatie. Therapeuten zouden meer een coachende rol moeten krijgen. Echter ook de attitude van al het personeel, patiënt en familie zal moeten veranderen. In het ziekenhuis betekent dit, dat de patiënt met een beroerte vanaf dag 1 niet als een ziek persoon moet worden benaderd, maar als een revalidant. Bij overname in het verpleeghuis zullen er geen 'wen' en 'plan' dagen meer moeten plaatsvinden maar zal er vanaf dag 1 geoefend moeten worden. Samenwerking, afspraken over inhoud en van elkaar leren in de verschillende schakels van de stroke-services is aan de orde van de dag.

CONCLUSIE

De eerste weken na een beroerte zijn van essentieel belang voor

het herstel. Gebaseerd op nieuwe kennis zal de zorg op een andere manier moeten worden ingericht. Dit is niet alleen een taak voor ziekenhuis, maar ook voor revalidatiecentra en verpleeghuizen. Het is een uitdaging om patiënten ook de eerste dagen tot weken beter te activeren en gericht te behandelen en om partners hiervan deelgenoot te maken. Het wordt tijd om creatiever met mensen en middelen om te gaan.

Referenties

1. Cools HJM. Stroke-services toenemend effectief. NTVG 2005; 149: 2321-23.
2. Nijmeijer NM, Stegge aan de BM, Zuidema SU, Sips HJWA, Brouwers PJAM. Effectiviteit van afspraken binnen de Enschedese stroke-service om patiënten met een beroerte adequaat te verwijzen van de stroke unit in het ziekenhuis naar een verpleeghuis voor kortdurende reactivering. NTVG 2005;149:2344-9.
3. CBO beroerte 2008 (www.cbo.nl)
4. Seenan P, Long M, Langhorne P. Stroke units in their natural habitat: systematic review of observational studies. Stroke. 2007;38:1886-92.
5. Kwakkel G, Kollen B, Lindeman E. Understanding the pattern of functional recovery after stroke: facts and theories. Restor Neurol Neurosc. 2004;22:281-99.
6. Bernhardt J, Dewey H, Thrift A, Collier J, Donnan G. A Very Early Rehabilitation Trial for Stroke (AVERT). Safety and feasibility. Stroke. 2008;39:390-396.
7. Bernhardt J, Dewey H, Thrift A, Donnan G. Inactive and alone. Stroke. 2004;35:1005-1009.
8. Bernhardt J, Chan J, Nicol I, Collier J. Little therapy, little physical activity: rehabilitation within the first 14 days of organized stroke unit care. J Rehabil Med 2007;39: 43-48.
9. Bernhardt J, Chittravas N, Meslo

IL, Thrift AG, Indredavik B. Not all stroke units are the same: a comparison of physical activity patterns in Australia and Norway. Stroke. 2008;39:2059-65.

10. Kwakkel G, van Peppen R, Wagenaar RC, Wood Dauphinee S, Richards C, Ashburd A. Effects of augmented exercise therapy time after stroke: a meta-analysis. Stroke 2004; 35:2529-39.
11. Kwakkel G. Impact of intensity of practice after stroke: issues for consideration. Disabil Rehabil 2006;28:823-30.
12. Robey RR. A meta-analysis of clinical outcomes in the treatment of aphasia. J Speech Lang Hear Res 1998;41:172-87.
13. Bhogal SK, Teasell R, Speechley M, Albert ML. Intensity of Aphasia Therapy, Impact on Recovery. Stroke 2003 ;Apr; 34: 987-93.
14. Bakheit AM, Shaw S, Carrington S, Griffiths S. The rate and extent of improvement with therapy form the different types of aphasia in the first year after stroke. Clin Rehabil 2007; 21: 941-49.
15. Afink JH, Anderson PG, Limbeek J van. Intensifying therapy: a comparative study in stroke patients. Revalidata 2008;143: 7-12.
16. De Wit L et al. Motor and functional recovery after stroke, a comparison of 4 European rehabilitation centers. Stroke 2007;38:2101-07.
17. Kollen B, Lennon S, Lyons, B, Wheatley-Smith L, Kwakkel G. The effectiveness of the Bobath Concept in stroke rehabilitation: What is the evidence. Stroke. In press.
18. Kollen B, Port I van de, Lindeman E, Twisk J, Kwakkel G. Predicting improvement in gait after stroke: a longitudinal prospective study. Stroke. 2005 ;36:2676-80.
19. Haart M de, Geurts AC, Huidekoper SC, Fasotti L, Limbeek J van. Recovery of standing balance in postacute stroke patients: a

* CIMT is ook wel bekend als 'forced use' therapie waarbij de paretische arm intensief wordt getraind en de niet verlamde zijde gedurende een aantal uren op een dag wordt geïmmobiliseerd, zodat de patiënt min of meer gedwongen wordt om de aangedane arm functioneel te gebruiken.

** CIAT richt zich op intensieve therapie gedurende korte tijd, gericht op verbale communicatie waarbij nonverbale communicatie (gebaren, gezichtsuitdrukking) 'verboden' wordt.

- rehabilitation cohort study. *Arch Phys Med Rehabil* 2004;85:886-95.
20. Kalra L, Evans A, Perez I, Melbourne A, Patel A, Knapp M, Donaldson N. Training carers of stroke patients: RCT *BMJ* 2004;328(7448):1099.

SAMENVATTING

Er zijn nieuwe inzichten over revalideren na een beroerte. Revalidatie leidt tot de beste uitkomst door multidisciplinaire behandeling, vroege mobilisatie, intensieve oefening gedurende de eerste weken na een beroerte, en door het betrekken van partners bij de behandeling. Er is geen bewijs voor de effectiviteit van neurodevelopmental treatment (NDT). Wel staat vast dat herstel van vaardigheden in belangrijke mate tot stand komt door het beter leren omgaan met het bestaande functieverlies. De mogelijkheden tot uitbreiding van het therapieaanbod binnen de verwachte financiële kaders zijn beperkt. Dit vraagt om creativiteit, innovatie en samenwerking binnen de zorgketen.

Sleutelwoorden:

CVA, revalidatie, intensiteit van behandeling

CORRESPONDENTIE

E-mail: j.m.a.visser-meily@umcutrecht.nl



Flex-Foot® Assure
+
Iceross Dermo®
*When health and
confidence mean everything*

www.oss-ur.com

De kleine pleziertjes van het leven

Zijn de gewone dingen niet heel belangrijk in het leven? Flex-Foot Assure en Iceross Dermo zijn perfecte partners voor uw patiënt. Flex-Foot Assure is ontworpen voor een goede gezondheid en is ideaal voor pas geamputeerden en mensen met vaatandoeningen of diabetes. Iceross Dermo vormt de perfecte aanvulling daarop. Deze liner is vervaardigd uit zachte siliconen met demping voor het ledemaat en actieve huidverzorging.



Oss Ur | **Wielvoet | Schuifvoet**

WTR-bijeenkomst: De traumatische schouderluxatie

Op 16 september 2008 bestond het middagprogramma van de Werkgroep Traumarevalidatie (WTR) uit een minisymposium met als onderwerp: 'De traumatische schouderluxatie'. Deze bijeenkomst vond plaats in ziekenhuis 'De Tjongerschans' te Heerenveen en werd door Eric Lammers georganiseerd.

Ter inleiding werden door Eric Lammers aan de hand van een korte casus de problematiek en de gevolgen van de neurologische complicaties centraal gesteld.

Vervolgens werd een presentatie verzorgd door de heer M. Caffa, traumatoloog, omtrent de diagnostiek en behandeling van de acute schouderluxatie.

De incidentie op jaarbasis bedraagt bijna 15/100.000. De gemiddelde leeftijd bedraagt 39 jaar (11–84 jaar) en in de leeftijd van 13–24 jaar betreft het in 50% van de gevallen een sportongeval. De meest voorkomende schouderluxatie betreft de acute anterieure (95%).

De diagnose kan aan de hand van de anamnese en het lichamenlijk onderzoek worden gesteld:

1. aard van het letsel en ongevalsmechanisme
2. veranderde schoudercontour
3. humeruskop niet te palperen onder acromion
4. functieonderzoek onmogelijk

De diagnose wordt verder bevestigd door middel van beeldvorming:

1. AP-schouderopname
 2. laterale scapula-opname
- Er werd een overzicht gegeven van de verschillende repositietechnieken, te weten: de handgreep van Hippocrates, Kocher, Stimson.

Als primaire behandeling wordt een korte immobilisatieperiode geadviseerd (maximaal 3 weken), waarbij de aangedane zijde bij voorkeur in een lichte abductie/exorotatiestand met behulp van een sling/orthese wordt gefixeerd, ten einde een recidief in de eerste herstelfase te voorkomen. De nabehandeling is bij voorkeur conservatief waarbij de fysiotherapie een rol kan spelen in het functioneel leren inzetten van de aangedane arm en schouder alsook het trainen van de schoudermusculatuur ter stabilisatie van het schoudergewricht, met name de rotatorcuff. Er werd nog kort stilgestaan bij begeleidende letsels zoals: Bankart lesie, rotatorcuff letsel en fracturen.

Op het zenuwletsel en met name het plexus brachialis letsel werd dieper ingegaan door de heer M. Coppes, neurochirurg. Het plexus brachialisletsel blijkt een niet veel voorkomende complicatie bij de traumatische schouderluxatie. Het traumamechanisme werd beschreven, waarbij in het merendeel van de gevallen sprake is van een grote verwijding van de hoek tussen schouder en nek/CWK. Afhankelijk van de impact van het letsel kan kneuzing of verscheuring van plexus elementen optreden. Een onderverdeling van de verschillende typen zenuwletsels werd gemaakt:

1. neuropraxia
2. axonotmesis
3. neurotmesis
4. wortelavulsie

Bij neuropraxie treedt in principe spontaan herstel op, als gevolg

van reductie van het oedeem rond de zenuw.

Na axonotmesis of neurotmesis treedt distaal van het zenuwletsel Wallerse degeneratie op. Na axonotmesis treedt spontaan functioneel herstel op door uitgroei van de proximaal van het letsel gelegen, intacte axonen in hun oorspronkelijke zenuwschede. Bij de ernstige tractieletsels is verlies van axonale en basaalmembraan continuïteit over een lang traject opgetreden. Spontaan herstel is uitgesloten en er ontstaan neuromen.

Er volgde een korte beschrijving van de neurochirurgische interventie.

Bij de neurochirurgische hersteloperatie wordt het neuroom gereceerd en vervolgens wordt een autologe donorzenuw, bij voorkeur de nervus suralis uit het onderbeen, genomen en getransplanteerd om de continuïteit tussen de twee stempen te herstellen.

Zijn spinale zenuwen uit het myelum geavulseerd dan ontbreken er proximale stempen voor transplantatie. In een dergelijk geval worden zenuwtransfers verricht. Bij een transfer wordt een zenuw doorgenomen welke buiten, maar in de nabijheid van de plexus gelegen is, en in continuïteit is met het myelum. Vervolgens wordt deze donorzenuw gecoapteerd aan een plexus eindzenuw. Intercostaal zenuwen lenen zich hier goed voor. Tot slot werd geadviseerd de tijd tussen het ontstaan van het trauma en de verwijzing, gevolgd door een eventuele hersteloperatie zo kort mogelijk te houden voor het beste resultaat.

Als derde en laatste spreker werd door de heer N. Lubberts, fysiotherapeut, ingegaan op de fysiotherapeutische behandelprincipes. Zijn voordracht bestond in feite uit drie delen:

1. algemene fysiotherapeutische behandelprincipes en trainingsprincipes waarbij herstel van (spier-)weefsel, verbetering van kracht en conditie centraal stond,
2. uitleg rondom fysiotherapeutische interventie en oefenprogramma's ter verbetering van

stabiliteit, kracht en conditie alsook functionaliteit van de schoudergordel,

3. indicatie Biodex test bij schouderproblematiek en consequenties voor het trainingstraject.

Al met al kan gesproken worden over een geslaagde middag, waarbij met name is ingegaan op de acute traumatische schouderluxatie en de daaropvolgende conservatieve, dan wel operatieve behandelprincipes. De (behande-

ling van de) chronisch recidiverende schouderluxatie is bewust buiten beschouwing gelaten gezien het karakter van de WTR.

De volgende vergadering zal op 13 maart 2009 door collega Henk van de Meent, revalidatiearts in Nijmegen worden georganiseerd (www.ottobock.nl).

Namens de Werkgroep Traumarevalidatie,

Drs. E.H.J. Lammers

Werkgroep Artsen van het Nederlands-Vlaams Dwarslaesie Genootschap (NVDG)

JAARVERSLAG 2007

Leden der werkgroep:

E. Angenot, Amsterdam; H. van As, Amsterdam; F. van Asbeck, Utrecht; R. Chappel, Antwerpen; C. Smit, Amsterdam; P. Herregots, Antwerpen; C. Kiekens, Leuven; D. van Kuppevelt, Nijmegen; D. Mulder, Groningen; A. Nene, Enschede; C. Pons, Hoensbroek; H. Bongers-Jansen, Hoensbroek; H. Slootman, Wijk aan Zee; T. Sluis, Rotterdam; G. Snoek, Enschede; W. Faber, Wijk aan Zee; C. Dijkstra, Utrecht; D. Spijkerman, Rotterdam.

Buitengewone leden:

J. Hofstede, Eindhoven; M. Bergen, Rotterdam; M. Post, Utrecht; T. Rol, Den Haag, M. van Eijnsden-Besseling, Maastricht; M. van Woensel, Breda

Het bestuur is als volgt samengesteld:

Voorzitter: dr. F.W.A. van Asbeck, revalidatiearts
Secretaris: C.A.J. Smit, revalidatiearts.

VERSLAG DER ACTIVITEITEN IN 2007:

Er vonden 3 vergaderingen plaats in 2007, waarvan 2 in Revalidatiecentrum De Hoogstraat. De data waren 28-02-2007 en 24-10-2007. Op 20-06-2007 vond een vergadering plaats op locatie bij collega Angenot te Monnickendam.

VOORDRACHTEN

De volgende voordrachten werden gehouden:

- "Stamcellen; werking, indicatie, behandeling en resultaten tot nu toe bij patiënten met een dwarslaesie" Dr. Kleinbloesem, Cells4Health.
- "Compacte dataset; epidemiologische gegevens van de Nederlandse dwarslaesiepopulatie, overzicht en huidige stand van zaken". R. Osterthun, student geneeskunde.
- "Het elektronisch patiëntendossier". H. Slootman, revalidatiearts.

- "Herstel van gevoel in de glans penis middels plastisch chirurgie bij patiënten met een dwarslaesie of spina bifida". M. Overgoor, plastisch chirurg.
- "Tromboseprofylaxe; huidige stand wetenschap en presentatie onderzoeksresultaten". C. Dijkstra, revalidatiearts.
- "Het DALI-pijnproject", M. Post, onderzoeker.
- "Vervolg klinimetrie koepelproject; voorstel metingen 5 jaar na klinische revalidatie (T6-meting)" C. van Koppenhagen, AIOS Revalidatiegeneeskunde.

Andere onderwerpen die besproken zijn:

- De compacte dataset (landelijke verzameling gegevens dwarslaesiepatiënten Nederland).
- Implementatie patiëntenmonitoring als vervolg klinimetrie van het koepelproject Zon MW. Opzet en praktische aspecten.
- Gespecialiseerde handenteams.
- Interessesgebieden van de NVDG-artsen. Afspraken over het landelijk centreren van problemen die superspecialistische kennis en vaardigheden vereisen.
- Start beschrijven dwarslaesieprotocol ziekenhuizen.
- Het gebruik van de "Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie (USER)".
- Participatie in een internationale studie naar behandeling van neuropathische pijn door een nieuw medicijn (Sanofi-Aventis).

Wat verder plaatsvond (namens bestuur):

- Schriftelijk en mondeling contact met Dwarslaesieorganisatie

Nederland (DON), patiëntenvereniging voor mensen met een dwarslaesie.

- Medewerking bij de oprichting van het bestuur van het "Dwarslaesiefonds".
- Medewerking bij het herschrijven van het patiëntenvoorlichtingsboek "Nou daar zit je dan" door mw. I. Vermeer.

BIJZONDERE BIJENKOMST

De vergadering 20-06-2007 vond plaats in Monnickendam bij collega Angenot thuis. Wegens het beëindigen van hun werkzaamheden als arts in de dwarslaesierevalidatie werd afscheid genomen van de leden Van As, Pons en Angenot. Zij stonden als medeoprichters aan de basis van het NVDG. Zij werden uitgebreid bedankt voor hun geweldige inspanningen en geprezen om hun staat van dienst.

NVDG-congres

Het jaarlijkse NVDG-congres werd gehouden in Utrecht op vrijdag 20 en zaterdag 21 april 2007, met als thema: 'Het revalidatieproces: van doelen tot resultaten'.

Presentatie "Handboek Dwarslaesierevalidatie" onder redactie van dr. F.W.A. van Asbeck.

Tijdens het congres in Utrecht werd met gepaste trots door de redacteur de tweede druk van het "Handboek Dwarslaesierevalidatie" gepresenteerd.

ISCOS 2007 Reykjavik, IJsland:

Het jaarlijkse internationale dwarslaesiecongres van de International Spinal Cord Society (ISCoS) werd door het grootste deel der leden

bezoekt. Het aantal voordrachten door NVDG-leden was 5 en het aantal posters 7.

VRA-nascholingscursus 'Dwarslaesierevalidatie'

Op donderdag 22 november en

vrijdag 23 november 2007 vond in Enschede de nascholingscursus "Dwarslaesierevalidatie" plaats. De organisatie was in de handen van de leden G. Snoek en A. Nene. De cursus, primair bedoeld voor AIOS Revalidatiegeneeskunde en

revalidatieartsen, werd ook druk bezocht door andere geïnteresseerde specialisten en teamleden. Zowel inhoudelijk als organisatorisch is deze cursus als zeer goed beoordeeld door de cursisten.

JAARVERSLAG 2008

Leden der werkgroep:

F. van Asbeck, Utrecht; R. Chappel, Antwerpen; C. Smit, Amsterdam; P. Herregots, Antwerpen; C. Kiekens, Leuven; D. van Kuppevelt, Nijmegen; D. Mulder, Groningen; A. Nene, Enschede; H. Bongers-Jansen, Hoensbroek; H. Slooman, Wijk aan Zee; T. Sluis, Rotterdam; G. Snoek, Enschede; W. Faber, Wijk aan Zee; C. Dijkstra, Utrecht; D. Spijkerman, Rotterdam; J. Stolwijk, Amsterdam; M. Reinders, Groningen; M. de Beer, Rotterdam; J. de Bruin, Nijmegen; N. Zusterzeel, Hoensbroek; I. Vannes, Nijmegen.

Buitengewone leden:

J. Hofstede, Eindhoven; M. Bergen, Rotterdam; M. Post, Utrecht; T. Rol, Den Haag; M. van Eijdsen-Besseling, Maastricht; M. van Woensel, Breda; S. Pieters, Den Haag.

Het bestuur is als volgt samengesteld:

Voorzitter: Dr. F.W.A. van Asbeck, revalidatiearts

Secretaris: C.A.J. Smit, revalidatiearts.

VERSLAG DER ACTIVITEITEN IN 2008:

Er vonden 3 vergaderingen plaats in 2008, waarvan 2 in Revalidatiecentrum De Hoogstraat te Utrecht. Data: 27-02-2008 en 22-10-08. Een buitengewone vergadering vond plaats op 02-09-08 in Durban, Zuid Afrika (tijdens het internationale ISCoS-congres).

VOORDRACHTEN:

- "Nazorg. Stand van zaken inclusief de ontwikkeling van een landelijk te gebruiken dwarslaesie-informatiemap voor mensen met een dwarslaesie". Mw. Joke Sprik (nurse practitioner, Beatrixoord) en mw. dr. Jos Bloemen (verpleegkundig onderzoeker en verpleegkundige, Hoensbroeck Revalidatie Centrum);
- "Behandeling van neuropathische pijn: huidige praktijk en een voorstel tot standarisatie". Dr. F.P.T. Hamers (AIOS revalida-

tiegeneeskunde, Utrecht);

- "Cardiovasculair risicomanagement bij patiënten met een dwarslaesie; met aandacht voor de lipiden". Drs. D. Spijkerman, revalidatiearts RC Rijndam;
- "De 'COOS'-studie" en het "Dwarslaesiefonds". De heer E. van Wieringen, mede namens drs. B. Kanen, internist en fellow endocrinologie VUMC en het Zaan Medisch Centrum

Andere onderwerpen die besproken zijn:

- 'Dopingmiddelen bij revalidatie?' De toepassing van anabole androgene steroïden (AAS) bij personen met een incomplete dwarslaesie.
- Patiëntenmonitoring. Terugkoppeling van de bijeenkomst met onderzoeksassistenten dd. 14-12-2007. Afspraken zijn gemaakt over het verdere beloop.
- Onderzoek Technische Universiteit Enschede en de Universiteit Maastricht: 'Effect van creatinesuppletie op de vethuishouding van de arm- en beenspieren'
- Vervolg FuPro-onderzoek (ZonMW Kind) gericht op het vroeg signaleren van problemen bij een ouder met een chronische ziekte.

Wat verder plaatsvond:

- VRA/BSRM congres donderdag 30 oktober en vrijdag 1 november. Workshop NVDG over de aspecten van 'Ageing'. Het verouderen en een dwarslaesie.
- Er is een start gemaakt met het schrijven van een landelijk (uniform) ziekenhuisprotocol 'revalidatie van dwarslaesiepatiënten in de ziekenhuisfase'.
- Website: er wordt een nieuwe

webbeheerder aangesteld, die de (reeds bestaande) website www.nvdg.org zal gaan beheren.

- Behandelkaders beschrijven (kwaliteitsprofiel). Nog niet geheel afgerond.

WETENSCHAPPELIJKE COMMISSIE (WECO):

De WeCo bestaat uit 3 revalidatieartsen uit de NVDG-Werkgroep Artsen, 3 onderzoekers en 3 paramedici (onderzoeksassistenten) met daarnaast een vertegenwoordiging van de patiëntenverenigingen DON en Piekernie (Vlaanderen).

Namens de Werkgroep Artsen hebben dr. G.J. Snoek (voorzitter) en dr. M. Bergen zitting in de Weco. De vacature voor een derde revalidatiearts wordt in 2009 ingevuld. Overige leden zijn dr. M.W.M. Post, prof.dr. L.H.V. van der Woude, dr. H. Seelen, mw.dr. S. de Groot, mw. K. Postma, dhr. F. Woldring en mw. W. Bokma (namens de DON). Voor de vertegenwoordiging van Piekernie bestaat een vacature.

NVDG-congres:

Het jaarlijkse NVDG congres vond dit jaar plaats in Heerlen op vrijdag 11 en zaterdag 12 april. De titel was: 'Grenzen van de (dwarslaesie) revalidatiegeneeskunde'. Helma Bongers en haar team hebben dit georganiseerd.

ISCOS 2008 Durban, Zuid Afrika 1 t/m 3 september 2008:

Het jaarlijkse internationale dwarslaesiecongres van de ISCoS werd door het grootste deel der leden bezocht. Het aantal voordrachten door NVDG-leden was 8 en het aantal posters 12.

Concilium Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen

JAARVERSLAG 2008

1. SAMENSTELLING

De samenstelling van het concilium was per 1 januari 2008 als volgt

Voorzitter: Dr. P.H.T.G. Heuts, tevens vertegenwoordiger Raad WOK

Vice-voorzitter: Drs. B.J.W. Bevaart, tevens secretaris van de plenaire visitatiecommissie en vertegenwoordiger MSRC

Secretaris: Drs. H.G.A. Hacking, tevens vertegenwoordiger KwaCo

Leden:

Drs. H.J. Arwert, tevens voorzitter scholingscommissie
Mw. drs. W.M.G.C. Hitters, tevens lid accreditatiecommissie

Mw. dr. A.F. Hoeksma, tevens vertegenwoordiger WECO

Drs. H. Laman, afgevaardigde bestuur VRA

Prof. dr. G.J. Lankhorst, tevens lid BuCo

Prof. dr. J.S. Rietman, tevens coördinator scholingsprogramma

Dr. G.M. Rommers, contactpersoon stuurgroep capaciteit

Namens de kerngroep:

Mw. drs. E. C. Husson

Mw. drs. G.W. Zinger

In oktober traden de collegae Bevaart en Lankhorst af. In oktober is dr. J.P.J. Bakker in het concilium benoemd en in november drs. W.G.M. Bakx en prof. dr. J. Becher. Collega Rommers heeft de functie van collega Bevaart als secretaris van de plenaire visitatiecommissie overgenomen. Collega Laman heeft de functie van collega Rommers in de stuurgroep capaciteit overgenomen.

In maart nam mw. drs. W.V. Middelkamp de plaats in van collega Zinger als vertegenwoordiger namens de Kerngroep.

2. VERGADERINGEN

Het concilium kwam tien maal bijeen. De jaarlijkse vergadering met de opleiders vond op 13-2-2008 plaats in het AMC met als gastheer collega Nollet.

3. HUISHOUDELIJK REGLEMENT

In 2008 is een herziene versie van het huishoudelijk reglement van het concilium gemaakt. Het nieuwe huishoudelijk reglement is tijdens de ALV van 30-10-2008 vastgesteld en is terug te vinden op de VRA-website.

4. OPLEIDINGSPLAN

Afgelopen jaar is veel tijd en energie gestoken in de afronding van het opleidingsplan BETER (Beschrijving Eerste Toetsbare Eindtermen Revalidatiegeneeskunde). Door voortschrijdende inzichten zijn de eisen waaraan het plan diende te voldoen in de loop van het jaar diverse keren aangescherpt. Hierdoor moest het plan verscheidene keren grondig worden herschreven. De laatste maanden werd hierbij dankbaar gebruik gemaakt van de diensten van drs. M.J.J. Bos, kwaliteitsfunctionaris in de St. Maartenskliniek. Uiteindelijk kon eind december het definitieve plan voor goedkeuring aan de BBOV (Begeleidingsgroep Beschrijving Opleidingsplannen Vervolgopleidingen) worden voorgelegd.

In het opleidingsplan wordt ook ruim aandacht besteed aan toetsing. Door de toetsingscommissie is geadviseerd om 2 keer per jaar een kennistoets te gaan afnemen conform het systeem zoals nu al in de opleidingscircuits van Rotterdam en Den Haag wordt gebruikt. Het ligt in de bedoeling om hiervoor een permanente

toetsingscommissie in het leven te roepen, die zorg zal dragen voor implementatie in 2009.

5. ACCREDITATIE

De regelgeving voor activiteiten die voor accreditatie in aanmerking komen is afgelopen jaar aangepast. Er is hierdoor meer overeenstemming bereikt met de regelgeving van andere wetenschappelijke verenigingen. De aangepaste regelgeving is terug te vinden op de VRA-website.

6. ELEKTRONISCH PORTFOLIO

Landelijk worden er diverse systemen ontwikkeld voor het bijhouden van een elektronisch portfolio. Er zijn een drietal functies te onderscheiden voor een portfolio:

1. Het krijgen van inzicht in de ontwikkeling van de aios tijdens alle fases van de opleiding.
2. Het bieden van een framework dat de medisch specialist faciliteert bij de herregistratie.
3. Mogelijk dat e-learning in de toekomst ook deel gaat uitmaken van een portfolio.

In het concilium is afgesproken dat in Groningen en Hoensbroek met 2 verschillende systemen ervaring zal worden opgedaan alvorens een advies aan het bestuur uit te brengen over welk systeem het meest geschikt lijkt.

7. VERDEELFACTOREN AIOS

Door VWS is opgelegd dat er bij de verdeling van aios plaatsen marktwerking geïntroduceerd moet worden. Een aantal opleidingsplaatsen mag in de toekomst alleen op kwaliteitsindicatoren worden toegewezen. Er zijn echter (nog) geen goede instrumenten om kwaliteit van de opleiding te meten; het gebruik van het resultaat van de

opleidingsvisitaties wordt door VWS afgewezen. Door de WV's is een aantal brainstormsessies georganiseerd dat geleid heeft tot het minst slechte voorstel, nl. dat de aios het laatste 0,5-2 jaar van de opleiding zelf mogen kiezen waar ze de opleiding willen volgen. Dit voorstel zal verder worden uitgewerkt in 2009 waarna een aantal grotere WV's in 2010 gaat deelnemen aan een pilot. Voor de VRA heeft e.e.a. derhalve nog geen directe consequenties.

8. CAPACITEITSVERDELING

Het concilium heeft zich tot nog toe steeds op het standpunt gesteld geen rol te kunnen/willen spelen bij het capaciteitsvraag-

stuk. Gezien de ontwikkelingen van de laatste jaren met een sterk fluctuerende instroomcapaciteit met dientengevolge ook mogelijke problemen met de continuïteit van de kwaliteit van de opleidingen, is besloten om dit standpunt te verlaten en zal het concilium zich actiever opstellen bij de capaciteitsverdeling.

9. DISCIPLINE OVERSTIJGEND ONDERWIJS

Er zijn steeds meer OOR's die verplichte discipline-overstijgende aios-cursussen organiseren. Deze cursussen 'dubbelen' soms met het landelijke VRA-scholingsprogramma. Om de kwaliteit van de scholing te waarborgen stelt het

concilium zich op het standpunt dat de aios verplicht zijn het VRA-scholingsprogramma te volgen. Dit wordt ondersteund door de huidige regelgeving van het kaderbesluit.

10. PLANNING 2009

Implementatie van het opleidingsplan, herziening van de opleidingseisen en het invoeren van de landelijke kennistoets zijn voor het komende jaar belangrijke aandachtspunten in het concilium.

Nieuwegein, februari 2009

*Drs. H.G.A. Hacking
Secretaris concilium*

Kwaliteitscommissie VRA

JAARVERSLAG 2008

De kwaliteitscommissie Revalidatiegeneeskunde (kwaco) heeft in 2007 10 maal vergaderd, 5 maal telefonisch en 5 maal 'lijfelijk'. De lijfelijke vergaderingen vinden plaats op het VRA-bureau te Utrecht. In september 2008 is een vergadering gecombineerd met de jaarlijkse evaluatiedag. Er is twee maal een gezamenlijke vergadering met het VRA-bestuur en het concilium geweest, voorafgaand aan de algemene ledenvergadering van de VRA. De kwaco is vertegenwoordigd in een aantal landelijke commissies die zich bezighouden met het kwaliteitsbeleid, zoals de raad voor Wetenschap, Onderzoek en Kwaliteitsbeleid van de Orde (WOK) en diverse RN- en VRA-commissies. Ook in de Bestuurscommissie Onderzoek, Innovatie en Kwaliteit (BOIK) is een lid van de kwaliteitscommissie actief. Op verzoek van het VRA-bestuur zijn 2 leden afgevaardigd naar de commissie Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ).

VISITATIES

Het uitvoeren van de kwaliteitsvisitaties blijft de core-business van de kwaliteitscommissie. Zoals bekend wordt zowel het nieuwe visitatiekader als het nieuwe visitatiesysteem sinds 2007 toegepast. Zowel voor de gevisiteerde netwerken/praktijken als voor de kwaliteitscommissie is de workload hierdoor toegenomen. De praktijken steken meer tijd in de voorbereiding, de kwaliteitscommissie voert meer visitaties uit dan vroeger, dat laat de hieronder opgesomde lijst van visitaties duidelijk zien!

In 2008 zijn de volgende netwerken / praktijken gevisiteerd:

- Revalidatienetwerk Limburg: Academisch Ziekenhuis Maas-tricht, Atrium Medisch Centrum te Heerlen, Revalidatiecentrum Hoensbroeck en Franciscusoord te Hoensbroek.
- Revalidatiepraktijk Laurentius ziekenhuis te Roermond.

- Revalidatiepraktijk Maasland-ziekenhuis te Sittard.
- Revalidatiepraktijk Stichting Gehandicaptenzorg Limburg te Heerlen.
- Revalidatienetwerk Arnhem: Revalidatiecentrum Groot Klimmendaal te Arnhem, Rijnstate ziekenhuis te Arnhem, Gelderse Vallei te Ede, streekziekenhuis Zevenaar en Slingeland ziekenhuis te Doetichem.
- Revalidatiepraktijk Scheperziekenhuis te Emmen.
- Revalidatiepraktijk Wilhelmina-ziekenhuis te Assen.
- Revalidatienetwerk Den Haag: revalidatiecentrum Sophia Revalidatie te Den Haag, revalidatiecentrum Sophia Revalidatie te Delft, Reinier de Graaf Gasthuis te Delft, Groene Hart ziekenhuis te Gouda, Lange Land ziekenhuis te Zoetermeer, Haga ziekenhuis locatie Westeinde te Den Haag en Haga ziekenhuis locatie Leyenburg te Den Haag.
- Revalidatienetwerk Tilburg: Revalidatiecentrum Leijpark, Elisabethziekenhuis en Tweestedenziekenhuis, alle te Tilburg.

De visitaties van de revalidatiepraktijk Lievensberg ziekenhuis te Bergen op Zoom en revalidatienetwerk Rotterdam-Zuid (Maasstadziekenhuis en Ikazia ziekenhuis te Rotterdam, Dirkslandziekenhuis te Dirksland en Ruwaard van Puttenziekenhuis te Spijkenisse) zijn op verzoek van de praktijken zelf uitgesteld.

OVERIGE ACTIVITEITEN

Naast het drukke visitatieschema zijn ook de andere taken doorgegaan.

BOIK

In deze RN commissie hebben een aantal bestuursleden van aangesloten revalidatie instellingen zitting. Aan de orde kwamen een groot aantal onderwerpen gerelateerd aan onderzoek, innovatie en kwaliteit, zoals o.a. HKZ certificering, ontwikkeling prestatie indicatoren en opleiding. De commissie kwam 4 maal bijeen.

HKZ

Deze commissie werkt aan de ISO certificering van gespecialiseerde revalidatiegeneeskundige zorg. Collega Smallenbroek en Karssemeijer (ex-kwaco lid) hebben zitting in deze commissie. Tijdens de evaluatiedag is een presentatie verzorgd door mevr. Nieuwenhuizen, beleidsmedewerker van de HKZ. De kwaliteitscommissie heeft aangedrongen op het verrichten van proefcertificaties en het betrekken van ziekenhuisrevalidatieafdelingen bij de evaluatie met de opdrachtgever tot de HKZ (= RN). Tevens zijn onze zorgen geuit over de toepasbaarheid van dit toetsingssysteem op ziekenhuisrevalidatieafdelingen. Collega Smallenbroek heeft tevens een presentatie gehouden tijdens de ledenvergadering van de VRA in het voorjaar 2008.

Raad WOK

De voorzitter van de kwaco is bij deze vergaderingen aanwezig. Ook in 2008 was m.n de financiering van het kwaliteitsbeleid een 'hot item'. Er is nu overeenstemming omtrent de verdeling van de kwaliteitsgelden. De overeengekomen verdeling van gelden is, gezien de gehanteerde criteria, relatief

gunstig voor de VRA. Subsidieaanvragen voor kwaliteitsprojecten worden, na toetsing vooraf door een VRA-vertegenwoordiging, doorgestuurd naar het platform kwaliteit van de Orde. Nadere informatie over de procedure wordt mettertijd middels de VRA-Nieuwsbrief verspreid.

PR en communicatie

Naast het jaarverslag worden de leden meer dan voorheen voorzien van informatie uit de kwaco. Via nieuwsbrieven van de VRA en RN, artikelen in Revalidata en de website wordt getracht zoveel mogelijk VRA-leden te bereiken. Op de website is nu een aparte pagina voor alle visitatiegerelateerde informatie. Daarnaast is er de regiovertegenwoordiger die in eerste instantie kwaliteitsgerelateerde vragen van collegae kan beantwoorden.

PERSONELE BEZETTING

De bezetting van de kwaco per 31-12-2008 is als volgt:

F.B. van de Weg, *voorzitter*
C.D. van Houten, *secretaris*
H. Berendsen
J.G. Broeks
J.J.M. Cluitmans
P. de Koning
J.M. Kruitbosch
M. van Loo, *afgevaardigde van de Kerngroep*
B. Meeuwisse
Th.F. Nijssen
R.F.A. Oosterwijk

R.F. Pangalila, *afgevaardigde van het bestuur*
J.T.G. Smallembroek
M. van den Berg, *ondersteuning vanuit het VRA-bureau*

Er zijn geen leden afgetreden in 2008.

Bijna alle leden van de assessoren-groep hebben ons ondersteund in het verrichten van de kwaliteits-visitaties:

K.S. de Boer
H.J. Buijs
Dr. R. Dekker
C.A.J.G. van Dijk
N. Haga
M.A. Karssemeijer
G.H.F. van der Leeuw
H.F.M. Pernot
H.W.J. Rockx
Dr. C.K. van der Sluis
M.A. van Unnik

Collega Buijs en Karssemeijer zijn daarbij opgetreden als visitatielid: beiden hebben 1 visitatie verricht als primus en derhalve ook het visitatierapport geschreven. Voor de bespreking van het betreffende rapport hebben zij de vergadering bijgewoond.

Alle leden van de assessorengroep worden wederom hartelijk bedankt voor hun inzet. Zij zijn onontbeerlijk voor de kwaliteitscommissie om alle visitaties met een volledige visitatiecommissie ad hoc te kunnen verrichten.

PLANNEN VOOR 2009

Een tweede complicatieregistratie, dit keer voor fenolisaties en botulinetoxinebehandeling, wordt opgezet. Tevens zal een enquête uitgezet worden naar het gebruik van de eerste complicatieregistratie (intra-articulaire schouderinjectie). Afvaardigingen naar de diverse werkgroepen en commissies blijft gehandhaafd.

De kwaco gaat op zoek naar nieuwe leden i.v.m. het aangekondigde vertrek van collegae Meeuwisse en Pangalila. Collegae Kap en Meskers hebben reeds toegezegd. Tijdens de voorjaarsvergadering moet deze uitbreiding nog bekrachtigd worden. Naar een vervanger voor de functie van collega Pangalila, vertegenwoordiger van het bestuur, wordt nog gezocht.

PR en communicatie blijft een aandachtspunt. De nieuwsbrief, website en Revalidata zullen daarvoor gebruikt worden.

En uiteraard is er weer een vol visitatieprogramma.

Lid worden?

Een extra paar handen kunnen we altijd gebruiken. Als lid bent u op de hoogte van de nieuwste ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit. Voor details verwijzen wij u naar de website.

*Mevr. drs. C.D. van Houten,
secretaris kwaliteitscommissie
februari 2009*

Werkgroep TraumaRevalidatie (WTR)

JAARVERSLAG 2008

WTR-LEDEN:

E.C.T. Baars, Zwolle; M. de Beer, Rotterdam; H.J. Blanken, Eindhoven; dr. M. de Haart, Amsterdam; F. el Jammel, Den Haag; S.R. van Manen, Leiden; M. van Mechelen, Den Haag; C. Kiekens, Leuven; E.H.J. Lammers, Heerenveen; T. Lenaers, Utrecht; Dr. H. van de Meent, Nijmegen; M. Riemersma, Deventer; T.J.W. de Rooter, Enschede; C.A.J. Smit, Amsterdam, W.L.M. Smulders, Breda, T.A.R. Sluis, Rotterdam; S. Vertriest, Gent; K. Vlaanderen, Apeldoorn.

Het totaal aantal leden van de WTR bedroeg eind 2008: 21.
Gewoon VRA-lid: 19. Daarnaast zijn twee Vlaamse revalidatieartsen lid.

WTR-BESTUUR:

Voorzitter: dr. H.R. Holtslag, Utrecht
Secretaris: dr. B. Hemmen, Hoensbroek
Penningmeester: dr. C.K. van der Sluis, Groningen

VERSLAG ACTIVITEITEN 2008

Het doel van deze Nederlands-Vlaamse Werkgroep TraumaRevalidatie (WTR) is het bevorderen van de samenwerking met anderen, zowel in de keten als met vakgenoten, op het gebied van de drie O's, te weten: onderzoek, organisatie, onderwijs. Qua patiënten diagnoses richten wij ons op het gebied van de meervoudig ernstig gewonden en letsels van de extremiteiten (zowel handletsels als gecompliceerde beenletsels). De extremiteitletsels zijn in overleg met het VRA-bestuur in 2005 aan de doelstelling van de WTR toegevoegd.

Aan de hand van onze doelstelling (de drie O's) willen wij verslag doen van onze activiteiten in 2008.

ONDERWIJS

De bijeenkomsten worden sinds 2005 op twee vaste dagen georganiseerd, namelijk de derde dinsdag van de maanden februari en september. De dag wordt door één van de leden verzorgd. 's Ochtends een vergadering en 's middags een symposium. Hiervan werd verslag gedaan in Revalidata en op de VRA-website.

De zevende bijeenkomst werd verzorgd door Tom Lenaers in RC De Hoogstraat in Utrecht en was getiteld: 'Bekkenletsels'. De eerste voordracht werd verzorgd door Hans Klijnsma, fysiotherapeut over het classificatiesysteem. Vervolgens de indeling van sacrumfracturen en tot slot de acetabulumfracturen (principe van de voorste en achterste pijler, A: 1 pijler, B: transversale primaire fractuur, C: beide pijlers en acetabulum niet meer verbonden met os ilium). De fysiotherapeutische interventiescenario's werden geschetst van een belastbaar bekken zonder neurologie tot en met 2-zijdig onbelast bekken met neurologische uitval. Tweede spreker was Professor Leenen uitgenodigd, traumatoloog UMC Utrecht. Hij belichtte vooral de chirurgische aspecten van bekkenfracturen. Nadrukkelijk werd het herstel van de bekkenring, alsmede de invloed van de (beschadiging van) ligamentaire structuren genoemd. De type A fracturen (50 tot 70%) behoeven zelden chirurgie. Type B fracturen (20 tot 30%) behoeven meestal vooral anterieure stabilisatie.

Bij type C (10 tot 20%) fracturen is stabilisatie van de gehele bekkenring noodzakelijk. Tot slot volgde een casuspresentatie door de derde spreker Tom Lenaers, revalidatiearts. Hij schetste een revalidatietraject van een complexe multitrauma patiënt, waarbij er een pseudo-artrose van het bekken was opgetreden.

De achtste bijeenkomst werd verzorgd door Eric Lammers in het Ziekenhuis de Tjongerschans, Heerenveen en stond in het teken van de klinimetrie in de traumarevalidatie. Dr. Anita Beelen, senior-onderzoeker in het AMC verzorgde een inleiding over klinimetrie om tot een verantwoorde keuze voor een meetinstrument te komen. De tweede spreker was Eelkje Talsma, zij is bewegingswetenschapper in het AMC en gaf een voorzet tot een discussie over meetinstrumenten voor handletsels. De laatste spreker, dr. Mirjam de Haart, revalidatiearts in het AMC, gaf een 'state of the art' over de Euroqol-5D. De werkgroep ambieert betrokkenheid bij het organiseren van de basiscursus Handletsels, aangezien dit onderdeel tot haar expertise wordt gerekend.

ORGANISATIE

Elk traumacentrum organiseert haar eigen regio. Zij stuurt het maken van protocollen en richtlijnen aan, organiseert bijeenkomsten, registreert. De leden van de WTR wisselen hun ervaringen uit, leggen ideeën neer, waarvan anderen kunnen profiteren. In Utrecht is men bijvoorbeeld nu betrokken bij de Ketenavonden, van asfalt tot en met revalidatiezorg.



federatie
PAS

www.federatie-pas.nl

PAS | altijd een passend antwoord

BUCHRNHORNEN
Lopen zonder zorgen

www.buchrnhornen.nl



www.footcare.nl



Penders Voetzorg
Samen je vrij

www.pendersvoetzorg.nl

Pom
Versmakt de beweging

www.pomnijmegen.nl

Samenwerkende producenten
van orthopedische maatschoenen
en voethulpmiddelen

oim
orthopedie

www.oim.nl

De WTR heeft de ambitie in het beleidsplan uitgesproken om de Basiscursus Handletsels mede te organiseren, zowel naar het VRA-bestuur, alsmede de scholingscommissie.

ONDERZOEK

Wetenschap. Het was een bijzonder productief jaar, er waren 15 internationale peer reviewed

publicaties en 3 nationale. Vanwege deze omvang zal onder het kopje organisatie/werkgroepen en WTR een overzicht van onze wetenschappelijke publicaties op de VRA-site worden geplaatst.

Tot slot, de eerstvolgende bijeenkomst is op 13 maart aanstaande in het UMC Sint Radboud in Nijmegen, verzorgd door dr. Henk van

de Meent (www.ottobock.nl). In september 2009 zijn we te gast bij onze zuiderburen in Leuven, informatie is te verkrijgen bij collega Carlotte Kiekens.

Namens het bestuur en de leden van de WTR,

*Dr. H.R. Holtslag, voorzitter
Revalidatiearts, UMC Utrecht*

Plenaire visitatiecommissie Revalidatiegeneeskunde

JAARVERSLAG 2008

1. SAMENSTELLING

De samenstelling van de plenaire visitatiecommissie was per 1 januari 2008 als volgt:

Voorzitter: dr. P.H.T.G. Heuts,

Vice-voorzitter: drs. B.J.W. Bevaart, tevens vertegenwoordiger MSRC

Secretaris: drs. B.J.W. Bevaart

Leden:

drs. H.J. Arwert

drs. H.G.A. Hacking

mevr. drs. W.M.G.C. Hitters

drs. H. Laman

prof. dr. G.J. Lankhorst

prof. dr. J.S. Rietman

dr. G.M. Rommers, tevens plaatsv. vertegenw. MSRC

Namens Kerngroep:

mevr. drs. E.C. Husson

mevr. drs. G.W. Zinger

In mei werd collega mw. dr. A.F. Hoeksma aangesteld. In oktober traden de collegae Bevaart en Lankhorst af;

In september nam collega Middelkamp plaats in van collega Zinger als vertegenwoordiger namens de Kerngroep.

In september nam collega Rommers het secretariaat van de PVC over van collega Bevaart.

2. VERGADERINGEN

De plenaire visitatiecommissie kwam acht maal bijeen in Utrecht; eenmaal was er een telefonische vergadering. Eenmaal was er een gezamenlijke vergadering met de opleiders (Amsterdam).

4. PROBLEMEN OF BELANGRIJKE GEBEURTENISSEN DIE ZICH BIJ DE VISITATIES HEBBEN VOORGEDAAN

Bij de visitaties hebben zich geen problemen voorgedaan.

5. PROBLEMEN WAARMEE DE PLENAIRE VISITATIECOMMISSIE IS GECONFRONTEERD BIJ DE BESPRAKING VAN VISITATIERAPPORTEN DAN WEL BIJ DE TOEPASSING VAN DE VIGERENDE VOORSCHRIFTEN EN BESLUITEN

Begin 2007 werd de beleidsregel betreffende het wetenschappelijk actief zijn van opleider, plaatsvervangend opleider en stageopleider aan de MSRC aangeboden. In samenhang met het indienen van beleidsregels door andere specialismen kon de besluitvorming bij de MSRC nog niet worden

3. VISITATIES

De volgende visitaties werden uitgevoerd:

Datum	Opleidingsinrichting	Opleider/Plv. opleider	Visitatiecie ad hoc
10-4-08	Med Spect Enschede	Prof. dr. J.S. Rietman	Drs. H.J. Arwert Drs. B.J.W. Bevaart Mw. drs. G.W. Zinger
24-04-08	RC Trappenberg Huizen	Mw. drs. K. Folmer Mw. dr. L. Heijnen	Dr. P.H.T.G. Heuts Dr. G.M. Rommers Mw. drs. E.C. Husson
25-04-08	MCA Alkmaar	Dr. J.P.J. Bakker Drs. R.F.A. Oosterwijk	Dr. P.H.T.G. Heuts Dr. G.M. Rommers Mw. drs. E.C. Husson
21-05-08	MCRZ-Zuider Rotterdam	Drs. P.J. Janssens	Mw. drs. W.M.G.C. Hitters Dr. G.M. Rommers Mw. drs. G.W. Zinger
27-06-08	RC Hoensbroeck, Hoensbroek	Drs. W.G.M. Bakx	Prof. dr. J.S. Rietman
	RC Hoensbroeck Valkenburg	Drs. N. Haga	Drs. H.G.A. Hacking Mw. drs. E.C. Husson
30-07-08	Atrium MC Heerlen	Drs. A.M.T.M. Derks Drs. B.H.M. Michiels	Drs. H.J. Arwert Dr. G.M. Rommers Mw. drs. W.V. Middelkamp
8-12-08	Rijnlands RC Leiden	Mw. drs. H.C.M. van der Heijden-Maessen Drs. K.S. de Boer	Prof. dr. J.S. Rietman Mw. dr. A.F. Hoeksma Mw. drs. W.V. Middelkamp

afgerond. De toetsing van het wetenschappelijk actief zijn op basis van genoemde beleidsregel kon in 2008 nog niet worden toegepast.

6. ALGEMEEN

Eenmaal was een gezamenlijke vergadering met de opleiders in het AMC te Amsterdam. Er werd daar gesproken over de contouren van het nieuwe opleidingsplan. De capaciteitsverdeling voor de opleidingsplaatsen werd in de discussie

verder besproken. Vooruitlopend op de nieuwe regeling van de MSRC omtrent de opleidingseisen werd er een werkgroep gevormd voor het vertalen van het nieuwe opleidingsplan naar specifieke opleidingseisen. De kaderbesluit teksten waren evenwel nog niet beschikbaar.

FINANCIËN

De plenaire visitatiecommissie beheert geen gelden.

De financiële verantwoording van inkomsten en uitgaven wordt, separaat, verzorgd door de penningmeester van de VRA.

Groningen, februari 2009

*Dr. G.M. Rommers
Secretaris Plenaire Visitatie-
commissie*

pleegmoeder
dochter
paardenliefhebster
trainster
zakenvrouw
prothesegebruikster



Stacie Broseus



ECHTE OPLOSSINGEN VOOR ECHTE MENSEN

LimbLogic™ VS

Gegarandeerde vacuüm ophanging

Gegarandeerde, betrouwbare ophanging stelt prothese gebruikers zoals Stacie in staat om hun leven zo onbeperkt mogelijk te leven. Met de geavanceerde vacuüm technologie van de LimbLogic VS blijft haar prothese veilig op z'n plaats.

Het systeem heeft een 'zet & vergeet' technologie welke continue berekent of het vacuüm in de koker juist is waardoor de veiligheid nooit een probleem is. Er is een afstandsbediening, instelbaar vacuüm niveau, een waterdichte controller en een stille motor. LimbLogic VS biedt uitstekende vacuüm ophanging in een compacte unit.



OHIO WILLOW WOOD
from the body... from the spirit

Kerngroep

JAARVERSLAG 2008

SAMENSTELLING

De kerngroep bestond net als voorgaande jaren uit 13 leden: 12 AIOS uit de verschillende opleidingscircuits en 1 vertegenwoordiger van de AIOSKO's. Ieder lid heeft 2 jaar zitting in de kerngroep; in februari wisselt de helft van de leden.

In 2008 bestond de kerngroep uit Henk Meulenbelt (AIOSKO vertegenwoordiger), Miriam Verstegen (Arnhem), Wietske Middelkamp (Zwolle), Mirjam van Loo (Utrecht), Liesbeth Corporaal (Amsterdam), Mirjam Veen-van der Velden (Den Haag), Arjen Bolt (Groningen), Tamara Lut (VuMC / Heliomare), Mirjam Kouwenhoven (Enschede), Els Husson (Rotterdam), Nanneke Engels-van Verseveld (Limburg) Karlijn van Beek (Nijmegen), Stephanie Kuppens (HET circuit).

VERGADERINGEN

De kerngroep heeft in 2008 zes maal vergaderd. De vergadering in augustus was gekoppeld aan een themabijeenkomst, en vond plaats in Revalidatiecentrum De Hoogstraat. De andere vergaderingen vonden plaats in Vergadercentrum Vredenburg en bij het VRA-bureau aan de Oudlaan.

BELANGENBEHARTIGING

In 2008 waren kerngroepleden afgevaardigd naar de volgende gremia binnen de VRA: bestuur, concilium, scholingscommissie, wetenschappelijke commissie, kwaliteitscommissie, stuurgroep capaciteitsbepaling, redactie Revalidata, toetsingscommissie, buitenlandcommissie en werkgroep Grenzen aan het Vak. Een kerngroeplid vertegenwoordigde ons in de Landelijke Vereniging voor Medisch Specialisten in Opleiding (LVAG).

THEMABIJeenKOMST

Voor de jaarlijkse themabijeenkomst (beleidsdag), voorafgaand

aan de reguliere kerngroepvergadering in augustus, is dit jaar het thema 'toetsing en evaluatie in de opleiding tot revalidatiearts' gekozen. Dit onderwerp was zeer actueel vanwege de ontwikkeling van het opleidingsplan en het nieuwe Protocol Toetsing en Beoordeling in de Medisch Specialistische Opleidingen van de CCMS. Nieuwe vormen van toetsing zullen worden ingevoerd en verplicht gesteld. Op de themamiddag hebben wij met de kerngroep ons verdiept in de verschillende vormen van toetsing en de voor- en nadelen hiervan. Voor het verslag van deze bijeenkomst verwijs ik naar Revalidata nr. 146, december 2008.

MODERNISERING OPLEIDING

De vertegenwoordigers in het concilium zijn ook in 2008 actief betrokken geweest bij de totstandkoming van het opleidingsplan, dat vanaf 2009 geïmplementeerd zal worden. De overige kerngroepleden hebben commentaar geleverd op een van de conceptversies en actieve terugkoppeling heeft doorlopend plaatsgevonden. Eveneens van belang voor de modernisering van de opleiding is de landelijk in te voeren kennistoets. De inmiddels opgeheven toetsingscommissie heeft een advies uitgebracht aan het concilium. De kerngroep zal proberen bij de implementatie en toekomstige aanpassingen van het opleidingsplan een actieve rol te blijven vervullen.

Opleiding in perifere ziekenhuizen

In 2008 ontstond in verschillende circuits onrust over opleidingsplekken in perifere ziekenhuizen, die

onder druk kwamen te staan als gevolg van de trend tot academisering van de opleidingen. De kerngroep heeft hierover uitgebreid gediscussieerd en een standpunt ingenomen, dat middels een brief aan het concilium is kenbaar gemaakt. Samengevat vinden wij het onwenselijk dat de opleiding in perifere ziekenhuizen verdwijnt, omdat deze plekken inhoudelijk vaak hoog gewaardeerd worden, een aanvulling zijn op de opleiding in revalidatiecentra en academische ziekenhuizen, en omdat een groot deel van de AIOS later in een algemeen ziekenhuis zal gaan werken.

VISITATIES

De voormalig voorzitter, voorzitter en vice-voorzitter van de kerngroep namen plaats in de visitatiecommissie ad hoc van alle in 2008 verrichte opleidingsvisitaties.

EVALUATIE SCHOLINGS-PROGRAMMA

Via de kerngroep wordt evaluatie van het scholingsprogramma van de VRA gecoördineerd. Elke cursus wordt door een AIOS van één van de opleidingscircuits geëvalueerd, waarna in de kerngroep deze evaluaties besproken en aangevuld worden. Op deze wijze werd ook in 2008 een bijdrage geleverd aan het op peil houden en waar mogelijk verbeteren van het scholingsprogramma.

PROMOTIE VAN HET VAK

In 2008 werd voor het eerst een landelijke KNMG carrièrebeurs gehouden voor studenten geneeskunde, co-assistenten en basisartsen. Een afvaardiging van

de kerngroep heeft hier de revalidatiegeneeskunde vertegenwoordigd. Een verslag is gepubliceerd in *Revalidata* nr. 142. De betreffende Kerngroepleden hadden het gevoel de revalidatiegeneeskunde goed voor het voetlicht te kunnen brengen. Gezien de signalen dat het aantrekken van goede kandidaten voor de opleiding steeds moeilijker wordt, lijkt het essentieel deze mogelijkheid tot promotie van de revalidatiegeneeskunde ook volgende jaren te benutten.

DIVERSEN

De informatie van de kerngroep op de VRA-website werd verder ontwikkeld en aangepast, waardoor de informatie nu vollediger is

en op een overzichtelijke manier gerangschikt.

In vrijwel alle nummers van *Revalidata* in 2008 werden één of twee bijdragen van de Kerngroep geplaatst over onderwerpen die leven onder de AIOS en ons inziens ook relevant zijn voor revalidatieartsen.

Uitwisseling van informatie tussen de opleidingscircuits en discussie over diverse problemen en ontwikkelingen in de circuits vond plaats tijdens de vergaderingen.

2009

In het najaar van 2009 zal er opnieuw een KNMG carrièrebeurs plaatsvinden. De kerngroep wil hier opnieuw een afvaardiging

naartoe sturen, bij voorkeur aangevuld met enkele opleiders.

De vaste activiteiten van de kerngroep zullen ook in 2009 gecontinueerd worden. Veel extra aandacht zal uitgaan naar de implementatie van het opleidingsplan en naar de voorgenomen invoering van de landelijke kennistoets.

Bij deze wil ik de kerngroep 2009 veel succes wensen en wil ik de leden van de kerngroep 2008 bedanken voor de inzet, het enthousiasme en de prettige samenwerking.

*Mevr. drs. E.C. Husson,
voorzitter kerngroep 2008*

Platform Kinderrevalidatieartsen (inmiddels Sectie Kinderrevalidatiegeneeskunde)

JAARVERSLAG 2008

LEDEN EN BESTUURSSAMENSTELLING

Voorzitter: M. van Tol-de Jager

Secretaris: A.D. van Velzen

Bestuursleden: R. Pangalila (vertegenwoordiging in VRA-bestuur), J. Becher, R. Roijen, K. Maathuis

Platformleden: 108

ALGEMEEN

In 2008 kwamen de leden van het kinderplatform driemaal bij elkaar in vergadercentrum Vredenburg, te Utrecht (vrijdag 18 januari, vrijdag 20 juni en dinsdag 7 oktober) met telkens een opkomst van meer dan 60 leden.

Elke bijeenkomst is geaccrediteerd met 2 punten. In 2008 werd het 'Handvest sectie kinderrevalidatiegeneeskunde' aangeboden aan het bestuur van de VRA en aangenomen door de VRA-ledenvergadering in oktober 2008. Het Handvest bevat een omschrijving van het vak kinderrevalidatiegeneeskunde met afbakening hiervan en een omschrijving van de competenties van de kinderrevalidatiearts en methode van scholing om deze competenties te verwerven en behouden.

Het platform wordt de sectie kinderrevalidatiegeneeskunde van de VRA. Een werkgroep van het kinderplatform heeft een drie-daagse scholing opgezet, die in 2009 twee keer georganiseerd zal worden voor alle revalidatieartsen werkzaam in de kinderrevalidatie, waarin een aantal van de competenties aan bod komt.

In 2008 verruilde J.W. Gorter zijn Nederlandse baan voor een baan bij CanChild in Canada, het kinderplatform dankt hem hartelijk voor zijn grote diensten en inzet ten behoeve van het kinderplatform.

WERKGROEPEN VAN HET KINDERPLATFORM

- Stichting Scholing Kinderrevalidatieartsen: Stichtingsbestuur bestaat uit: R. Pangalila, voorzitter, J. Becher en N. Haga
- Werkgroep handvest en behandelkader (R. Roijen)
- Chronische pijn en functionele klachten binnen de kinderrevalidatie (A. ter Steeg)
- VSN werkgroep NMA (M. van Tol)
- Developmental Coordination Disorder (H. Daudt)
- Revalidatieartsen Academische Ziekenhuizen (S. Lambregts)
- Revalidatieartsen van mytylscholen (L. van Dijk)
- Werkgroep congenitale reductiedefecten van de armen (M. Poelma)
- Werkgroep Vroegbehandeling (S. Titulaer)
- Werkgroep Spasticiteit (D. Steenbeek)
- Werkgroep richtlijn CP (J. Becher)
- NAH (A. ter Steeg)
- Klinische kinderrevalidatie (A. ter Steeg)
- Kinderorthopedie (K. Maathuis)
- Werkgroep ICF-CY en kinderstatus (H. Dekkers)

VERTEGENWOORDIGING VANUIT HET KINDERPLATFORM NAAR ANDERE GREMIA

- R. Pangalila: vertegenwoordiging naar VRA bestuur
- J. Becher: vertegenwoordiging naar concilium
- J. Becher: voorzitter DutchACD
- C. van Groningen: landelijke coördinator EACD
- R. Pangalila en R. Roijen: naar commissie kinderrevalidatie VRA/RN
- M. van Tol: naar Landelijk

Innovatieplatform Kinderrevalidatie (LINK)

- P. van Aanholt: naar VRA-werkgroep bewegen en sport
- M. Poelma naar VRA-werkgroep WAP-A
- F. Stoelinga: naar CBO-richtlijnontwikkeling 'Follow-up na kinderkanker'.

INHOUDELIJKE ONDERWERPEN 2008

Tijdens de drie platformbijeenkomsten werd ook aandacht besteed aan organisatorische en logistieke zaken die voor de platformleden van belang zijn, maar minstens de helft van de tijd worden door platformleden of externe genodigden inhoudelijke onderwerpen toegelicht. Hierbij een korte weergave van de meest relevante onderwerpen die aan bod kwamen:

- De richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van Cerebrale parese' werd, verdeeld over verschillende bijeenkomsten, per hoofdstuk toegelicht en bediscussieerd om alle leden nog meer vertrouwd te maken met de richtlijn en de praktische toepassing hiervan.
- N. Schouten, kinderoncoloog in het AMC vertelde over centraal zenuwstelsel tumoren bij kinderen, de verschillende behandelvormen en de gevolgen van de aandoening en behandelingen.
- Diverse proefschriften werden toegelicht, waaronder 'Het capaciteitsprofiel' door A. Meester en 'de gedragstherapeutische benadering bij kwijlen' door J. van der Burg, orthopedagoog Maartenskliniek Nijmegen.
- In de casusclub wordt regelmatig van de gelegenheid gebruik gemaakt om complexe of al-

ledaagse casussen te delen en bediscussiëren met alle platformleden.

- H. ten Napel en R. Harkema introduceerden de ICF-CY-classificatie, het kenniscentrum zorgcoördinatie en de ontwikkelingen rondom het CLAP (Cliënten Activiteiten Profiel).
- M. Ketelaar vertelde over PER-RIN, L2MOVE en het project 'Knowledgebroker'.
- P. van Hasselt, kinderarts voor metabole ziekten, gaf een voordracht over de laatste ontwikkelingen op gebied van diagnostiek en behandeling van metabole ziekten.

LANDELIJK SERVICEPUNT KINDERREVALIDATIE

Er is een uitstekende samenwerking tussen het landelijk servicepunt kinderrevalidatie (bemand

door M. Veenstra) en het kinderplatform. Het servicepunt biedt professionals in de kinderrevalidatie de kans elkaar te vinden voor bepaalde vraagstukken. Zo wordt op de website (www.kinderrevalidatie.info) een congresagenda bijgehouden met relevante scholingen en wordt gewerkt aan een besloten deel van de website waar revalidatieartsen elkaars behandelprogramma's kunnen inzien. Vanuit het servicepunt werden ook de regelingen voor taxivervoer naar peutergroepen geïnventariseerd.

PEDI ALS PRESTATIE-INDICATOR

Vanuit het kinderplatform werd een werkgroep opgestart onder leiding van H. Vermeulen, beleidsadviseur, om toe te werken naar de invoering van de PEDI als prestatie-indicator in de kinder-

revalidatie. Er werd o.a. een digitaal scoresysteem ontworpen en er waren voorlichtings-bijeenkomsten voor managers in de kinderrevalidatie om binnenkort te starten met standaard PEDI-afnames bij alle kinderen. In 'De Hoogstraat' vond reeds een pilot plaats.

LOGO KINDERPLATFORM

K. Folmer ontwierp een schitterend logo voor het kinderplatform, waarmee we de herkenbaarheid van het kinderplatform willen vergroten.

20 januari 2009

*Mevr. drs. M.J. van Tol-de Jager,
voorzitter sectie kinderrevalidatie-
geneeskunde*

*Mevr. drs. A.D. van Velzen, secretaris
sectie kinderrevalidatiegeneeskunde*

Platform Kinderrevalidatie wordt Sectie Kinderrevalidatiegeneeskunde!



VERSLAG BIJENKOMST SECTIE KINDERREVALIDATIEGENEES- KUNDE D.D. 30 JANUARI 2009

Er waren 62 leden aanwezig op de vergadering.

De discussie tijdens de VRA-ledenvergadering over het Handvest Kinderrevalidatiegeneeskunde in oktober 2008 heeft ertoe geleid dat er unaniem werd besloten dat de naam Platform kinderrevalidatieartsen verandert in Sectie kinderrevalidatiegeneeskunde. Voor elke sectiebijeenkomst zijn twee accreditatiepunten toegekend. Er wordt nog gezocht naar mogelijkheden om accreditatie te krijgen voor de bijeenkomsten van de (inmiddels 14) subwerkgroepen van de sectie kinderrevalidatiegeneeskunde. De resultaten van de enquête over deelname van revalidatieartsen aan integrale vroeghulpteams werden bespro-

ken. De mate van betrokkenheid van de revalidatieteams bij de integrale vroeghulpteams is erg divers. De werkgroep vroegbehandeling van de sectie zal kijken of gezamenlijke uitgangspunten wenselijk zijn en hoe dit praktisch uitgewerkt kan worden.

De huidige financiering voor het landelijk servicepunt kinderrevalidatie (www.kinderrevalidatie.info) loopt medio 2010 af. De platformleden ondersteunen unaniem het voortbestaan van het landelijk servicepunt, gezien de verbindende en coördinerende functie die het heeft tussen de verschillende partners werkzaam in de kinderrevalidatie, er zal worden gekeken naar mogelijkheden voor integratie met de Dutch-ACD.

Gezien de toegenomen omvang van de sectie kinderrevalidatiegeneeskunde werd een begroting opgesteld en goedgekeurd door de leden. Er werden interessante ontwikkelingen besproken vanuit enkele internationale wetenschappelijke congressen die door leden van het kinderplatform werden bezocht

In het middagprogramma deed V. Scholtes verslag over haar

“POPEYE-onderzoek” naar de effecten van spierkrachttraining bij kinderen met Cerebrale Parese. Ook andere belangrijke lopende onderzoeklijnen in de kinderrevalidatie werden kort toegelicht door de sectieleden. Na de middagpauze presenteerde P. de Koning de drie lopende ZonMw-projecten voor kinderen met Niet Aangeborenen Hersenletsel. Daarna werd nog door gediscussieerd over diverse aspecten bij een NAH-nazorgpoli voor kinderen en jongeren.

De presentaties en notulen van de sectiebijeenkomst zijn terug te vinden op de VRA website (www.revalidatiegeneeskunde.nl > organisatie > werkgroepen > sectie kinderrevalidatiegeneeskunde). De volgende sectie bijeenkomsten vinden plaats op dinsdag 16 juni 2009 en vrijdag 9 oktober 2009 in vergadercentrum Vredenburg te Utrecht van 10 tot 16 uur.

*M. van Tol-de Jager, voorzitter sectie kinderrevalidatiegeneeskunde,
m.v.tol@dehoogstraat.nl*

*A. van Velzen, secretaris sectie kinderrevalidatiegeneeskunde,
a.vanvelzen@rcbreda.nl*



Orthopedische schoentechniek

Het lopen op een gewone confectieschoen kan moeizaam, pijnlijk of zelfs onmogelijk zijn. Onze schoenen kunnen dan uitkomst bieden: orthopedische schoentechniek geeft de voet bewegingsruimte. Bij minder ernstige voetproblemen kunnen semi-orthopedische schoenen de klachten al verhelpen.

De POM-technicus maakt een schoen op maat of past bestaand schoeisel aan. Ook hier geldt: elke schoen is uniek, omdat geen voet en geen cliënt hetzelfde is.

POM helpt mensen om hun lichaam en beweging weer volmaakt te maken. Allereerst met producten en diensten die de alledaagse bewegingsvrijheid en mobiliteit verbeteren. Daarnaast met hulpmiddelen die het lichaam ondersteunen of helpen de houding te corrigeren. Door jarenlange opleiding en ervaring kennen onze technici de materialen en weten ze wat ermee te bereiken is. In samenwerking met u werken ze aan een optimaal resultaat dat naadloos aansluit op uw wensen. Ieder product is maatwerk; ieder mens is tenslotte uniek.

Pom

Vermaakt de beweging

POM Nijmegen, Hengstdal 3, Postbus 9011, 6500 GM Nijmegen.
Telefoon (024) 365 92 10, fax (024) 365 92 05.
E-mail: info@pomnijmegen.nl www.pomnijmegen.nl

Nieuwe samenstelling Kerngroep



Per februari 2009 is de samenstelling van de kerngroep als volgt.
Bij vragen of suggesties kunt u uw lokale vertegenwoordiger aanspreken.

Bovenste rij, van links naar rechts:

Véronique Moulaert (Limburg)
Liesbeth Corporaal (Amsterdam)
Daphne van Riet Paap (VuMC/Heliomare)
Esther Groot Zwaaftink (Arnhem)
Henk Meulenbelt (Groningen)
Mirjam Kouwenhoven (Enschede)
Wietske Middelkamp (Zwolle)
Roland Brandwijk (LUMC/Den Haag)
Marlous van Disseldorp (Utrecht)

Vice voorzitter en Concilium (Nieuw)
Scholingscommissie
Scholingscommissie (Nieuw)
Wetenschapscommissie (Nieuw)
AGIKO vertegenwoordiger
Stuurgroep capaciteitsbepaling
Voorzitter en Concilium
Buitenland Commissie (Nieuw)
Kwaliteitscommissie (Nieuw)

Onderste rij, van links naar rechts:

Willemijn van Gils (Groningen)
Karljin van Beek (Nijmegen)
Esther Jacobs (Rotterdam)

LVAG (Nieuw)
VRA-bestuur
Revalidata redactie en Website (Nieuw)

Afwezig:

Stefanie Kuppens (HET circuit)

Secretaris

‘Loont’ de liner?

E.C.T. Baars

INLEIDING

Liners worden, na hun ontwikkeling door Kristinson, sedert de jaren 90 steeds vaker gebruikt voor de suspensie van beenprothesen.¹ Het toenemend succes van de liner heeft er voor gezorgd dat het merendeel van de beenprothesen hiermee wordt voorzien. Ook is het aanbod van liners met verschillende eigenschappen in een korte tijd sterk gegroeid. Er is vooral ruime keus in materialen, waarbij gedacht moet worden aan gel, polyurethaan en siliconen in verschillende samenstellingen.² Dit zorgt ervoor dat de liner verschillende eigenschappen heeft in relatie tot rekbaarheid en comfort.³ De vernieuwing en verandering van de liners lijken vooral vanuit de fabrikant gestuurd te worden en niet vanuit de behoefte van de patiënt of professionals. Excessen, zoals de ‘comfort liner’ met zilverbdrading gericht tegen fantoompijn, zijn hiervan het resultaat. Over het algemeen kan gesteld worden dat een duidelijke wetenschappelijke basis voor de ontwikkelingen op het gebied van liners niet aanwezig is.⁴ Gezien het huidige financiële krachten spel in de zorg is het redelijk om naast de inhoudelijke argumenten voor het voorschrijven van de liner, ook oog te hebben voor de bijkomende kosten.

DE LITERAATUUR EN EMPIRIE

De studies over de mogelijke voordelen van de liner zijn voor het overgrote deel van slechte methodologische kwaliteit. Veruit de meeste studies onderzochten linereigenschappen op basis van vragenlijsten en is er tot heden weinig klinisch onderzoek gedaan. Globaal valt wel op te maken dat de suspensie van de prothese, en mogelijk hieraan gerelateerde verbeterde functionaliteit, het grootste voordeel vormt.⁴ Daarnaast ervaart een deel van de patiënten een toegenomen comfort en kan de liner de stomphuid bescher-

men tegen externe krachten. Het verbeterde comfort kan voor een deel berusten op de ‘total surface bearing’ fittingstechniek, waarbij drukverdeling over het hele stompoppervlak plaatsvindt.⁵ Stomphuidklachten echter blijken bij een aantal patiënten eerder toe dan af te nemen bij gebruik van de liner.^{4,6} Eveneens kan de liner voor hanteringsproblemen zorgen, vooral bij patiënten met handfunctiebeperkingen, met als gevolg stompklachten of huidbeschadiging door blaarvorming.^{7,8} De recente versie van de seal-in liner (Össur) met zijn brede stugge band waarop 5 ringen bevestigd zijn, is in de praktijk voor meerdere patiënten lastig te hanteren. De vraag is of de hierboven geschetste smalle wetenschappelijke en empirische basis voldoende is om het toenemend voorschrijfgedrag van de liner en de daarmee gemoeide kosten, te rechtvaardigen.

DE KOSTEN

De kosten van de liner kunnen variëren van 250 tot 800 euro, afhankelijk van het type. Gesteld kan worden dat een liner van circa 350 euro globaal 30% van de kosten van de eerste transtibiale prothesevoorziening voor zijn rekening neemt, terwijl dit circa 12% is van de transfemorale prothese. Bij deze laatste maken de kosten van het kniesysteem het grootste deel uit. Eveneens moet er rekening gehouden worden met het aantal liners dat per tijdseenheid voorgescreven wordt bij de individuele patiënt. Indien een patiënt in het eerste jaar na amputatie 2 tot 3 kokers gebruikt met telkens een

andere linermaat kan het aandeel linerkosten bij de transtibiale prothese oplopen tot wel 50–60% van de totale kosten. Natuurlijk is dit ook weer afhankelijk van de kosten van de overige componenten. Hierbij wordt er van uitgegaan dat de andere prothesecomponenten langer bruikbaar blijven. Kortom, hoe vaker een koker- en liner vervangen moet worden hoe groter het aandeel in de totale gemaakte prothesekosten. Daarbij leert de ervaring dat de meeste vervangingen in de eerste jaren na de amputatie plaatsvinden vanwege het progressief slinken van de stomp. Het is zelfs waarschijnlijk dat het gebruik van de liner in deze fase zorgt voor het sneller slinken van de stomp door de rekspanning van het materiaal. Verder blijkt in de praktijk dat de liner kwetsbaar is en relatief snel beschadiging oploopt en om deze reden soms vervangen moet worden. Dit laatste is echter niet in de berekening meegenomen.

CONCLUSIE

Globaal kan op inhoudelijke gronden gesteld worden dat linergebruik kan lonen. Hierbij dient men voornamelijk te denken aan een betere suspensie van de prothese en mogelijk daaraan gerelateerde functie. Daarnaast kan het voordeel bieden op het gebied van comfort en huidbescherming. De kosten dienen dan, net als bij elk ander prothesecomponent, afgewogen te worden tegen de te verwachten functionele voordelen. Daarentegen zijn te voorzien hanteringsproblemen, bijvoorbeeld door een slechte handfunctie van de patiënt of al aanwezige

E.C.T. Baars, revalidatiearts, Vogellanden centrum voor revalidatie, Zwolle

afwijkingen van de stomphuid, een mogelijk tegenargument voor het gebruik. In dit laatste geval kan, indien deze factoren niet naar juiste waarde worden ingeschat, bij het voorschrijven een trial-

and-error systematiek ontstaan, die ongunstig is voor de patiënt en onnodig hoge kosten met zich meebrengt. In een dergelijk geval is het 'lonend' zijn van de liner natuurlijk discutabel.

* Met dank aan dhr. A.J. van de Hoek, orthopedisch technicus, Roessingh Revalidatie Techniek, Zwolle, voor de financiële informatie.

Referenties

1. Kristinsson O. *The ICEROSS concept: a discussion of a philosophy.* *Prosthet Orthot Int* 1993 Apr;17(1):49-55.
2. Geertzen JHB, Rietman JS. *Amputatie en prothesiologie van de onderste extremiteit.* 2008, Lemma BV Utrecht, ISBN 978-90-5931-099-5.
3. Sanders JE, Nicholson BS, Zachariah SG, Cassisi DV, Karchin A, Fergason JR. *Testing of elastomeric liners used in limb prosthetics: classification of 15 products by mechanical performance.* *J Rehabil Res Dev* 2004;41(2):175-186.
4. Baars ECT, Geertzen JHB. *Literature review of the possible advantages of silicone liner socket use in trans-tibial prosthesis.* *Prosthet Orthot Int.* 2005 Apr;29(1):27-37.
5. Fergason J, Smith DG. *Socket considerations for the patient with a transtibial amputation.* *Clin Orthop Relat Res* 1999;(361):76-84.
6. Meulenbelt HEJ, Geertzen JHB, Jonkman MF, Dijkstra PU. *Determinants of skin problems of the stump in lower-limb amputees.* *Arch Phys Rehabil Med* 2009;90:74-81.
7. Baars ECT, Dijkstra PU, Geertzen JHB. *Skin problems of the stump and hand function in lower limb amputees: a historic cohort study.* *Prosthet Orthot Int* 2008 Jun;32(2):179-185.
8. Baars ECT, Geertzen JHB. *A patient with donning-related stump wounds: a case report.* *Prosthet Orthot Int.* 2008 Jun;32(2):219-222.

Geachte redactie,

M.W.M. Post, S. Berdenis van Berlekom, I.G.L. van de Port, B. Kap

Met belangstelling lezen wij de open brief van Ron Meijer en Jacques van Limbeek aan de voorzitter van de VRA.¹ Deze brief is geschreven naar aanleiding van een artikel over revalidatie-indicatoren van de Commissie Prestatie-indicatoren.² Meijer en van Limbeek betogen dat meetinstrumenten als USER en PEDI 'mogelijk niet geheel voldoen'. Hun betoog heeft een bredere strekking waarbij USER vooral als voorbeeld wordt gebruikt, maar getuigt ook van enkele misverstanden over USER die wij graag willen ophelderen.

In discussies over het mogelijk gebruik van USER passeren er vaak argumenten die niet over het instrument zelf gaan, maar over achterliggende uitgangspunten. USER is ontwikkeld als generieke maat voor zelfstandigheid. Daarbij zijn wij er van uitgegaan dat a) het zinvol is om indicatoren voor uitkomsten van revalidatie te hebben, b) zelfstandigheid de eerste, maar niet de enige indicator zal zijn en c) er zowel individuele als generieke behandeluitkomsten gemeten moeten worden.³ Een meetinstrument is op zichzelf geen indicator, maar dient om gegevens te verzamelen die door toepassing van een rekenregel als indicator kunnen worden gebruikt. De Commissie Prestatie-indicatoren zet dit in haar bijdrage nog eens helder uiteen.²

Veel mensen vinden dat behandeldoelen en uitkomsten zo individueel bepaald zijn dat een standaard meetinstrument per definitie te kort schiet. Meijer en Van Limbeek besteden op basis van die gedachte veel aandacht aan de Canadian Occupational Performance Measure en aan Goal Attainment Scaling. Tegelijkertijd vinden zij dergelijke instrumenten niet geschikt als prestatie-indicator en noemen daarvoor de WCN Core Set. Wij zijn het met Meijer en van Limbeek eens dat zowel individuele doelen en resultaten, als algemene uitkomsten gemeten moeten worden. Beide methoden zijn nodig en de resultaten ervan vullen elkaar aan. Het belang van het meten van algemene doelen is het op transparante en vergelijkbare wijze vastleggen van uitkomsten van revalidatie.

Wat betreft het meten van zelfstandigheid vinden Meijer en Van Limbeek dat de USER onvolledig is, omdat het geen huishoudelijke activiteiten (HDL) en allerlei onderliggende stoornissen meet. Wij zijn het met hen eens dat het belangrijk is om HDL te meten. Het begrip zelfstandigheid is door de Commissie Prestatie-indicatoren niet nader gedefinieerd.³ Wij hebben, voor de klinische revalidatie, zelfstandigheid gelijk gesteld aan zelfstandigheid op activiteitsniveau.^{4,5} Het is duidelijk dat dit maar een deel is van alle mogelijke revalidatie-uitkomsten. In de Basisset Prestatie-indicatoren is daarnaast het 'percentage ontslag naar huis' opgenomen.³ Andere uitkomst-indicatoren zijn er nog niet, maar het is wel de bedoeling dat die er

op termijn gaan komen. Zelfstandigheid is bij verreweg de meeste klinische revalidatiepatiënten een behandeldoel en het is om die reden een logische eerste stap. In het vervolgproject Meten=Weten2, testen wij momenteel meetinstrumenten voor uitkomsten van revalidatie op participatieniveau, waaronder ook HDL.⁶

Meijer en Van Limbeek schrijven dat USER een samengestelde schaal is en daarmee een optelsom van appels en peren zou zijn. USER bevat inderdaad verschillende domeinen, maar heeft echter anders dan Meijer en Van Limbeek denken géén totaalscore, omdat wij evenzeer denken dat dit het optellen van appels en peren zou zijn. USER heeft drie domeinscores: motorisch functioneren, cognitief functioneren en subjectieve klachten (tabel 1).

Vragen over subjectieve klachten zijn opgenomen omdat pijn, vermoeidheid en stemming a) aandachtspunten zijn tijdens de revalidatie, b) de duur en uitkomsten van revalidatie kunnen beïnvloeden en c) in sommige diagnosegroepen zelf uitkomst van revalidatie kunnen zijn. Het is duidelijk dat deze vragen geen maten voor zelfstandigheid zijn.

Cognitieve problemen hebben grote invloed op uitkomsten van revalidatie en steeds meer revalidatiebehandelingen zijn gericht op (het compenseren van) cognitieve problemen. Om deze reden zijn vragen over cognitief functioneren opgenomen in USER. Over de vraag of cognitief func-

Dr. M.W.M. Post, senior onderzoeker

S. Berdenis van Berlekom, MBA, manager Kenniscentrum

Dr. I.G.L. van de Port, senior onderzoeker

B. Kap, revalidatiearts

Het Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht is een samenwerkingsverband van revalidatiecentrum De Hoogstraat en de afdeling Revalidatie- en sportgeneeskunde van het Universitair Medisch Centrum Utrecht.

TABEL 1. STRUCTUUR VAN USER.

Totaalscores	domeinen	Items
Motorisch functioneren	Mobiliteit	Zitten Staan Transfers Lopen binnenshuis Lopen langere afstanden Traplopen Rolstoelrijden
	Zelfzorg	Eten en drinken Persoonlijke verzorging Baden/douchen Aan-/uitkleden Toiletgang Incontinentie urine* Incontinentie ontlasting*
Cognitief functioneren	Communicatie**	Zich uitdrukken Begrijpen Initiatief
	Cognitie**	Visuele waarneming Oriëntatie in plaats en tijd Attentie en concentratie Geheugen Taakuitvoering
	Gedrag**	Gedragsregulatie Sociaal gedrag
Subjectieve klachten	Pijn	
	Vermoeidheid	
	Stemming	Somberheid Verdriet Angst Boosheid

* In de definitieve versie is het oorspronkelijke item voor incontinentie gesplitst in incontinentie voor urine en incontinentie voor ontlasting.

** In de definitieve versie worden deze domeinen niet meer apart gescoord.

tioneren een onderdeel of een determinant is van zelfstandigheid (of beide) wordt in de literatuur heel verschillend gedacht. Verder is het meten van uitkomsten op het gebied van cognitief functioneren slechts in een deel van de revalidatiepopulatie relevant. Wij vinden dat motorisch en cognitief functioneren twee, weliswaar onderling samenhangende, maar toch te onderscheiden domeinen zijn en vinden het niet verstandig om één totaalscore voor motorisch en cognitief functioneren te gebruiken. Bijkomend voordeel hiervan is dat, wanneer sommige instellingen of teams de cognitieve vragen achterwege laten in diagnosegroepen waar cognitieve problemen geen rol spelen, de

overige USER-resultaten intact en daarmee vergelijkbaar blijven.

De motorische score van USER is daarmee dé maat voor zelfstandigheid. Deze score is de optelsom van de schaalscores voor mobiliteit en zelfverzorging. Deze combinatie van lopen en zelfzorg is ook terug te vinden in, bijvoorbeeld, Barthel Index, Revalidatie Activiteiten Profiel en Functional Independence Measure. Ons evaluatieonderzoek wees uit dat dit een zeer betrouwbare, valide en responsieve maat is, al moet dit nog in verder onderzoek in specifieke diagnosegroepen worden bevestigd.^{6,7} Wat ons vanzelf brengt op twee andere belangrijke opmerkingen van Meijer en Van

Limbeek: 1) dat het beter zou zijn een reeds bestaand instrument te nemen en 2) dat het beter zou zijn om diagnosespecifiek te meten.

Met de eerste opmerking zijn wij het van harte eens, maar ondanks 10–15 jaar discussie is het de revalidatiegemeenschap niet gelukt om uit alle bestaande ADL-meetinstrumenten een gezamenlijke standaard te kiezen. USER is ontwikkeld in een poging om die impasse te doorbreken. Nu weer bezig gaan met een keuze uit de oudere instrumenten zou 'terug naar af' zijn zonder veel hoop op succes.

Ten aanzien van het diagnosespecifiek meten: USER is bedoeld als

een generiek instrument en net als de Commissie Prestatie-indicatoren verwachten wij niet dat dit voor 100% van de revalidanten geschikt zal zijn. Bij sommige doelgroepen, bijvoorbeeld in de cardiovalidatie, is zelfstandigheid op activiteitsniveau geen revalidatiedoel en in dat geval zal afname van USER geen vooruitgang laten zien. Hetzelfde geldt voor de beademingspatiënt met ALS die Meijer en Van Limbeek opvoeren. Dit is vooral een argument voor een bredere range aan uitkomstindicatoren, en het was al duidelijk dat zelfstandigheid de eerste, maar niet de enige indicator zou moeten zijn. Pijnpatiënten in de klinische revalidatie, een ander voorbeeld dat wordt genoemd, hebben gewoonlijk wel beperkingen in mobiliteit of zelfverzorging, waardoor zelfstandigheid bij deze groep wel degelijk een relevante uitkomstmaat kan zijn. Bij patiënten met progressieve aandoeningen staat, op langere termijn bezien, niet vooruitgang, maar verminderen of vertragen van achteruitgang centraal. Dit kan op dezelfde manier gemeten worden. Het is natuurlijk wel zaak om cijfers over zelfstandigheid niet centrumbreed op één grote hoop te gooien, maar op een zinvolle manier naar (hoofd-)diagnose uit te splitsen.

Meijer en Van Limbeek bevelen 'specifieke klinimetrie' aan, waarbij het in het geval van de CVA-patiënt gaat om de WCN Core Set. De Barthel Index is in deze set het meetinstrument voor ADL-zelfstandigheid. Ons onderzoek, gepresenteerd op de WCN-dag in 2007, (zie: <http://www.amdas.nl/docs/>) wijst uit dat de motorische score van USER beter geschikt is als uitkomstmaat voor de klinische CVA-revalidatie dan de Barthel Index omdat deze laatste bij klinische CVA-patiënten een veel

te sterk plafondeffect kent. De Barthel Index is natuurlijk ook geen diagnosespecifiek instrument; het is alleen vaak gebruikt bij CVA-patiënten.

De situatie ten aanzien van de Pijn Data Set is vergelijkbaar. Ook dit is een veel bredere set aan meetinstrumenten. Daarin is de fysiek functioneren schaal van de SF-36 opgenomen als maat voor ADL-zelfstandigheid. Ook dit is een generiek instrument. Onze gegevens suggereren (het betreft nu nog een kleine groep) dat USER bij pijnpatiënten responsiever is dan deze SF-36 schaal. Wanneer verder onderzoek dit bevestigt, lijkt het ons niet ingewikkeld om de SF-36 schaal door USER te vervangen zonder consequenties voor de rest van de Pijn Data Set. Bij patiënten met een beenamputatie kan USER naast de SIGAM/WAP worden afgenomen. Er is wel sprake van overlap op het gebied van mobiliteit, maar de SIGAM/WAP gaat over prothesegebruik en USER kan ook de mobiliteit meten van mensen die geen prothese gebruiken. In de dwarslaesiegroep tenslotte bleek de USER even valide en responsief als de SCIM. Vergelijkingen tussen USER en diagnosespecifieke instrumenten, bijvoorbeeld de ALS Functional Rating Scale, zijn er nog niet. In dit stadium willen wij er vooral voor pleiten om deze vergelijkingen uit te voeren en niet te snel te denken dat iets dat niet diagnosespecifiek is per definitie geen diagnosespecifieke beperkingen zou kunnen meten. Meijer en Van Limbeek noemen bijvoorbeeld de bulbair symptomen van ALS. De gevolgen daarvan op activiteitsniveau, eten en spreken, worden echter wel degelijk gemeten met USER.

Samenvattend: USER is een meetinstrument voor zelfstandigheid op activiteitsniveau en lijkt

geschikt als maat voor de uitkomstindicator zelfstandigheid. USER lijkt geschikt voor een breed scala aan diagnosegroepen, maar er is meer onderzoek nodig naar de meer- of minderwaarde van USER-scores ten opzichte van diagnosespecifieke maten. Wij roepen de VRA-leden en in het bijzonder de diagnosegebonden werkgroepen op om een bijdrage aan dit onderzoek te geven en zo de discussie 'algemeen wat kan, specifiek dat moet' een zo goed mogelijke 'evidence-base' te geven.

CORRESPONDENTIE:

Dr. M.W.M. Post
Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht
Rembrandtkade 10
3583 TM UTRECHT
E-mail: m.post@dehoogstraat.nl

Referenties

1. Meijer R, Van Limbeek J. Prestatie-indicatoren: een complexe materie (ingezonden brief). *Revalidata* 2009; 31(147): 38-42.
2. Revalidatie-indicatoren: inzicht in uitkomst. *Revalidata* 2008; 30(145): 30-32.
3. Stuurgroep prestatie-indicatoren revalidatie VRIN/VRA. *Basisset Prestatieindicatoren 2006. Beschikbaar via http://www.revalidatienederland.nl/projecten/prestatieindicatoren/documenten_PI_05-06.doc.*
4. Post M, Port I van de, Peeters R, Baines R, Berlekom S van. USER: een nieuw generiek instrument voor het vastleggen van uitkomsten van klinische revalidatie. *Revalidata* 2006; 28(132): 23-27.
5. Port IGL van de, Berdenis van Berlekom S, Baines RJ, Peeters R, Sikkes R, Raats-Bacck F, Schilders A, Post M. *Meten = Weten: evaluatie van vier meetinstrumenten voor uitkomsten van revalidatie. Revalidata* 2007; 29(139): 3-7.
6. Zee CH van der, Post MWM, Kap A, Schouten E, Royen R van, Rambaran Mishre R, Berdenis van Berlekom SH. *Het meten van participatie als uitkomst van poliklinische revalidatiebehandeling: Meten=Weten 2; een prospectieve multi-centre studie. Revalidata* 2008; 30(146): 12-16.
7. Post MWM, Port ILG van de, Kap B, Berdenis van Berlekom S. *Development and validation of the Utrecht Scale for Evaluation of clinical Rehabilitation (USER). Clin Rehabil, accepted for publication.*

FUSIEBESPREKINGEN RIJNDAM REVALIDATIECENTRUM EN REVALIDATIECENTRUM DE WAARDEN



Rijndam revalidatiecentrum in Rotterdam en revalidatiecentrum De Waarden in Dordrecht/Gorinchem hebben op 18 maart een intentieverklaring getekend om te komen tot een juridische fusie met ingang van 1 januari 2010, waarbij alle rechten en verplichtingen van De Waarden over zullen gaan op Rijndam.

Doel van de fusie is de medisch specialistische revalidatiefunctie in het werkgebied te waarborgen en waar mogelijk uit te breiden. De patiënten zullen van de fusie weinig merken; de revalidatiegeneeskundige zorg blijft hetzelfde. De Waarden verzorgt de revalidatiefunctie voor het Albert Schweitzer ziekenhuis en de mytyschool in Dordrecht en de Rivas Zorggroep in Gorinchem en omstreken (regio Zuid-Holland Zuid). Patiënten van De Waarden, locatie Dordrecht, worden voor klinische revalidatie reeds verwezen naar Rijndam.

Meer informatie over dit bericht kunt u opvragen bij

H.J.R. (Henk-Jan) Buijs,
directeur en revalidatiearts
Revalidatiecentrum De Waarden
Albert Schweitzerplaats 25
3318 AT Dordrecht
telefoon (078) 652 30 00
e-mail H.J.R.Buijs@asz.nl
website www.rcdewaarden.nl

drs. H.J.A. (Hans) van Dijk,
raad van bestuur
Rijndam revalidatiecentrum
Westersingel 300
3015 LJ Rotterdam
telefoon (010) 241 24 60
e-mail dirsecr@rijndam.nl
website www.rijndam.nl

dchg

**PARTNER
IN MEDISCHE
COMMUNICATIE**

DE BRUG TUSSEN IDEE EN REALISATIE



**Nederlands Tijdschrift voor
Osteoporose & Rheumatologie**



Nederlands Tijdschrift voor Reumatologie



**Nederlands Tijdschrift voor Dermatologie en
Venereologie**

Wilt u meer informatie? Neemt u dan contact met ons op, telefoon 023 661 48 88.

Een volledig overzicht van onze publicaties en activiteiten vindt u op www.dchg.nl

Dynamische enkel-/voetorthesen

Succesvolle verzorging bij voethefferparese



Neuro-Orthotics

Ypsilon™

ToeOFF®

BlueRocker™

De dynamische enkel-/voetorthesen uit de ToeOFF®

Family worden succesvol als langdurige verzorging van patiënten met een zwakke beenmuscultuur (m.n. rond de voetheffers) gebruikt.

De bijzondere constructie van deze orthesen, uit samengestelde vezels, staat de patiënt een langere belastingstijd toe op het betroffen been. Hierdoor verbetert de staplengte en wordt de stapfrequentie verkort. De voetheffing en de ondersteuning tijdens de teenafzet leidt tot een natuurlijk en dynamisch looppatroon - een wezenlijk kenmerk van dynamische enkel-/voetorthesen. Het selecteren van de juiste orthese uit de ToeOFF® Family is afhankelijk van de indicaties van de patiënt.



Indicaties

- Beroerte (CVA)
- Multiple sclerose (MS) Postpolio
- Ruggermergletsel
- Cerebrale Parese (CP)
- Musculaire dystrofie
- Myelomeningokèle
- Perifere neuropathie
- Syndroom van Guillain-Barré
- Partiële voetamputatie
- Meervoudige artrodese

Vraag de folder aan met gedetailleerde informatie over de verschillende dynamische enkel-/voetorthesen uit de ToeOFF® Family.

