

Revalidata



IN DIT NUMMER:

Klinische Besluitvorming in de revalidatiegeneeskunde; van hulpvraag naar behandeldoel

Redenen voor uitval onder patiënten met een Turkse of Marokkaanse achtergrond met chronische aspecifieke lage rugpijn

Reproduceerbaarheid van drie meetinstrumenten voor het meten van participatie: de ICF Maat van Participatie en Activiteiten Screener, de Participatie Schaal en de Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie-Participatie

Richtlijn implementatie 'Diagnostiek en behandeling van kinderen met een spastische Cerebrale Parese'. Hoe doe je dat?!

153

32E JAARGANG
FEBRUARI 2010



NEDERLANDSE VERENIGING
VAN REVALIDATIEARTSEN

HYBRID KNEE

Nabtesco



HYBRID
HYDRAULIC MRS system
PNEUMATIC COMPUTERIZED

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. B. Drentje, prof. dr. P.H.T.G. Heuts, drs. E.A.C. Jacobs.

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 medische communicatie

Hendrik Figeeweg 3G-20

2031 BJ Haarlem

Tel: (023) 551 48 88

Fax: (023) 551 55 22

E-mail: info@dchg.nl

Internet: www.dchg.nl

OPMAAK

DCHG, Haarlem

VOORPLAAT

De Vaas, Jurjen de Haan, olieverf op doek, 145 x 100 cm, particuliere collectie.

ABONNEMENT

Jaarabonnement € 70,00.

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 2010	Kopijsluiting datum	Week van verschijnen
154	1 maart	16
155	1 mei	25
156	1 juli	33
157	1 september	42

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

Bij de voorplaat	2
ONDERZOEK EN PUBLICATIE	
Klinische Besluitvorming in de revalidatiegeneeskunde; van hulpvraag naar behandeldoel	4
Redenen voor uitval onder patiënten met een Turkse of Marokkaanse achtergrond met chronische aspecifieke lage rugpijn	8
Reproduceerbaarheid van drie meetinstrumenten voor het meten van participatie: de ICF Maat van Participatie en Activiteiten Screener, de Participatie Schaal en de Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie-Participatie	12
Richtlijn implementatie 'Diagnostiek en behandeling van kinderen met een spastische Cerebrale Parese'. Hoe doe je dat?!	17
VAN DE GREMIA	
WTR-Symposium: Botdeformiteiten & Brandwonden	24
Jaarverslag kerngroep 2009	25
PROMOTIE	
Rehabilitation Robotics Stimulating restoration of arm function after stroke	27
Prognostic factors and underlying mechanisms in chronic low back pain	30
OPLEIDING	
Schoenen maken is een vak	31
Verbetermogelijkheden voor het opleidingsklimaat en supervisie	33
VERENIGINGSNIEUWS	
In memoriam Wilbert Nieuwstraten (1950 – 2010)	34
ACTUEEL	
Veranderen en jezelf blijven	35
TIPS AND TRICKS	
Tips and tricks: oplossingen voor alledaagse praktische problemen	36
VAN HET BESTUUR	
Van het bestuur	37
VAN DE REDACTIE	
Enquête Revalidata 2009	38
SIGNALEMENTEN	
Nationale Revalidatie Prijs 2009	39
Fusie Revalidatiecentrum Amsterdam en Jan van Breemen Instituut	40
Fusie Rijndam revalidatiecentrum en Revalidatiecentrum De Waarden	40

Jurjen de Haan

De Vaas, 1970, olieverf op doek, 145x100 cm, particuliere collectie

De fascinatie voor mensen met een lichamelijke afwijking werd bij de Haagse schilder Jurjen de Haan (1936, nieuwe Haagse school) al vroeg gewekt, doordat een nieuw jongetje op de lagere school ten overstaan van de hele klas zijn poliobeen met beugel moest laten zien. Dat maakte diepe indruk, vooral omdat het kind zelf dat zo vreselijk vond.

Deze vrouw, die De Haan tegenkwam in Ierland, trof hem vanwege de wijze waarop ze haar extreem hoge orthopedische schoen draagt.

In de grijze onbestemde ruimte van dit schilderij wandelt de vrouw als een degelijke matrone van de toeschouwer weg. Natuurlijk is het de schoen die als eerste opvalt, maar het beeld wordt gecomplementeerd door de grijze handtassen, het blauwe mantelpak en de keurige, rechte wandelstok.

De vrouw heeft een zeer ernstige beenverkorting rechts. Aan de plooivorming van haar rok is te zien, dat ook de rechter bekkenhelft minder goed gevormd is dan de linker. Dit wijst erop dat zij óf een aangeboren anomalie, óf een op zeer jeugdige leeftijd verkregen aandoening heeft, die resulteert in deze ernstige beenverkorting. Het linker been vertoont een, mogelijk compensatoire, O-stand. De wandelstok die ze gebruikt, is elegant, maar veel te lang om goed op te kunnen steunen.

De Haan schildert ons hier het beeld van een waardige vrouw die in haar tijd met haar beperking op een autonome wijze door het leven gaat.





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

Klinische Besluitvorming in de revalidatiegeneeskunde; van hulpvraag naar behandeldoel

A. Baars-Elsinga, J.W.G. Meijer

In de revalidatie anno 2009 staat de patiënt centraal en wordt vraaggericht, danwel cliëntgericht, gewerkt. Voor elke individuele patiënt worden, uitgaande van de hulpvraag, behandeldoelen opgesteld en wordt een overeenkomst gesloten over het behandelplan. In dit artikel wordt nader ingegaan op de klinische besluitvorming in de dagelijkse praktijk. Na een korte introductie middels een casus zullen achtereenvolgens het ergotherapeutisch instrument, de Canadian Occupational Performance Measure (COPM) en het Canadian Practice Process Framework¹⁻³ (CPPF) toegelicht worden, als instrumenten om hulpvragen te inventariseren en te komen tot behandeldoelen. Vervolgens zullen verschillende modellen voor de besluitvorming besproken worden, waarna afgesloten wordt met een advies voor de klinische besluitvorming in de revalidatiegeneeskundige praktijk.

CASUS DHR. M.S.

Dhr. M.S. is een 61-jarige man met Multiple Sclerose sinds 1975. Hij wordt door de revalidatiearts verwezen naar de ergotherapie om de benodigde aanpassingen en voorzieningen te inventariseren en eventueel een advies te geven over het gebruik van een trippelstoel en/of rolstoel. De ergotherapeutische behandeling start met de inventarisatie van de hulpvraag van de patiënt en het formuleren van de ergotherapeutische behandeldoelen middels afname van de COPM. De belangrijkste problemen voor patiënt zijn beschreven in tabel 1.

Na de probleeminventarisatie, de probleemweging en het scoren is met de patiënt besproken aan welke doelen hij wil werken. De patiënt formuleert de volgende doelen met de ergotherapeut:

- Ik wil na afloop van een borrel met vrienden voldoende energie overhouden om de gebruikte spullen weer op te ruimen.
- Ik wil 30-45 minuten achter het fornuis kunnen staan, zodat ik creatiever kan koken of bakken.
- Ik wil een half uur in de auto kunnen rijden.
- Ik wil een half A-4tje kunnen schrijven zonder kramp in mijn handen.

Deze doelen komen niet overeen met de verwijzing van de revalidatiearts. In de doelen is nog niets opgenomen over mogelijke voorzieningen/hulpmiddelen. Tijdens de behandeling bleek geen van de doelen haalbaar te zijn voor de patiënt. Zowel patiënt als team

vonden, zo bleek naderhand, deze geformuleerde doelen al bij aanvang niet reëel. De doelen waren te hoog gesteld, de wens van de patiënt werd volledig gevolgd, terwijl de behandelaars (en naar later bleek ook de patiënt) op grond van hun ervaring en expertise tevoren al wisten, dat deze doelen niet haalbaar waren.

DE COPM EN CPPF

Canadian Occupational Performance Measure

Binnen de ergotherapie is er veel aandacht voor cliënt gericht werken. Hierbij heeft de ergotherapeut een begeleidende rol bij het oplossen van het probleem door de cliënt te ondersteunen bij het begrijpen van de problemen en het definiëren van mogelijke oplossingen^{2,3}. De cliënt heeft een actieve rol en verantwoordelijkheid bij het formuleren en oplossen van de eigen ervaren problemen. Door ergotherapeuten wordt gebruik gemaakt van de COPM om de hulpvraag te inventariseren. De COPM is een meetinstrument waarmee in een open interview de individuele probleemervaring, die iemand ondervindt in zijn dagelijks handelen, wordt geïnventariseerd en gewogen, hetgeen leidt tot formulering van behandeldoelen. Naast de inventarisatie van problemen kan de COPM gebruikt worden als instrument voor effectanalyse middels het meten van verandering in de uitvoering en tevredenheid van activiteiten. De COPM is ontwikkeld in Canada en gebaseerd op het Canadian Model of Occupational Performance

TABEL 1

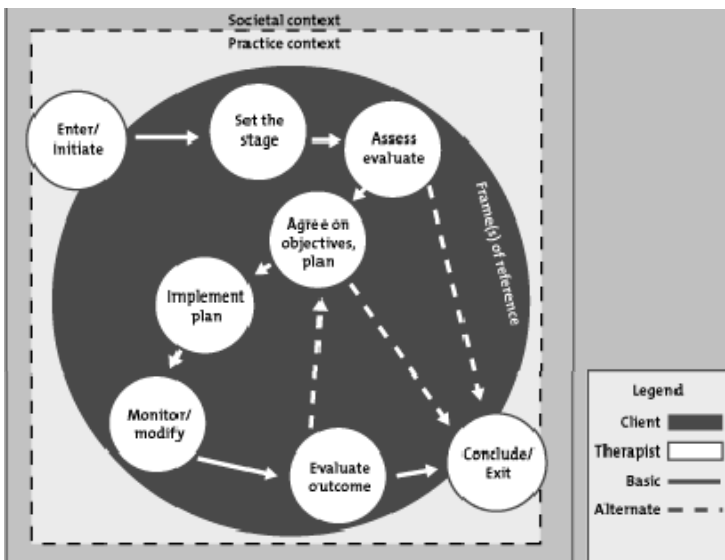
Problemen in het dagelijks handelen	Uitvoering 1	Tevredenheid 1
1. Autorijden	8	4
2. Koken	6	4
3. Schrijven	6	4
4. Sporten	5	6
5. Gasten ontvangen	7	6

Toelichting tabel 1

De score voor de uitvoering en tevredenheid verloopt via een 10 puntsschaal. Bij de uitvoering geeft de 1 aan helemaal niet mogelijk en de 10 heel goed mogelijk. Bij de tevredenheid staat de 1 voor helemaal niet tevreden en de 10 voor heel erg tevreden. Er wordt gewerkt met een scoringskaart waarop staat welke waarde aan welk cijfer gehecht moet worden. Het is een subjectieve score.

A. Baars-Elsinga, ergotherapeut, afdeling Revalidatie & Sportgeneeskunde, Universitair Medisch Centrum Utrecht

J.W.G. Meijer, revalidatiearts RC Breda/Revant Revalidatiecentra



Figuur 1.

(CMOP), een ergotherapeutisch praktijkmodel (Grondslagen, 2006), en op het procesmodel Occupational Performance Proces Model (OPPM). In Canada is het OPPM is verder ontwikkeld en heeft nu de naam CPPF.¹⁻⁴

Canadian Practice Process Framework

Het CPPF geeft richting aan het ergotherapeutisch proces. Het model bestaat uit vier elementen: de maatschappelijke context, de praktijkcontext, de theoretische kaders en de acht actiepunten, die vormgeven aan het ergotherapeutisch proces.

De acht actiepunten zijn: enter/initiate, set the stage, assess/evaluate, agree on objectives and plan, implement plan, monitor/modify, evaluate outcome en conclude/exit. Met behulp van een stippellijn zijn de alternatieve routes in het model aangegeven in figuur 1. In het model staat de dialoog tussen de patiënt en de therapeut centraal. De patiënt is de ervaringsdeskundige, de expert van zijn eigen handelen en wensen. De therapeut is deskundige op het gebied van behandelmogelijkheden van de betreffende aandoening. De therapeut onderhandelt samen met de patiënt over de doelen en de behandelrichting.^{1,4}

De afname van de COPM valt onder het actiepunt 'set the stage'. In de praktijk wordt de COPM steeds meer gebruikt door behandelaars in verschillende settings. Alvorens het instrument te gaan afnemen, wordt aangeraden een cursus bij Ergotherapie Nederland te volgen, de cursus 'Cliëntgericht werken I: werken met de COPM'. Na deze cursus is het mogelijk een tweede cursus te volgen 'Cliëntgericht werken II: werken met de CPPF'. In de cursus volgt een kennismaking met de CPPF als procesmodel en er is aandacht voor het vergroten van vaardigheden ten aanzien van het in samenwerking met de cliënt vormgeven van een behandel-/begeleidingstraject. De meeste cursisten beperken zich tot 'Cliëntgericht werken, deel I'.

De COPM wordt ook voor andere doeleinden gebruikt, zoals het bepalen van de teamdoelen. In Sophia Revalidatie, een revalidatiecentrum in Den Haag, wordt de COPM als instrument voor het formuleren van teamdoelen en procesdoelen gebruikt. Bij

de start van de revalidatie voert een ergotherapeut namens het behandelteam een gesprek met de revalidant met de COPM als uitgangspunt. Er wordt bij Sophia Revalidatie gesproken over een revalidatiedoelengesprek.⁵ Echter, evenals in de inleidende casus kan hierbij de cliënt revalidatiedoelen opstellen, die volgens het behandelteam irreëel of onhaalbaar zijn. De COPM wordt hier, net als in de casusbeschrijving, gebruikt zonder het procesmodel, de CPPF, als achtergrond te gebruiken. Mogelijk speelt hierbij een te beperkte kennis van het werken volgens het CPPF model een rol.

KLINISCHE BESLUITVORMING

Nadat de hulpvraag van de patiënt geïnventariseerd is en de arts/behandelaar zijn probleemanalyse en onderzoek heeft afgerond moet deze hulpvraag worden omgezet in een behandeling en een besluit genomen worden over het behandelplan, de fase van de klinische besluitvorming. Al in 1976 constateerden Byrne en Long dat deze tweede fase van het consult sterk verwaarloosd werd door de arts/behandelaar.^{6,7} Slechts in 25% van de consulten werden de bevindingen van probleemanalyse en onderzoek teruggekoppeld aan de patiënt. Een dialoog over de verschillende behandelopties vond in een nog lager percentage plaats. In deze tijd was dan ook het paternalistisch model gebruikelijk. In het *paternalistisch model* beslist de arts/behandelaar voor de patiënt, de patiënt heeft een passieve en afhankelijke rol en laat de besluitvorming met betrekking tot de behandeling over aan de expert.

Geleidelijk aan ontstond daarop een tegenreactie, het *informed*

Arts beslist		Patiënt beslist	
Paternalistisch model	Shared Decision Making	Informed Choice / Consumerisme	

Figuur 2.

choice en *consumerisme* model. Hierin beslist de patiënt over het te voeren beleid. In het consumerisme model staat de patiënt centraal en wordt gepositioneerd als klant: de klant vraagt en de behandelaar levert. Volgens het *informed choice* model geeft de arts/behandelaar de benodigde informatie, de patiënt kiest een behandelvorm. Figuur 2 geeft de verschillende modellen systematisch weer.

De ontwikkeling van de traditionele arts-patiënt relatie vanuit het paternalistisch model naar een arts-cliënt relatie, waarbij de patiënt zelf de beslissing neemt, vraagt wel aanpassingen in de consultvoering. Om goed een besluit te kunnen nemen moet een patiënt inzicht hebben in alle voor zijn/haar situatie relevante behandelmogelijkheden, met ieder hun verschillende effecten, voor- en nadelen en complicaties. De arts/behandelaar neemt een rol als voorlichter en de patiënt neemt de beslissing.

Uit onderzoek blijkt, dat het voor patiënten een grote emotionele druk oplevert, indien zij zelf de beslissing moeten nemen betreffende hun behandeling. Zij geven aan sterk de behoefte te hebben om deze besluiten samen met behandelaars te nemen.^{8,9} Uit onderzoek zijn factoren bekend, die samenhangen met een passievere rolkeuze, zoals recente ernstige diagnose, uitgebreidere ernstige ziekte en lager opleidingsniveau.⁹

SHARED DECISION MAKING

Het model van de Gezamenlijke Besluitvorming, de Shared Decision Making, kan hierin een oplossing bieden. In dit model zijn tenminste 2 personen actief betrokken, de arts/behandelaar en de patiënt met eventuele naasten. Beiden participeren actief in het besluitvormingsproces. Voorwaardelijk is uitgebreide informatiedeling (sharing of information), gevolgd door het nemen van een

behandelbesluit waarin beiden instemmen. Na inventarisatie van de hulpvraag wordt een probleemanalyse gedaan door de arts/behandelaar. Deze vormt zich een beeld van de problematiek, de prognose en de verschillende behandelopties. Vervolgens worden deze bevindingen teruggekoppeld naar de patiënt en worden de verschillende behandelmogelijkheden besproken met ieder hun voor- en nadelen. In een dialoog tussen arts en patiënt worden vervolgens preferenties bepaald van de patiënt en komt het tot een gezamenlijke besluitvorming van het behandelplan van de betreffende patiënt.¹⁰ In het Shared Decision Making model komen al deze stappen samen en worden middels voorlichting en dialoog de hulpvraag en behandeldoelen van de patiënt omgezet in een reëel behandelplan waarover een gezamenlijk besluit genomen wordt.^{10,11}

CONCLUSIE

Een zuiver consumentenperspectief leidt net zo min als een zuiver medisch perspectief tot de gewenste interactie tussen behandelaar en hulpverlener. Shared Decision Making als tool voor gezamenlijke besluitvorming biedt aantrekkelijke mogelijkheden voor patiënten participatie in de besluitvorming binnen de Revalidatiegeneeskunde met goede garanties voor inbreng van expertise van de behandelaar. De COPM is een geschikt instrument voor de eerste inventarisatie van de hulpvraag en probleemervaring in dit model. Zo worden zowel de probleembeleving en hulpvraag van de patiënt als de expertise van de behandelaar ingebracht in de besluitvorming. Dit voorkomt dat vraaggerichte zorg leidt tot irreële doelen, slechte behandelresultaten en inefficiënte zorg.

ADVIES VOOR DE PRAKTIJK

Gebruik voor de inventarisatie van de hulpvraag de COPM en geef de patiënt uitgebreide informatie

over diens probleem en behandel-mogelijkheden vanuit de professionele expertise. COPM gevolgd door besluitvorming volgens de principes van het Shared Decision Making model leidt tot hulpvraaggerichte, reële doelen, overeenkomstig de principes van het CPFF.

Wij pleiten dan ook voor gebruik van de COPM in combinatie met besluitvorming via het Shared Decision Making model.

Referenties

1. Townsend AE, Polatajko JH. *Enabling occupation II: Advancing an Occupational therapy vision for Health, Well-Being & Justice through occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE, ISBN 9781895437768, 2007.
2. Kinébanian A, Granse M le. *Grondslagen van de ergotherapie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, ISBN 9789035228153, 2006.
3. Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl M, Polatajko H, Pollock N. *Canadian Occupational Performance Measure*. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2005 (<http://www.caot.ca/copm>).
4. Hartingsveldt van M, Piškur B, Stomph M. *Het Canadian Practice Process Framework, van procesmodel naar process framework*. *Wet Tijdschr Ergother* 2008; 2:11-16.
5. Meijles E, Verhaagen M. *COPM als multidisciplinair instrument, het revalidatiedoelengesprek bij Sophia revalidatie*. *Ned Tijdschr Ergother* 2008; 36 3: 22-24.
6. Elwin G, Edwards A, Kinnersley P. *Shared decision making in primary care: the neglected second half of the consultation*. *British J General Practice* 1999; 49: 477-482.
7. Byrne PS, Long BEL. *Doctors talking to patients*. London, HMSO, ISBN 0113206526, 1976.
8. Urowitz S, Deber R. *How Consumerist Do People Want to Be? Preferred Role in Decision-Making of Individuals with HIV/AIDS*. *Healthc Policy* 2008; 3: 168-82.

9. Deber RB, Kraetschmer N, Urowitz S, Sharpe N. Do people want to be autonomous patients? Preferred roles in treatment decision making in several patient populations. *Health Expect* 2007 Sept;10, 3:248-58.
10. IJzerman MJ, Snoek GJ, Til JA van, Hummel JM. Gezamenlijke besluitvorming (Shared Decision Making); Patiënt en behandelaars-behoeften in balans. Uit: symposiumverslag Gebruik en niet gebruik van hulpmiddelen, RRD en IRV, Den Bosch 13.11.2003.
11. Breukelaar B, Brienen H, Hermesen P, Zander van der W, Satink T. Decision-making, onderbouwen met vertrouwen. *Ned Tijdschr Ergother* 2008; 36, 8: 32-35.

Redenen voor uitval onder patiënten met een Turkse of Marokkaanse achtergrond met chronische aspecifieke lage rugpijn

M. Sloots, J. Dekker, E. Bartels, Prof. Dr. Jan Geertzen, J. Dekker

In de praktijk blijkt dat patiënten met een niet-Nederlandse achtergrond problemen ervaren bij deelname aan revalidatiezorg. Bij patiënten met chronische aspecifieke lage rugpijn met een niet-Nederlandse achtergrond komt uitval uit de behandeling twee keer zo vaak voor als onder autochtone patiënten.¹ Om kennis te verwerven over de factoren die deelname aan revalidatiezorg bemmeren wordt in het Jan van Breemen Instituut te Amsterdam het IDEAL-project (Interculturalisatie: Diagnostische Evaluatie bij Allochtone Patiënten met Lage rugklachten) uitgevoerd, dat gefinancierd wordt door ZONMW. In dit artikel worden de resultaten van twee kwalitatieve studies toegelicht. De eerste studie betreft bronnen van spanning tussen revalidatiearts en patiënt tijdens het 1e consult en de tweede studie gaat over de redenen voor uitval bij patiënten die de behandeling vroegtijdig afgebroken hebben.

WAT WAS ER REEDS BEKEND OVER UITVAL

Er was tot op heden weinig kennis over redenen van uitval van patiënten met een niet-Nederlandse achtergrond uit revalidatiebehandelingen. Een studie van Thomas et al. heeft laten zien dat er knelpunten zijn in de revalidatie van patiënten met niet-Nederlandse achtergrond.² De knelpunten bestonden uit taal en communicatie problemen en beperkt tolkgebruik door hulpverleners; andere verwachtingen van patiënten over de inhoud van de behandeling dan hulpverleners; spanningen tussen patiënten en hulpverleners met betrekking tot vraaggericht werken; problemen die patiënten hadden met regels ten aanzien van zorg en voorzieningen voor personen met beperkingen. Bovendien waren revalidatieprogramma's niet aanpast aan een (cultureel) diverse patiënten populatie. Deze studie ging over algemene knelpunten aanzien van de zorg voor patiënten met een niet-Nederlandse achtergrond en niet specifiek over factoren die gerelateerd zijn aan uitval uit de revalidatiebehandeling.

Veel factoren beïnvloeden de manier waarop de patiënten aan revalidatieprogramma's deelnemen. Verschillen in (culturele) achtergrond tussen patiënten en artsen kunnen de interactie tussen hen beïnvloeden en daardoor mogelijk bijdragen aan uitval van patiënten uit de revalidatiebehandeling.

De manier waarop patiënten omgaan met hun ziekte en de bijbehorende behandeling is een complex proces. Om dit complexe proces te begrijpen, introduceerde Kleinman³ het concept 'Explanatory model'. Explanatory models zijn ideeën over ziektegebeurtenissen en de manier om een ziekte te diagnosticeren en te behandelen. De patiënt en de arts kunnen uitgaan van verschillende verklarende modellen over gezondheid en ziekte en dus ook verschillend handelen. Het verschil tussen de (culturele) achtergrond van de patiënt en de arts kan leiden tot verschillen van mening over de oorzaak en de behandeling van de ziekte. Deze verschillende perspectieven, voortkomend uit verschillende explanatory models, kunnen de relatie tussen de arts en patiënt verstoren en mogelijk leiden tot uitval uit de revalidatiebehandeling. Om een succesvolle behandeling te kunnen bieden moet er afstemming zijn tussen het model van de arts en het behandelteam en het model van de patiënt. Het model van de patiënt kan door deelname aan bijvoorbeeld revalidatiebehandeling veranderen in de richting van het model van de arts en het behandelteam. Inzicht krijgen in het verklarende model van de patiënt en vervolgens de verschillen met het model, dat hulpverleners hanteren bespreekbaar maken, is een eerste belangrijke voorwaarde om te komen tot een succesvolle behandeling.

M. Sloots, MSc., Jan van Breemen Instituut, Instituut voor Reumatologie en Revalidatie, Amsterdam

Drs. J. Dekker, Revalidatiecentrum Heliomare, Wijk aan Zee

Dr. E. Bartels, VU Universiteit, Faculteit Sociale Wetenschappen, afdeling Sociale en Culturele Antropologie, Amsterdam

Prof. dr. J. Geertzen, Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), afdeling revalidatiegeneeskunde, en School for Health Care Research (SHARE), Universiteit Groningen, Groningen

Prof. dr. J. Dekker, Jan van Breemen Instituut, Instituut voor Reumatologie en Revalidatie en VU Medisch Centrum, afdeling Revalidatiegeneeskunde en afdeling Psychiatrie, EMGO Instituut, Amsterdam

Hoewel er weinig bekend is over uitval van patiënten met een niet-Nederlandse achtergrond, zijn er veel factoren, die de uitval van patiënten kunnen verklaren. Een systematische review van Scheppers et.al. liet een grote verscheidenheid van potentiële barrières zien bij eerdere onderzoeken onder allochtone patiënten, die deel hebben genomen aan gezondheidszorgprogramma's.⁴ De potentiële barrières kunnen op drie verschillende niveaus voor komen: patiënt-, zorgverlener-, en organisatieniveau. Barrières op alle drie de niveaus beïnvloeden de manier waarop de zorg wordt gegeven en door de patiënten in kwestie wordt gebruikt.

Een systematische review van wetenschappelijke studies naar tevredenheid en verwachtingen van patiënten met lage rugpijn ten aanzien van hun behandeling laat onder andere zien dat patiënten, ongeacht hun achtergrond, vaak andere verwachtingen hebben ten aanzien van de inhoud van de behandeling.⁵ Patiënten in deze studies waren namelijk ontevreden over de volgende onderwerpen: gebrek aan het stellen van een specifieke medische diagnose voor de klachten; dat pijnvermindering geen hoofddoel van de behandeling was; gebrek aan lichamelijk onderzoek en diagnostische tests; gebrek aan verwijzing naar andere vormen van behandeling of specialisten; gebrek aan erkenning van de klachten. Andere onderwerpen, die naast deze niet beantwoorde verwachtingen genoemd werden, waren: beperkte informatie verstrekking en instructie door hulpverleners, en hulpverleners die niet goed kunnen luisteren, onvoldoende respect tonen en de patiënt niet bij besluitvorming betrekken. Deze bronnen van ontevredenheid zijn potentiële redenen om behandeling te weigeren of voortijdig af te breken.

Een medisch dossier studie onder uitgevallen patiënten laat zien dat patiënten met niet-Nederlandse

achtergrond hun behandeling vaker dan autochtone patiënten beëindigd hebben vanwege andere verwachtingen over de inhoud van revalidatiebehandeling.⁶ Het grootste deel van de patiënten verwachtte dat er een medische oplossing voor hun pijnklachten gevonden zou worden en dat de pijn verminderd zou worden. Terwijl revalidatieprogramma's voor patiënten met chronische pijn, die gebaseerd zijn op lichamelijke en cognitief gedragsmatige behandeling, tot doel hebben de aan gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven te verbeteren door patiënten te leren omgaan met pijn en de gevolgen daarvan.⁷

Aangezien er beperkte kennis beschikbaar was over aan uitval gerelateerde barrières in de Nederlandse revalidatiezorg voor patiënten met chronische pijn met een niet-Nederlandse achtergrond en deze barrières nog niet eerder vanuit patiënten perspectief onderzocht zijn, is in de huidige studies onderzocht welke (culturele) factoren bijdragen aan uitval van patiënten met chronische specifieke lage rugpijn met een Turkse of Marokkaanse achtergrond.

ONDERZOEKSOPZET

Het eerste onderzoek was gericht op het opsporen van spanningsbronnen na het 1e consult bij de revalidatiearts, die mogelijk kunnen leiden tot uitval uit de revalidatiebehandeling.⁸ Er was op dat moment nog geen sprake van daadwerkelijke uitval. Met twaalf patiënten van Turkse en Marokkaanse achtergrond en vier revalidatieartsen met een Nederlandse achtergrond zijn semigestructureerde interviews gehouden. De patiënten zijn geïnterviewd over de inhoud en het verloop van het eerste consult met de revalidatiearts. De interviews zijn direct na het eerste consult gehouden om de meningen van patiënten niet te laten verstoren door factoren verderop in de behandeling. Het tweede kwalitatieve onderzoek was gericht op het achterha-

len van de redenen van uitval van drieëntwintig patiënten van Turkse en Marokkaanse achtergrond, die hun behandeling daadwerkelijk voortijdig beëindigd hadden. Met deze patiënten zijn semigestructureerde interviews gehouden over het verloop van de behandeling, de ervaringen van patiënten en de reden van beëindiging van de behandeling. Tevens zijn acht revalidatieartsen en twee therapeuten, die één of meerdere van deze patiënten behandeld hebben, geïnterviewd. Interviews van beide onderzoeken zijn gecodeerd en vervolgens geanalyseerd aan de hand van thema's.

RESULTATEN

Factoren die hebben geleid tot uitval en/of spanning in de revalidatiebehandeling waren: verschillen in verwachtingen ten aanzien van het doel van de behandeling, gebrek aan erkenning van de pijnklachten door arts en behandelteam, klachten presentatie, verschillende visies ten aanzien van verantwoordelijkheden van arts en patiënt aangaande de ziekte en de revalidatiebehandeling, communicatie problemen en schaamte, gebrek aan vertrouwen in de revalidatiearts en tegengestelde visies van artsen uit het land van herkomst van de patiënt aangaande de oorzaak en de behandeling van pijn. Hieronder zijn de gevonden factoren kort toegelicht.

FACTOREN, DIE EEN REDEN VOOR UITVAL WAREN EN TEvens EEN SPANNINGSBRON BIJ HET 1E CONSULT

• *Verwachtingen*

Een groot deel van de patiënten verwachtte een behandeling die erop gericht was de oorzaak van pijn te diagnosticeren en de pijn te verminderen. Deze verwachtingen lijken volgens artsen vaker te spelen bij patiënten van Turkse en Marokkaanse achtergrond. De artsen bieden een behandeling aan, die erop gericht is patiënten om te leren gaan met pijn. De artsen gaan er van uit, dat pijn chronisch is en er geen medische behande-

ling mogelijk is. Dit verschil in visie leidt tot teleurstelling en een uiteindelijke uitval van de patiënt uit het revalidatieprogramma. Een groot aantal van de patiëntenstudie met daadwerkelijk uitgevallen patiënten is uitgevallen, omdat ze een andere visie op de oorzaak en behandeling van de pijnklachten hadden. De studie onder de daadwerkelijk uitgevallen patiënten laat zien, dat patiënten, die pas in de behandelingsfase van de revalidatiebehandeling zijn uitgevallen, ook voornamelijk zijn uitgevallen door een ander verwachtingspatroon over de inhoud van de revalidatiebehandeling.

- *Communicatie en schaamte*

Het is alarmerend om te zien dat communicatieproblemen nog steeds een grote invloed hebben op het verloop van de revalidatiebehandeling. Het gebruik van tolken is niet structureel geregeld en dit leidt nog te veel tot het voortduren van bestaande taalproblemen. Schaamte van patiënten aangaande hun beperkte taalbeheersing speelt een rol en kan leiden tot het niet stellen van vragen en/of het niet geven van belangrijke informatie. In het onderzoek bij de daadwerkelijk uitgevallen patiënten hebben sommige patiënten aangegeven, dat de kwaliteit van de consulten onvoldoende was door de bestaande communicatieproblemen en dat daardoor de arts niet in staat was een goede diagnose te stellen. Communicatie problemen waren dus een reden voor uitval, wanneer een patiënt de kwaliteit van de door de arts gestelde diagnose in twijfel trok.

- *Vertrouwen en gebruik van second opinion*

Het feit dat patiënten met chronische pijnklachten vaak al veel behandelingen zonder succes hebben doorlopen, heeft er bij sommige patiënten aan bijgedragen dat het vertrouwen in de Nederlandse gezondheidszorg beperkt is. Tegenstrijdige meningen over de oorzaak en behande-

ling van de pijn, als gevolg van bezoek aan artsen in het land van herkomst, kunnen verder afbreuk doen aan het vertrouwen in artsen en heeft bij een aantal van de patiënten geleid tot uitval uit de behandeling.

FACTOR DIE ALLEEN EEN REDEN VOOR UITVAL WAS

- *Erkenning van de klachten door arts en behandelteam*

Een aantal van de daadwerkelijk uitgevallen patiënten uit de tweede studie voelde zich door de arts niet serieus genomen, omdat ze een gebrek aan erkenning van hun klachten hebben ervaren. Sommige van deze patiënten hadden het idee dat de arts en/of therapeuten hen niet geloofden. Wanneer patiënten voelden, dat hun klachten niet serieus werden genomen, was dat een reden om de revalidatiebehandeling te beëindigen.

FACTOREN, DIE ALLEEN EEN BRON VAN SPANNING WAREN TIJDENS HET 1E CONSULT

- *Klachtenpresentatie*

Artsen gaven aan, dat patiënten van Turkse en Marokkaanse afkomst meer de nadruk leggen op hun klachten dan patiënten met een Nederlandse achtergrond. Het kan zijn, dat patiënten van Turkse en Marokkaanse afkomst door een beperkte beheersing van de Nederlandse taal hun klachten op een andere manier uiten. Ook kan het zijn, dat patiënten meer de nadruk leggen op hun klachten, omdat ze de arts willen overtuigen om te helpen een oplossing te bieden voor hun klachten. De manier van klachtenpresentatie kan leiden tot spanning in de relatie tussen arts en patiënt, waardoor patiënten het gevoel krijgen niet serieus genomen te worden, wat kan leiden tot uitval uit de behandeling. Deze bron van spanning is in het tweede onderzoek bij daadwerkelijk uitgevallen patiënten niet als reden voor beëindiging gerapporteerd door patiënten. Het is mogelijk, dat patiënten een gebrek aan erkenning van hun klachten hebben ervaren tijdens het contact met de

arts en/of behandelteam, wat in combinatie met andere factoren heeft geleid tot het beëindigen van de behandeling.

- *Verantwoordelijkheid*

Artsen hebben het idee, dat patiënten met een Turkse of Marokkaanse achtergrond de verantwoordelijkheid voor hun behandeling en herstel meer bij de arts leggen, dan patiënten van Nederlandse afkomst dat doen. Artsen ervaren, dat patiënten met een niet Nederlandse achtergrond vaker dan autochtone patiënten een medische behandeling verwachten in plaats van het leren omgaan en leven met de pijn. De oorzaak van pijn en de oplossing daarvan lijkt, volgens de artsen, door deze patiënten vaker buiten de eigen invloedssfeer te worden ervaren. Hoewel deze bron van spanning in het tweede onderzoek bij daadwerkelijk uitgevallen patiënten niet als reden voor beëindiging is gerapporteerd, kunnen patiënten, die een verklarend model hanteren, wat ervan uit gaat dat de oorzaak en behandeling van pijn buiten hun eigen invloedssfeer ligt, mogelijk ook vaker de verantwoordelijkheid voor hun behandeling bij de arts neerleggen. Patiënten kunnen andere verwachtingen hebben ten aanzien van verantwoordelijkheid binnen de behandeling, omdat ze niet onderkennen dat de oorzaak van pijn afhankelijk is van meerdere factoren, waaronder persoonlijke factoren, die binnen de eigen invloedssfeer liggen.

De gevonden bronnen van spanning en redenen voor uitval komen voor tijdens de interactie tussen artsen en therapeuten met een Nederlandse achtergrond en patiënten met een Turkse of Marokkaanse achtergrond. Deze factoren kunnen echter ook voorkomen in interactie met patiënten met een Nederlandse achtergrond, maar het is goed mogelijk dat deze bronnen van spanning bij patiënten met een Turkse of Marokkaanse achtergrond vaker voorkomen.

Dit resultaat wordt ondersteund door voorgaande studies naar zorg voor patiënten met een andere etnische achtergrond.^{2,9} Dat allochtone patiënten vaker andere verwachtingen over de inhoud van de revalidatiebehandeling hebben, zou een gevolg kunnen zijn van een anders verlopend proces van proto-professionalisering.¹⁰ Dit proces houdt in, dat een patiënt informatie verzamelt over oorzaak en behandeling van ziekten en daarmee een visie ontwikkelt over de oorzaak en behandeling van zijn of haar aandoening. Dit proces vindt plaats door onderwijs en de toegang tot alledaagse medische informatie op televisie en internet. Het gevolg van het doorlopen van dit proces is, dat de visie van de patiënt meer verandert in de richting van de visie van de hulpverleners in de gezondheidszorg. Dat dit proces anders verloopt bij allochtone patiënten, wordt mogelijk beïnvloed door een beperkte beheersing van het Nederlands en het opgevoed zijn met een andere (culturele) achtergrond en een ander gezondheidszorgsysteem.

CONCLUSIE

De belangrijkste reden voor vroegtijdige beëindiging door patiënten met chronisch aspecifieke lage rugpijn van Turkse of Marokkaanse achtergrond is, dat ze andere verwachtingen hadden over de inhoud van de revalidatiebehandeling dan hulpverleners. Bovendien kwam er vaak geen goede vertrouwensrelatie tot stand en werden communicatieproblemen

onvoldoende opgelost, wat het behandelproces verstoort. Toekomstig onderzoek moet duidelijk maken hoe de gevonden redenen voor uitval en spanningsbronnen verminderd of vermeden kunnen worden.

Dit artikel is een vervolg op het artikel:

Sloots M, Dekker J, Bartels E, Geertzen J, Dekker J. Hoge uitval uit de revalidatiebehandeling onder revalidanten met chronische lage rugpijn met een niet-Nederlandse achtergrond. Revalidata 2009;150(31):6-8.

Literatuur

1. Sloots M, Scheppers EF, Weg FB van de, Dekker JH, Bartels EA, Geertzen JH et al. Higher dropout rate in non-native patients than in native patients in rehabilitation in The Netherlands. *Int J Rehabil Res* 2009;32:232-237.
2. Thomas R, Mans L, Kijlstra MA, Logge KLR. In Dutch: Allochtonen en revalidatiezorg. Een inventarisatie van knelpunten (*Migrants and rehabilitation, an exploration of problems*). Utrecht: Centrum voor Migratie en Gezondheid van het Kind (*Centre for Migration and Health of the Child*);1999.
3. Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Los Angeles: University of California Press, 1980.
4. Scheppers E, van Dongen E, Dekker J, Geertzen J, Dekker J. *Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. Fam Pract* 2006;23(3):325-348.
5. Verbeek J, Sengers MJ, Riemens L, Haafkens J. Patient expectations of treatment for back pain: a systematic review of qualitative and quantitative studies. *Spine* 2004;29(20):2309-2318.
6. Sloots M, Dekker J, Bartels E, Geertzen J, Dekker J. Reasons for drop-out in rehabilitation of native patients and non-native patients with chronic low back pain in The Netherlands: a medical file study. *J Rehabil Med* 2010 accepted.
7. Köke A. Consensus Rapport Pijnrevalidatie Nederland (Consensus Report Pain-rehabilitation Netherlands). Maastricht: Pijn Kennis Centrum Maastricht (*Pain Knowledge Centre Maastricht*);2005.
8. Sloots M, Scheppers E, Bartels E, Dekker J, Geertzen J, Dekker J. First rehabilitation consultation in patients of non-native origin: factors that lead to tension in the patient physician interaction. *Disabil Rehabil* 2009;31(22):1853-1861.
9. Holloway I, Sofaer-Bennett B, Walker J. The stigmatisation of people with chronic back pain. *Disabil Rehabil* 2007;29(18):1456-1464.
10. Stüssgen RAJ. *De nieuwe patiënt op weg naar autonomie (The new patient on it's way to autonomy)*. Amsterdam: Thesis Publishers, 1997.

Reproduceerbaarheid van drie meetinstrumenten voor het meten van participatie: de ICF Maat van Participatie en Activiteiten Screener, de Participatie Schaal en de Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie-Participatie

C.H. van der Zee, A.R. Priesterbach, L. van der Dussen, A. Kap, V.P.M. Schepers, J.M.A. Visser-Meily, M.W.M. Post

INTRODUCTIE

In de revalidatie gaat het vaak om blijvende aandoeeningen en de behandeling zal daarom gericht zijn op het minimaliseren van de consequenties van de aandoening. Op deze manier wordt gestreefd naar het verbeteren van zelfstandigheid en het herwinnen van participatie.¹ Met name in de polikliniek liggen revalidatiedoelen vaak op het niveau van participatie. Het meten van participatie als uitkomst van revalidatie is echter nog niet gebruikelijk.² Er bestaan wel verschillende meetinstrumenten voor participatie, maar het is nog onbekend of deze voldoende responsief zijn om als uitkomstmaat in de revalidatie te gebruiken.²⁻⁴ Om deze reden is in december 2008 het project 'Meten=Weten 2' gestart. Doel van dit project is het selecteren en testen van een meetinstrument voor participatie, dat gebruikt kan worden als een uitkomstmaat van poliklinische revalidatiebehandeling bij volwassenen.⁵

C.H. van der Zee, MSc., junior onderzoeker, Revalidatiecentrum De Hoogstraat, Utrecht

A.R. Priesterbach, BSc., stagiaire, Revalidatiecentrum De Hoogstraat, Utrecht

Drs. L. van der Dussen, revalidatiearts, Revalidatiecentrum De Trappenberg, locatie Almere

Drs. A. Kap, revalidatiearts, Revalidatiecentrum De Hoogstraat, Utrecht

Dr. V.P.M. Schepers, revalidatiearts, Revalidatiecentrum De Hoogstraat, Utrecht

Dr. J.M.A. Visser-Meily, revalidatiearts, Rudolf Magnus Instituut voor neurowetenschappen, Afdeling Revalidatie, Verplegingswetenschap & Sport, Universitair Medisch Centrum Utrecht

Dr. M.W.M. Post, senior onderzoeker, Revalidatiecentrum De Hoogstraat en Rudolf Magnus Instituut voor neurowetenschappen, Afdeling Revalidatie, Verplegingswetenschap & Sport, Universitair Medisch Centrum Utrecht.

De meetinstrumenten, die in 'Meten=Weten 2' vergeleken worden op responsiviteit, zijn de Frenchay Activities Index (FAI)⁶, de ICF Maat voor Participatie en Activiteiten Screener (IMPACT-S)⁷, de Participatie Schaal8 en de Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie-Participatie (USER-P).⁵ De argumenten voor deze selectie hebben wij eerder in Revalidata beschreven.⁵ Van deze vier meetinstrumenten is de FAI uitgebreid op reproduceerbaarheid onderzocht.^{2,9} De reproduceerbaarheid van de IMPACT-S is ook eerder bestudeerd⁷, maar sindsdien zijn er enkele wijzigingen aangebracht in de vragenlijst. De Participatie Schaal is voor deze studie in het Nederlands vertaald en geschikt gemaakt voor zelfrapportage. Over de reproduceerbaarheid van deze versie is nog niets bekend. De USER-P is speciaal voor het project ontwikkeld is en helemaal nog niet gevalideerd. Om deze reden hebben wij een apart deelonderzoek uitgevoerd naar de reproduceerbaarheid van de IMPACT-S, de Participatie Schaal en de USER-P.

METHODE

Deelnemers

Potentiële deelnemers zijn gewonnen via Revalidatiecentrum De Hoogstraat, Revalidatiecentrum De Trappenberg, locatie Almere en het Universitair Medisch Centrum Utrecht, afdeling Revalidatie- en Sportgeneeskunde. Deze revalidanten waren recent in poliklinische revalidatie geweest of waren in de eindfase daarvan. Verdere inclusiecriteria waren een minimum leeftijd van 18 jaar en beheersing van de Nederlandse taal. Exclusiecriteria waren ernstige cognitieve beperkingen, afasie en het hebben van een snel progressieve aandoening.

Procedure

De potentiële deelnemers ontvingen per post een uitnodiging om deel te nemen aan de studie, met informatie over de studie en de vragenlijst. Wanneer zij toestemming gaven en de eerste vragenlijst terugstuurden, ontvingen zij de tweede vragenlijst 2 weken na het invullen van de eerste. Telkens werd, indien nodig, een herinnering gestuurd. Het studieprotocol is goedgekeurd door de lokale Medisch Ethische Commissie van Revalidatiecentrum De Hoogstraat.

Instrumenten

De IMPACT-S, de Participatie Schaal en de USER-P zijn in willekeurige volgorde samengevoegd tot één vragenlijst, waarbij ervoor gezorgd is, dat geen enkele participant de meetinstrumenten 2 keer in dezelfde volgorde ontving. De eerste meting bevatte aanvullende vragen over de diagnose en demografische kenmerken van de participant en de tweede meting bevatte vragen naar de mening van de participant over de meetinstrumenten.

De IMPACT-S bestaat uit 32 vragen naar ervaren beperkingen als gevolg van gezondheid of handicap.⁷ Items worden gescoord op een schaal van 0 (dat kan ik helemaal niet) tot 3 (helemaal geen beperkingen). Er zijn 9 schaalscores, 2 sub-totaal scores voor Activiteiten en Participatie en een totaal score. Alle somscores worden omgezet in een score op een schaal van 0 tot 100, waarbij een hoge score een hoog niveau van participatie weergeeft.

De Participatie Schaal bestaat uit 18 vragen naar ervaren beperkingen in participatie, waarbij iemand zich moet vergelijken met een 'peer',⁸ ofwel met iemand zoals de respondent, van hetzelfde geslacht, dezelfde leeftijd en eenzelfde opleidingsniveau, maar zonder beperking.¹⁰ Wanneer er sprake is van een beperking, wordt ook de mate, waarin dat een probleem is, gescoord. Itemscores variëren tussen 0 (hetzelfde participatieniveau) en 5 (lager participatieniveau en dit wordt als groot probleem ervaren). De Participatie Schaal heeft een totaalscore op een schaal van 0 tot 90, waarbij een hoge score ernstige participatieproblemen weergeeft.

De USER-P is een aanvulling op de USER¹¹ en bestaat uit 31 vragen die samen 3 aspecten van participatie meten: frequentie, ervaren problemen en tevredenheid. 1) Frequentie van participatie bestaat uit 4 vragen naar het aantal uur per week, dat men aan (on)betaald

werk, studie of huishouden besteedt, en 8 vragen naar het aantal keer in de afgelopen 4 weken, dat men bepaalde activiteiten binnen- en buitenshuis heeft ondernomen en dat men contact heeft gehad met anderen. Elk item wordt gescoord van 0 (helemaal niet) tot 5 (36 uur of meer/ 19 keer of meer). 2) Participatieproblemen worden gemeten met 10 vragen naar ervaren beperkingen op verschillende domeinen als gevolg van de gezondheidstoestand. Elke itemscore varieert van 0 (niet mogelijk) tot 3 (zonder moeite). 3) Tevredenheid met participatie wordt gemeten met vragen naar de mate van tevredenheid met 9 aspecten van het leven. Items worden gescoord op een schaal van 0 (zeer ontevreden) tot 4 (zeer tevreden). De somscore van elke schaal wordt omgerekend naar een schaal van 0 tot 100, waarbij een hoge score een gunstige situatie weergeeft. Er bestaat geen USER-P totaalscore.

Statistische analyse

Data zijn geanalyseerd m.b.v. SPSS 16.0. Vloer- en plafond effecten zijn aanwezig wanneer minimaal 15% van de deelnemers respectievelijk de laagste of hoogste score op een schaal krijgt.¹² Reproduceerbaarheid is de mate, waarin bij herhaalde metingen dezelfde scores worden verkregen, zonder dat er een daadwerkelijke verandering heeft plaatsgevonden. Het bestaat uit twee aspecten: betrouwbaarheid en overeenstemming.¹³ Betrouwbaarheid betreft de mate waarin patiënten van elkaar onderscheiden kunnen worden en wordt uitgedrukt in de Intraclass Correlatiecoëfficiënt (ICC). Een ICC is acceptabel wanneer deze groter dan 0.75 is.¹⁴ Overeenstemming betreft hoe dicht scores van herhaalde metingen bij elkaar liggen. Parameters voor overeenstemming zijn de standaard fout van de meting ('Standard Error of Measurement', SEM) en de kleinste detecteerbare verandering ('Smallest Detectable Change', SDC).¹³ De SEM is acceptabel als deze minder dan 10% van de score range is.¹⁵ De

TABEL I. EIGENSCHAPPEN DEELNEMERS.

Geslacht		
Man		15 (32%)
Vrouw		32 (68%)
Gemiddelde leeftijd (jaren; SD)		50.6 (11.8)
Diagnose		
Bewegingsapparaat		8 (17.0%)
Traumatisch hersenletsel		5 (10.6%)
CVA		12 (25.5%)
Neuromusculaire aandoeningen		11 (23.4%)
Chronische pijn		10 (21.3%)
Hartfalen		1 (2.1%)
Tijd sinds diagnose in jaren (mediaan; range)		1.7 (0.7-15.6)
Betaalde baan voor conditie		
Ja		31 (66%)
Nee, reden:		
	Huishouden	4 (8.5%)
	Pensioen	4 (8.5%)
	Student	2 (4.3%)
	Gezondheidsproblemen	4 (8.5%)
	Anders	2 (4.3%)
Huidige burgerlijke staat		
Getrouwd/ Samenwonend		34 (72.3%)
Anders		13 (27.7%)
Opleidingsniveau		
Laag		19 (40.4%)
Hoog		27 (57.4%)
Tijd tussen eerste en tweede meting in dagen (mediaan; range)		16.0 (13-49)

SDC kan vergeleken worden met het scoreverschil waarbij sprake is van een klinisch relevante verandering, maar deze is voor de hier onderzochte maten niet bekend. Als alternatief is de ratio van de SDC en de gemiddelde standaard deviatie (SD) van de scores op beide metingen berekend. Een SDC/SD van meer dan 0.8 betekent, dat er een grote verschillscore nodig is om toeval uit te sluiten.^{7,16}

RESULTATEN

Er zijn 104 potentiële deelnemers benaderd en 47 deelnemers hebben beide metingen ingevuld. De respons van de mannen was lager dan die van de vrouwen (respectievelijk 33 en 52%). De gemiddelde leeftijd van de mensen, die niet deelnamen en de deelnemers was niet significant verschillend en was respectievelijk 50,9 (SD= 14,5)

TABEL 2. SCORE VERDELING VAN DE IMPACT-S, PARTICIPATIE SCHAAL EN DE USER-P. (N=47)

	Score range	gemiddelde (SD)	Mediaan (IQR)	Skewness
IMPACT-S Totaal	0-100	79.6 (12.3)	82.3 (72.9-88.5)	-1.09
Activiteiten	0-100	78.4 (12.6)	80.4 (70.4-88.9)	-0.77
Participatie	0-100	81.1 (14.5)	83.3 (75.6-88.1)	-1.45
Kennis	0-100	79.7 (15.6)	77.8 (66.7-88.9)	-0.86
Algemene taken	0-100	72.3 (23.9)	83.3 (50.0-100.0)	-0.50
Communicatie	0-100	84.8 (17.5)	88.9 (66.7-100.0)	-0.80
Mobiliteit	0-100	71.8 (19.7)	71.4 (61.9-85.7)	-0.80
Zelfverzorging	0-100	90.2 (11.5)	88.9 (77.8-100.0)	-0.84
Huishouden	0-100	76.3 (18.9)	83.3 (66.7-91.7)	-0.95
Relaties	0-100	88.0 (15.8)	91.7 (83.3-100.0)	-0.82
Belangrijke levensgebieden	0-100	78.6 (19.5)	83.3 (66.7-100.0)	-0.91
Maatschappij	0-100	80.3 (18.5)	83.3 (66.7-93.8)	-1.03
Participatie Schaal	0-90	17.1 (12.9)	15.0 (6.0-27.0)	0.45
USER-P				
Frequentie	0-100	33.8 (9.8)	32.5 (27.5-38.8)	0.65
Participatieproblemen	0-100	70.6 (17.9)	73.3 (63.0-80.0)	-0.64
Tevredenheid	0-100	63.6 (17.3)	63.9 (50.0-77.8)	-0.09

Weergegeven zijn gemiddelde, mediaan en scheefheid voor de eerste meting

Hoge scores op de IMPACT-S en USER-P reflecteren hoog niveau van participatie en hoge score op de Participatie Schaal duiden op grote participatieproblemen

en 50,6 (SD= 11,8) jaar. Respons was gerelateerd aan diagnose en varieerde van 34% van de revalidanten met een CVA tot 72% van de revalidanten met een aandoening aan het bewegingsapparaat. Kenmerken van de deelnemers staan in tabel 1.

Het aantal missende antwoorden was voor alle meetinstrumenten klein, maar was het hoogst voor de Participatie Schaal (2,8%) (IMPACT-S 1,1% en USER-P 1,3%). Data van de eerste meting zijn gebruikt om de score verdeling te beschrijven (tabel 2). Alle schaalscores van de

IMPACT-S, behalve de schaal Mobiliteit, lieten plafondeffecten zien (range 15,2%-55,3%). De sub-totaal scores en de totaal score van de IMPACT-S, de score van de Participatie Schaal en de schaal scores van de USER-P lieten geen vloer- of plafondeffecten zien.

TABEL 3. REPRODUCEERBAARHEID VAN DE IMPACT, PARTICIPATIE SCHAAL EN USER-P. (N=47)

	Score range	Verskil test-her-test M (SD)	ICC (95% CI)	SEM	SDC _{ind}	SDC _{ind} /SD	SDC _{group}	SDC _{group} /SD
IMPACT-S Totaal	0-100	0.3 (6.2)	0.88 (0.80 0.93)	4.4	12.1	0.96	1.8	0.14
Activiteiten	0-100	0.4 (4.9)	0.92 (0.86 0.93)	3.5	9.7	0.78	1.4	0.11
Participatie	0-100	0.4 (10.9)	0.74 (0.73 0.92)	7.7	21.3	1.42	3.1	0.21
Kennis	0-100	1.4 (12.6)	0.70 (0.52 0.82)	8.9	24.7	1.52	3.6	0.22
Algemene taken	0-100	2.8 (19.8)	0.67 (0.48 0.80)	14.0	38.7	1.59	5.6	0.23
Communicatie	0-100	-0.4 (9.7)	0.85 (0.74 0.91)	6.9	19.1	1.09	2.8	0.16
Mobiliteit	0-100	0.0 (8.9)	0.90 (0.84 0.95)	6.3	17.4	0.86	2.5	0.12
Zelfverzorging	0-100	-0.8 (11.0)	0.58 (0.36 0.74)	7.8	21.5	1.80	3.1	0.26
Huishouden	0-100	-0.4 (12.2)	0.80 (0.68 0.89)	8.6	23.8	1.23	3.5	0.18
Relaties	0-100	-0.4 (11.9)	0.68 (0.49 0.81)	8.4	23.3	1.58	3.4	0.23
Belangrijke levensgebieden	0-100	4.0 (18.3)	0.54 (0.30 0.71)	13.1	36.4	1.91	5.3	0.28
Maatschappij	0-100	0.2 (17.9)	0.59 (0.37 0.75)	12.6	35.0	1.79	5.1	0.26
Participatie Schaal	0-90	-0.3 (7.9)	0.82 (0.70 0.90)	5.6	15.5	1.18	2.3	0.17
USER-P								
Frequentie	0-100	0.7 (7.8)	0.65 (0.45-0.79)	5.5	15.2	1.65	2.2	0.24
Participatieproblemen	0-100	-1.8 (9.2)	0.85 (0.75 0.92)	6.6	18.2	1.07	2.7	0.16
Tevredenheid	0-100	-1.5 (9.7)	0.84 (0.73 0.91)	6.8	18.9	1.12	2.8	0.16

De verschillen tussen scores van de eerste en tweede meting waren klein (tabel 3). De ICC's van de IMPACT-S schaalscores liepen nogal uiteen en slechts 3 van de 9 schalen hadden een acceptabele ICC. De ICC's van de sub-totaal scores en totaal score van de IMPACT-S waren wel acceptabel. De ICC van de Participatie Schaal was acceptabel. De schalen voor participatiebeperkingen en tevredenheid van de USER-P lieten een acceptabele betrouwbaarheid zien, de schaal voor frequentie van participatie echter niet.

De SEM was voor alle scores, behalve voor 3 van de 6 schaalscores van de IMPACT-S, binnen 10% van de score range. De ratio tussen SDC en SD op individueel niveau lag voor vrijwel alle scores boven de 0,8. Dit betekent dat er op individueel niveau grote scoreverschillen nodig zijn om toeval uit te sluiten. Aan de andere kant was de SDC/SD ratio op groepsniveau voor alle scores ruim onder de 0,8 (range 0,11-0,27). Dit betekent dat er op groepsniveau slechts kleine veranderingen nodig zijn om toeval uit te sluiten.

Meer dan de helft van de deelnemers vond alle meetinstrumenten relevant voor het meten van participatie en makkelijk in te vullen. Deelnemers, die een voorkeur hadden, vonden de USER-P het meest relevant en het makkelijkst om in te vullen en de Participatie Schaal het minst relevant en het minst makkelijk om in te vullen. Vier deelnemers vonden geen van de instrumenten makkelijk in te vullen. Verschillende deelnemers vonden de lay-out van de Participatie Schaal verwarrend. Verder rapporteerden weinig deelnemers irrelevante vragen. Sommige deelnemers vonden alle vragen confronterend, omdat ze teveel nadruk leggen op beperkingen. Ook vragen over intieme relaties werden door sommige deelnemers als confronterend gezien, met name als dit het gevolg was van andere redenen dan de aandoening (bijvoorbeeld weduwnaarschap).

DISCUSSIE EN CONCLUSIE

Deze studie laat zien, dat de test-hertestbetrouwbaarheid van alle 3 de meetinstrumenten in zijn algemeenheid goed is, behalve voor 6 van de 9 IMPACT-S schaal scores en de frequentie schaal van de USER-P. De SDC was acceptabel op groepsniveau, maar niet op individueel niveau. Verder liggen de parameters voor overeenstemming (SEM en SDC) voor alle scores, behalve de IMPACT-S schaal scores, dicht bij elkaar. De USER-P was in lichte mate favoriet bij de deelnemers.

De test-hertestbetrouwbaarheid van de meeste schaalscores en de sub-totaal score Participatie van de IMPACT-S was in deze studie lager dan in de eerdere validiteitsstudie (0.74 versus 0.90).¹¹ Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn, dat de tijd na het ontstaan van de aandoening in die populatie groter was, en dat de deelnemers daardoor een meer stabiel niveau van participatie hadden. De cijfers over overeenstemming uit de eerdere studie, die daar op een iets andere manier berekend waren, waren echter wel gelijk aan de resultaten van de huidige studie.⁷

De test-hertestbetrouwbaarheid van de Participatie Schaal in deze studie was acceptabel en was gelijk aan de ICC's, gevonden in de eerdere validiteitsstudie van de interviewversie.⁸ Andere gegevens over overeenstemming zijn niet bekend, dus er kan geen vergelijking gemaakt worden.

Dit is de eerste studie naar de reproduceerbaarheid van de USER-P. Daarom kunnen alleen vergelijkingen met andere meetinstrumenten worden gemaakt. De betrouwbaarheid van de frequentie schaal was lager dan van de schalen participatiebeperkingen en tevredenheid. Dit komt overeen met de bevindingen van Brown et al. (2004)¹⁷, dat de objectieve componenten van de Participation Objective Participation Subjective betrouwbaarder zijn dan de subjectieve component. De

SEM en SDC waarden van de frequentie schaal waren echter gelijk aan die van de andere USER-P schalen. De betrouwbaarheid van de participatieproblemen schaal was vergelijkbaar met de reproduceerbaarheid van de IMPACT-S (ICC= 0.88)⁷ en de Nederlandse versie van de Life-H (ICC range 0.78-0.80).¹⁸ De test-hertestbetrouwbaarheid van de tevredenheid schaal was gelijk aan de ICC van de Personal Well-being Index (0.84), een vergelijkbare maat van tevredenheid over verschillende levensdomeinen.¹⁹

Beperkingen van de studie

Ten eerste was de studiepopulatie klein, maar het aantal van 47 deelnemers ligt slechts net onder het geadviseerde aantal van 50.¹² Ten tweede was de studiepopulatie heterogeen en te klein om diagnose specifieke resultaten te berekenen. Aan de andere kant maakt de heterogeniteit van onze populatie het wel makkelijker om te generaliseren naar de hele populatie, die gezien wordt in de poliklinieken van revalidatiecentra en ziekenhuizen. Tenslotte trad er enige selectiebias op, omdat mensen met communicatieproblemen uitgesloten werden van de studie en de non-response onder de wel benaderde mensen met hersenletsel relatief hoog was.

Implicaties

De resultaten van deze studie leiden niet tot een duidelijk 'best reproduceerbare' vragenlijst. Over het geheel genomen kunnen op dit punt alle drie de meetinstrumenten aanbevolen worden, daarbij is het belangrijk te realiseren, dat de schaalscores van de IMPACT-S bijna allemaal een plafond effect laten zien en dus beter de totaalscore gebruikt kan worden. Een keuze tussen deze instrumenten kan daarom gemaakt worden op andere criteria. De meetinstrumenten waren geselecteerd, omdat ze bruikbaar lijken in verschillende diagnose groepen, ze relatief makkelijk te implementeren zijn (kort, zelfafname) in de praktijk, ze gebaseerd zijn op de ICF en ze, voor zover

bekend, goede psychometrische eigenschappen hebben. Ondanks dat zijn er wel verschillen: alle lijsten zijn kort, maar de Participatie Schaal is met 18 items de kortste. In de praktijk zal dit verschil in lengte echter kleiner zijn, aangezien ieder item van de Participatie Schaal een vervolg item heeft, zodra er een beperking wordt aangegeven. Alle 3 de lijsten zijn geschikt voor zelfafname, maar de lay-out van de Participatie Schaal was verwarrend voor een deel van onze deelnemers. Een internetversie van deze vragenlijst kan dit probleem misschien oplossen. Alle 3 lijsten zijn gebaseerd op de participatiedomeinen van de ICF, maar de IMPACT-S was de enige lijst, die alle 9 hoofdstukken van de ICF dekt. Zowel de IMPACT-S als de Participatie Schaal meten subjectieve participatie door de respondent te vragen naar ervaren beperkingen. De USER-P meet zowel objectieve participatie (frequentie schaal) als subjectieve participatie (beperkingen en tevredenheidschaal).⁶ Samen met de FAI worden deze meetinstrumenten in het project 'Meten=Weten 2' op hun responsiviteit getest. De laatste follow-up metingen zullen in december 2009 plaatsvinden en resultaten worden in mei 2010 verwacht.

Literatuur

1. Wade DT, Jong BA de. Recent advances in rehabilitation. *BMJ* 2000, 320: 1385-1388.
2. Dijkers MPJM, Whiteneck G, El-Jaroudi R. Measures of social outcomes in disability research. *Arch Phys Med Rehabil* 2000, 81 Suppl 2: S63-S80.
3. Post MWM, Magasi SR. A critical review of participation instruments. ACRM/ASNR pre-meeting on the international symposium on measurement of participation in rehabilitation reseach, 2008 Oct 14-15, Toronto, Canada.
4. Magasi SR, Heinemann AW, Whiteneck GG. Participation following traumatic Spinal Cord Injury: an evidence-based review for research. *J Spinal Cord Med* 2008, 31, 2: 145-156.
5. Zee CH van der, Post WMW, Kap A, Schouten E, Royen R van, Rambaran Mishre R, et al. Het meten van participatie als uitkomst van poliklinische revalidatiebehandeling: Meten is Weten 2; een prospectieve multi-centre studie. *Revalidata* 2008, 146: 10-14.
6. Holbrook M, Skilbeck CE. An activities index for use with stroke patients. *Age Ageing* 1983, 12: 166-170.
7. Post MWM, Witte LP de, Reichrath E, Verdonschot MM, Wijlhuizen GJ, Perenboom RJM. Development and validation of IMPACT-S, an ICF-based questionnaire to measure activities and participation. *J Rehabil Med* 2008; 40: 620-627.
8. Brakel WH van, Anderson AM, Mutatkar RK, Bakirtzief Z, Nicholls PG, Raju MS, et al. The Participation scale: measuring a key concept in public health. *Disabil Rehabil* 2006, 28: 193-203.
9. Schepers V, Ketelaar M, Visser-Meily A, Dekker J, Lindeman E. Responsiveness of functional health status measures frequently used in stroke research. *Disabil Rehabil* 2006, 28: 1035-1040.
10. Brakel WH van. Participation Scale Users Manual Version 5.0, January 10, 2008.
11. Post WMW, Port I van de, Kap B, Berdenis van Berlekom S. Development and validation of the Utrecht Scale for Evaluation of Clinical Rehabilitation (USER). *Clin Rehabil* 2009;23 (10): 909-917.
12. Terwee CB, Bot SDM, Boer MR de, Windt DAWM van der, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol* 2007, 60: 34-42.
13. Vet HCW de, Terwee CB, Knol DL, Bouter LM. When to use agreement versus reliability measures. *J Clin Epidemiol* 2006, 59: 1033-1039.
14. Kramer MS, Feinstein AR. Clinical biostatistics. LIV. The biostatistics of concordance. *Clin Pharmacol Therapeutics* 1981, 29: 111-123.
15. Baalen B van, Odding E, Woen-sel MPC van, Kessel MA van, Roebroek ME, Stam HJ. Reliability and sensitivity to change of measurement instruments used in a traumatic brain injury population. *Clin Rehabil* 2006, 20: 686-700.
16. Post MWM, Festen H, Port IG van de, Visser-Meily JMA. Reproducibility of the Caregiver Strain Index and the Caregiver Reaction Assessment in partners of stroke patients living in the Dutch community. *Clin Rehabil* 2007, 21:1050-1055.
17. Brown M, Dijkers MPJM, Gordon WA, Ashman T, Charatz H, Cheng Z. Participation Objective, Participation Subjective. *J Head Trauma Rehabil* 2004, 19: 459-48.
18. Lemmens J, Engelen EISM van, Post WMW, Beurskens AJHM, Wolters PMJC, Witte LP de. Reproducibility and validity of the Dutch Life Habits Questionnaire (LIFE-H 3.0) in older adults. *Clin Rehabil* 2007, 21: 853-862.
19. Lau ALD, Cummins RA. Test-retest reliability of the Personal Wellbeing Index [monograph on the Internet]. Hong Kong: The Hong Kong Polytechnic University, 2005. Available from: <http://acqol.deakin.edu.au/instruments/PWI/English-PWI-Adult.doc>

Richtlijn implementatie 'Diagnostiek en behandeling van kinderen met een spastische Cerebrale Parese'. Hoe doe je dat?!

M.A.R. Kombrink, S.E. Groen, C.G.B. Maathuis, M.H. Klerks, B.C.M. Smits-Engelsman

INLEIDING

In 2007 is de definitieve richtlijn **Diagnostiek en behandeling van kinderen met een spastische Cerebrale Parese (CP)**¹ uitgegeven op initiatief van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. Op de kinderrevalidatie van het Centrum voor Revalidatie, locatie Beatrixoord (verder genoemd als het CvR) en de PJF Mytyschool is deze richtlijn geïmplementeerd met als doel alle kinderen met een spastische CP uniform te diagnosticeren en te behandelen volgens de laatste inzichten zoals beschreven in de richtlijn.

Werken met richtlijnen

Richtlijnen zijn landelijk geldende, vakinhoudelijke aanbevelingen voor optimale zorg voor een patiënt. Er wordt steeds meer waarde gehecht aan richtlijnen en ze worden steeds vaker toegepast om de zorg rondom een patiënt te verbeteren. Richtlijnen vormen geen wettelijke voorschriften, maar zijn op zoveel mogelijk bewijs gebaseerde inzichten en aanbevelingen gestoeld. Willen zorgverleners kwalitatief goede zorg verlenen, dan dienen ze conform de richtlijn te handelen. Indien nodig kan een zorgverlener op basis van zijn professionele autonomie afwijken van de richtlijn. Wanneer in het kader van de WGBO van de richtlijn wordt afgeweken, moet dit echter beargumenteerd, gedocumenteerd en in overleg met de patiënt worden gedaan.^{1,2}

Het blijkt echter, dat de adviezen vanuit een richtlijn nauwelijks in de praktijk nageleefd worden en dat de implementatie in een klinische setting zeer veel tijd kost.³ In de review van Davis worden Grims-haw and Russell aangehaald, waarin zij vermelden dat 55 van de 59 gepubliceerde onderzoeken naar klinisch toegepaste richtlijnen statistisch significante verschillen rapporteren in verbeteringen in zorgprocessen. Echter, deze statistisch significante verschillen zijn variabel, zwak en op maar één uitkomst positief.⁴ Het onderzoek van Conroy en Shannon naar het gebruik van richtlijnen heeft aan-

getoond, dat zorgverleners maar weinig bekend zijn met bestaande richtlijnen of zich er nauwelijks aan houden.³

Ervaring met de richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van kinderen met een spastische CP'

De richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van kinderen met een spastische CP' berust op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek en aansluitende meningsvorming gericht op het expliciteren van goed medisch handelen door een werkgroep van experts, die vanuit verschillende disciplines betrokken zijn bij de zorg rondom kinderen met een CP. De richtlijn geeft aanbevelingen over de diagnostiek en de behandeling van spasticiteit op stoornisniveau, de behandeling van spasticiteit gericht op verbetering van mobiliteit, handvaardigheid, communicatie en mond-motoriek en de organisatie van zorg rondom spastische kinderen met CP.¹

Uit contact met diverse kinder-revalidatiecentra uit Nederland is gebleken dat de richtlijn geen eenduidige landelijke implementatie kent. Ieder centrum doet pogingen om de richtlijn te implementeren, maar de implementatie stagneert vaak in de opzet of de richtlijn wordt onvoldoende ingebed in de klinische praktijk. Redenen die hiervoor worden aangegeven is, dat men onbekend is met het implementeren van richtlijnen, de implementatie van de richtlijn on-

M.A.R. Kombrink, kinderfysiotherapeut, Centrum voor Revalidatie (CvR), Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), locatie Beatrixoord, Haren; Prins Johan Friso Mytyschool (PJF Mytyschool), Groningen; Avansplus, University for Professionals, Breda

S.E. Groen, revalidatiearts, Centrum voor Revalidatie (CvR), Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), locatie Beatrixoord, Haren

C.G.B. Maathuis, revalidatiearts, Centrum voor Revalidatie (CvR), Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), locatie Beatrixoord, Haren

M.H. Klerks, Master Specialized Physical Therapy, Kinderpraktijk, Peize; Avansplus, University for Professionals, Breda

B.C.M. Smits-Engelsman, professor Developmental Human Movement Science, Avansplus, University for Professionals, Breda; Research Center for Movement Control and Neuroplasticity, Dep. of Biomedical Kinesiology, KU Leuven, België

voldoende wordt gecoördineerd en dat het van hoger hand niet voldoende wordt gefaciliteerd in tijd en/of geld.

Multidisciplinaire implementatie

De richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van kinderen met een spastische CP' is multidisciplinair opgezet en de auteurs adviseren, dat de richtlijn multidisciplinair zijn plek moet krijgen in de zorg rondom een kind met CP. Dit vereist een gezamenlijke implementatie van alle betrokkenen. De richtlijn is zeer uitgebreid, omdat de diversiteit tussen kinderen met een CP erg groot is en de behandeling afhangt van het ontwikkelingsstadium van het kind. In de kinderrevalidatie is nog niet eerder een dergelijke richtlijn verschenen. In de literatuur is niets beschreven over uitgevoerde richtlijn implementatietrajecten in de zorg, daardoor is dit implementatietraject innovatief.

Een bijzondere bijkomstigheid van dit project is, dat twee organisaties (het CvR en de PJF Mytylschool) deze richtlijn gezamenlijk hebben geïmplementeerd. Men werkte bij de start van het project één jaar volgens de methode '1 kind, 1 team, 1 plan'. Dit is een landelijk ontwikkelde methode voor een intensievere samenwerking tussen kinderrevalidatiecentra en mytylscholen. Deze samenwerking tussen beide organisaties heeft, door de gezamenlijke invoering van de richtlijn, een extra dimensie gekregen. Er moest rekening worden gehouden met twee verschillende organisatie-systemen, twee verschillende werkculturen en een verscheidenheid aan achtergronden van de medewerkers.

Onderzoeksvraag

Deze publicatie geeft inzicht in de praktische en de inhoudelijke aspecten van de implementatie van deze richtlijn binnen het CvR en de PJF Mytylschool. Beschreven worden de bevorderende factoren voor implementatie, de knelpunten, de aanbevelingen en de mate waarin de implementatie geslaagd

is aan de hand van enkele voorafgestelde determinanten, zoals de enquête, de formats en het terugkomen van de afspraken in de verslaglegging. Ook wordt het theoretische kader rondom de implementatie en de gehanteerde implementatiestrategieën beschreven.

METHODE

Projectstructuur

In beide centra, het CvR en de PJF Mytylschool, zijn 42 behandelaars van kinderen met een spastische CP betrokken bij het project van de implementatie van de richtlijn. Het multidisciplinaire karakter van de implementatie komt tot uitdrukking in de samenstelling van de projectgroep. De projectleider heeft voor aanvang van het project een projectplan geschreven. In dit projectplan stond de doelstelling, de organisatie, de kosten en de planning van de implementatie beschreven.⁵⁻¹⁵ De vakgroepen hebben gemiddeld één uur in de week besteed aan de implementatie van de richtlijn en de projectgroepleden twee uur. De voorbereiding van de implementatie heeft ongeveer drie maanden in beslag genomen en de daadwerkelijke implementatie negen maanden.

0-meting

Er is bij aanvang van het implementatietraject een enquête afgenomen onder alle behandelaren over hun bekendheid met de richtlijn en hun behoefte om deze te implementeren. Deze enquête is na een halfjaar en één jaar weer afgenomen als tussentijds evaluatiemiddel en als afrondend evaluatiemiddel.⁵ Er is onder de fysiotherapeuten een specifieke enquête afgenomen waarin is gevraagd of men de aanbevolen testen al gebruikt, waarom wel of niet en hoe vaak men deze toepast in de dagelijkse praktijk. Deze vakgroep is uitgekozen, omdat er veel testen voor fysiotherapeuten worden geadviseerd in de richtlijn en dit het best inzicht geeft in de veranderingen gemaakt door alle

betrokkenen. Deze enquête is na één jaar herhaald.

Veranderkundig interventiemodel

Voor de implementatie van de richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van kinderen met een spastische CP' is invulling gegeven aan zes stappen van het veranderkundig interventiemodel van Reitsma en Van Empel.⁶

Stap 1. Doelstelling: de paramedici en de psychosociaal medewerkers van het CvR en de PJF Mytylschool hebben na een periode van één jaar de richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van een kind met een spastische CP' geïmplementeerd. Dit betekent dat de diagnostiek en behandeling van kinderen met een spastische CP uniform plaatsvindt en volgens de laatste inzichten, zoals beschreven in de richtlijn.¹

Stap 2. De verankering aan de top: er zijn afspraken gemaakt met het managementteam en de vakgroepen over de te investeren tijd en middelen. Voor een succesvolle invoering van de richtlijn is het noodzakelijk, dat er door het managementteam prioriteit wordt gesteld aan dit project en er betrokkenheid wordt getoond. Dit wordt gewaarborgd door een maandelijks overleg met het managementteam.

Stap 3. Het ontwikkelen van netwerken: er is een projectgroep 'Implementatie CP richtlijn' gevormd met vanuit alle vakgroepen één vertegenwoordiger. De projectgroep heeft enerzijds als doel de uitgewerkte plannen en protocollen te bespreken en de moeilijkheden, opvallendheden en ontwikkelingen te identificeren en daar gezamenlijk oplossingen voor aan te dragen. Anderzijds zijn ze verantwoordelijk voor het stimuleren en het motiveren van hun eigen vakgroep.

Stap 4. Het expliciteren van de verschillen: het is belangrijk om de verschillen in het dagelijks handelen te expliciteren, vanwege het feit dat een deel van het dagelijks handelen in de teams gebaseerd is op sterke overtuigingen en

jarenlange expertise. Wanneer de verschillen tussen de behandelers helder zijn, kan vervolgens toegewerkt worden naar een breed gedragen consensus, zodat uniform gediagnosticeerd en behandeld kan worden. Daarom is er ruimte gecreëerd voor discussie en om keuzes te maken welk advies als eerste geïmplementeerd zal worden en welke adviezen op een later tijdstip zullen volgen.

Stap 5. Het aanpassen aan de organisaties: het CvR en de PJF Mytylschool zijn twee verschillende soorten organisaties. De organisatie van de kindervalidatie is gericht op ontwikkelen en de Mytylschool werkt meer op een operationeel niveau. De vakgroepen hebben bij de start van het project in een vooraf samengesteld format (zie bijlage 1) beschreven welke aanbevelingen al geïmplementeerd waren. Maar er is ook beschreven wat nog nodig is voor de implementatie aan scholing en middelen. Hierdoor was het vanaf de startmiddag duidelijk wat aan ontwikkeling werd verwacht van de vakgroepen in de beide organisaties.

Stap 6. Het doen:

- Starten: een startmiddag is georganiseerd om het project te introduceren. Tijdens deze middag is gewerkt aan informatieoverdracht door een spreker uit te nodigen, die betrokken was bij het opzetten van de richtlijn. Tevens is door de projectleider uitleg gegeven over het implementatieproject. Tijdens deze bespreking hebben de verschillende vakgroepen afspraken gemaakt met betrekking tot het invoeren van de aanbevelingen uit de richtlijn gekoppeld aan een tijdsschema.

- De voortgang bewaken: door het organiseren van regelmatige besprekingen binnen de vakgroepen en de projectgroep 'Implementatie CP richtlijn' is gestimuleerd het implementatieproces gaande te houden. Middels een tweemaandelijks nieuwsbrief werden de betrokkenen op de hoogte gehouden van de ontwikkelingen in de diverse vakgroepen. Tijdens de

BIJLAGE 1 - FORMAT UITWERKING CP RICHTLIJN

Test:	
Doelgroep/ leeftijd	
Wanneer	
Uitvoerende vakgroep	
Benodigde ruimte	
Benodigde tijd	
Benodigd materiaal	
Informatie naar: *kind/ ouders/ arts/ et/ ft/ logo/ lkr/ kass/ iemand anders namelijk:	
Binnen: *1 week/ 2 weken/ 3 weken/ 4 weken	
*Nb omcirkelen wat van toepassing is	
Wat nog te doen voor de test is geïmplementeerd:	
Huidig gebruik test	
Noodzakelijke scholing	
Benodigde tijd voor implementatie	
Uitwerking implementatie door	
Bijzonderheden	
<i>Nb. Voor gebruik van het format bij de behandelmodules zijn de invulitems enigszins aangepast.</i>	

evaluatiemiddag, negen maanden later, zijn afspraken gemaakt voor het tweede implementatiejaar.

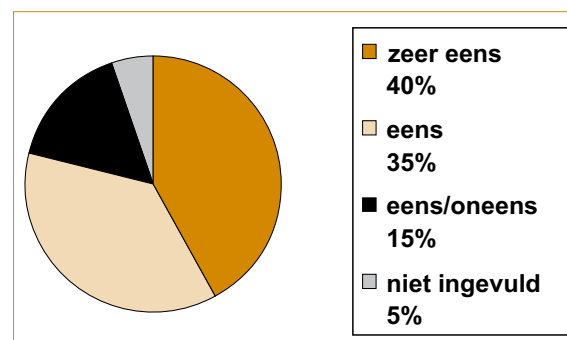
RESULTATEN

Stap 1. De doelstelling

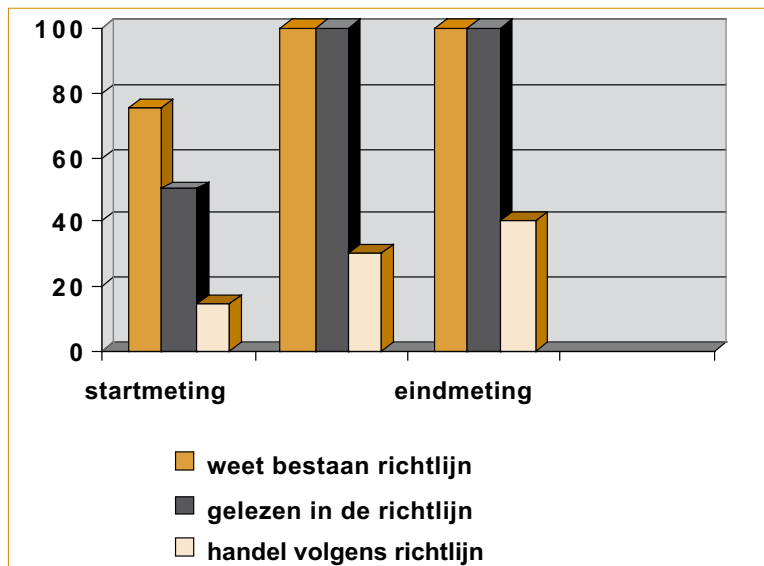
Effect van de implementatie op de bekendheid van de richtlijn
Voorafgaand aan de implementatie zijn de behandelers geënquêteerd om zo te bepalen wat hun bekendheid met de richtlijn is en hun wens om deze te implementeren. Hieruit bleek dat de richtlijn bij aanvang van het project nog voor velen onbekend was. Echter, de behandelers wilden de richtlijn graag implementeren: 75% van de behandelers was het hier mee eens tot zeer eens. Hieruit bleek voldoende draagkracht onder de behandelers om met het project te starten. Zie figuur 1.

Na een periode van een jaar is de implementatie van de richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van kinderen met een spastische CP' grotendeels voltooid. De enquête

over de bekendheid met de richtlijn toonde een duidelijk hoger niveau van kennis over de inhoud en zijn toepassingen. Bij de startmeting gaf 25% van de bevroegden aan niet te weten, dat de richtlijn bestond, bij de tussenmeting en de eindmeting was iedereen op de hoogte van het bestaan van de richtlijn. 50% van de behandelers gaf bij de startmeting aan niets gelezen te hebben in de richtlijn. Bij de zowel de tussenmeting na een half jaar als de eindmeting na



Figuur 1. Resultaten enquête: mening van de behandelers op de vraag 'Het invoeren van de richtlijn is van belang'. Startmeting.



Figuur 2. Resultaten enquête: antwoorden van de behandelaars op de vragen: 'Ik weet dat de richtlijn bestaat'; 'Ik heb gelezen in de richtlijn'; 'Ik handel volgens de richtlijn'. Respectievelijk de startmeting, de tussenmeting en de eindmeting.

een jaar gaven alle behandelaars aan delen uit de richtlijn te hebben gelezen. Zie figuur 2.

Gebruik van de richtlijn in de dagelijkse praktijk

Bij de startmeting werd door 15% van de behandelaars aangegeven, dat ze handelen volgens de richtlijn, bij de tussenmeting is dit aantal verdubbeld naar 30% en bij de eindmeting is dit aantal verder verhoogd naar 40% van de behandelaars. Zie figuur 2.

Diagnostiek bij fysiotherapeuten

Bij de startmeting was er onder de fysiotherapeuten een groot verschil in het gebruik van de diverse, door de richtlijn aanbevolen, testen. De motivatie om testen te gebruiken was erg wisselend en het was ook erg wisselend hoe vaak men deze testen toepast in de dagelijkse praktijk. Bij de eindmeting blijkt, dat het gebruik van de testen nu uniform plaatsvindt. De fysiotherapeuten gebruiken dezelfde testen op dezelfde momenten en hebben hiervoor een eenduidige motivatie.

Stap 2. De verankering aan de top

Doordat de opdrachtgevers prioriteit hebben gegeven aan het project en tijd en geld is gefacili-

teerd, wordt dit project voldoende ondersteund.

Stap 3. Het ontwikkelen van netwerken.

Projectgroep

De projectgroep is tweemaandelijks samengekomen. De uitgewerkte plannen en protocollen zijn besproken en de moeilijkheden, opvallendheden en ontwikkelingen geïdentificeerd. Er zijn gezamenlijk oplossingen aangedragen voor knelpunten. Ook gaven de projectgroepleden tips aan elkaar voor het stimuleren en het motiveren van de vakgroepen. De projectgroep is door de betrokkenen als prettig en nuttig ervaren.

Rol ouders tijdens implementatie

De meeste aandacht is uitgegaan naar de diverse vakgroepen, waardoor de rol en de mening van de ouders/kinderen onvoldoende en te laat aandacht heeft gekregen. Ouders zijn wel geïnformeerd over het project, maar niet betrokken in de opzet en de uitvoering van de implementatie van de richtlijn.

Stap 4 en 5. Het expliciteren van de verschillen en de aanpassing aan de organisaties

Kennisverschil per medewerker
Uit de enquête bleek bij de

medewerkers een verschil in het kennisniveau met betrekking tot kennis van en de ervaring met de beschreven aanbevelingen. Door tijdens de loop van het implementatietraject interne scholing aan te bieden, is dit verschil in kennisniveau verdwenen.

Formats

Het CvR is een organisatie waar veel wetenschappelijk onderzoek en ontwikkeling plaatsvindt. De PJF Mytyschool is meer een operationele organisatie. Aangezien er gezamenlijk is geïmplementeerd door beide organisaties, is een format (zie bijlage 1) ontwikkeld, waarin kort beschreven kan worden wat er nodig is om de aanbevelingen te implementeren. Hierdoor heeft de implementatie een concrete vorm gekregen en werd het voor beide organisaties praktisch haalbaar om de aanbevelingen te implementeren. Naar aanleiding van de ingevulde formats is er binnen de vakgroepen discussie gevoerd over het dagelijkse handelen. Er zijn door de paramedici diverse testen gezamenlijk geïmplementeerd, waardoor de diagnostiek rondom een kind met een CP nu meer uniform plaatsvindt. De psychosociale vakgroep heeft de rol van het gezin in het revalidatieproces versterkt en ondersteund. Zie voor meer gedetailleerde informatie over de implementatie van de aanbevelingen uit de richtlijn tabel 1 en 2 van bijlage 2.

Stap 6. Het doen

Verwerking aanbevelingen

De afspraken, die zijn gemaakt tijdens de startmiddag, zijn geformaliseerd. Het implementatietraject stond op de agenda tijdens vakgroepvergaderingen. Daarnaast is vijf keer een nieuwsbrief verschenen. Alle vakgroepen hebben de aanbevelingen uit de richtlijn verwerkt in formats. Behandelaars maken gebruik van deze aanbevelingen in de verslaglegging. Echter, dit laatste vindt nog niet op structurele basis plaats.

Tabel 1. Overzicht van de ingevoerde aanbevelingen betreffende diagnostiek en behandeling van het kind met een spastische CP.

Vakgroep	Diagnostiek	Behandeling
Ergotherapie	AHA, Abilhand-Kids, Quest, Melbourne, MACS, PEDI	
Fysiotherapie	HHD, GMFM-66, PEDI, Goniometrie, Eenvoudige gangbeeldanalyse	(Functionele) kracht en conditie training
Logopedie	Observatie instrument speekselverlies van Saakje da Costa en Marijke Hofman	Mondbehandeling volgens Muller Uniforme behandeling communicatie problemen (volgens richtlijn) Uniforme behandeling slikproblemen (volgens richtlijn)
Psychologie	Intake, psychologisch onderzoek, indicatiestelling, testen met betrekking tot gedrag, leervermogen en ontwikkeling	Begeleidingsgesprekken, speltherapie, ouder ondersteuning
Maatschappelijk werk	Intake, inventarisatie belastbaarheid gezin	Ouderverlichting, begeleidingsgesprekken ouderavonden, onderhouden contact ouderverenigingen

Tabel 2. Overzicht van de nog in te voeren aanbevelingen betreffende diagnostiek en behandeling van het kind met een spastische CP in het tweede implementatiejaar.

Vakgroep	Diagnostiek	Behandeling
Ergotherapie	Evalueren afspraken	Handtraining CIMT
Logopedie	Evalueren afspraken	Evalueren afspraken
Fysiotherapie	Evalueren afspraken, Stethoscoop diagnostiek	CIMT, evalueren functionele kracht en conditie training
Psychologie	Evalueren afspraken	Klassikaal behandelprogramma opzetten
Maatschappelijk werk	Evalueren afspraken	Contacten met ouders begeleiden, empowerment bijeenkomst

Hoe verder

Er zijn binnen de projectgroep 'Implementatie CP richtlijn' afspraken gemaakt over het in de toekomst waarborgen van de ingevoerde aanbevelingen. Ten eerste blijft de projectgroep nog een jaar actief om de eigen vakgroepen te stimuleren door te gaan met de implementatie van de aanbevelingen en voor verdere afstemming tussen de vakgroepen. Ten tweede wordt het mogelijk om digitaal de testgegevens in te voeren, waartoe alle betrokkenen toegang krijgen. En ten derde moeten de afspraken rondom de geïmplementeerde aanbevelingen terugkomen in de voorbereidingen voor de kindbesprekingen.

DISCUSSIE

Na een periode van een jaar is de implementatie van de richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van kinderen met een spastische CP' grotendeels voltooid. Het project heeft een innovatief karakter omdat er landelijk geen ervaring was met het multidisciplinair implementeren van een richtlijn van deze omvang. Er bestaan geen beschrijvingen van een dergelijk uitgevoerd implementatietraject met een multidisciplinaire projectgroep.

Door de multidisciplinaire startmiddag en het schrijven van een helder projectplan, waarin een tijdsplanning, de coördinatie van het project en de verwachtingen aan alle betrokkenen werden geformuleerd, is een goede start

gemaakt met de implementatie.

Gedurende het project is dit projectplan de leidraad gebleven, met de vrijheid om met gemotiveerde keuzes er van af te wijken.⁵⁻¹⁵

Tijdens het implementatieproces heeft het invullen van de ontwikkelde formats gezorgd voor het overzichtelijk maken van de stappen, die de vakgroepen moesten maken om de invoering van de aanbevelingen gaande te houden.

Aanbevelingen

Voor het waarborgen van de geïmplementeerde aanbevelingen in het dagelijks handelen is het van belang om een vervolgtraject te beschrijven, waarin op detailniveau afspraken en plannen beschreven worden voor het tweede implementatiejaar. Daarin moeten

onderstaande aanbevelingen en knelpunten worden meegenomen. Ten eerste is de voortgang van de projectgroep 'Implementatie CP richtlijn' nodig, omdat het project nog niet voltooid is. De projectgroep en de multidisciplinaire implementatie hebben hun meerwaarde getoond in de samenwerking en afstemming tussen de vakgroepen, maar heeft tijdens de implementatie een grote tijdsinvestering gevraagd van alle betrokkenen en een complexe coördinatie van het project. Ten tweede is het aan te bevelen de samenwerking tussen de organisaties verder te optimaliseren. Uit de enquête bleek bij de medewerkers een verschil in het kennisniveau met betrekking tot kennis van en de ervaring met de beschreven aanbevelingen. Bovendien stond de samenwerking tussen met name de psychosociaal medewerkers van de beide organisaties nog in de kinderschoenen, waarbij eerst nog organisatorische afstemming moest plaatsvinden, voordat men met de inhoudelijke verdieping aan de gang kon gaan. De meeste aandacht is uitgegaan naar de diverse vakgroepen, waardoor de rol en de mening van de ouders/kinderen onvoldoende en te laat aandacht heeft gekregen. Hierdoor is het subdoel dat ouders minder onnodig belast zouden worden na de implementatie van de richtlijn niet behaald. De derde aanbeveling is om in het vervolgtraject de belasting van ouders in kaart te brengen en het helder te krijgen in welke mate en op welke wijze ouders betrokken willen worden bij de diagnostiek en de behandeling van hun kind. Ten vierde is vanwege de tijdsplanning het project na het schrijven van het projectplan binnen twee maanden van start gegaan. Hierdoor heeft er niet een optimale voorbereiding plaatsgevonden. Door het ontbreken van een bestaande enquête is een enquête opgesteld met als doel om de bekendheid van de richtlijn onder betrokken te peilen en het inzichtelijk maken van het

draagvlak voor de implementatie. Deze enquête heeft helder inzicht gegeven in het zeer grote draagvlak om de richtlijn te implementeren. Ook heeft de enquête helder inzicht gegeven in het startniveau van de bekendheid met de richtlijn. Doordat de enquête echter niet geheel voldoet aan wetenschappelijke eisen, bleken op de evaluatiemomenten enkele vragen niet eenduidig te interpreteren, waardoor er gegevens verloren zijn gegaan. Desondanks lijkt de enquête voldoende bruikbaar en is het aan te bevelen de evaluatiemomenten voort te zetten met de huidige enquête.

Ondanks het feit dat de implementatie van de richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van kinderen met een spastische CP' grotendeels is voltooid, zijn tot op heden de afspraken naar aanleiding van de aanbevelingen nog onvoldoende terug te vinden in de multidisciplinaire verslaglegging. Een vijfde aanbeveling voor het tweede implementatiejaar is, dat alle betrokkenen de aanbevelingen vanuit de richtlijn zichtbaar en structureel laten terugkomen in de (digi-tale) verslaglegging.

CONCLUSIE

Na een periode van één jaar zijn alle 42 behandelaars bekend met de aanbevelingen in de richtlijn met betrekking tot diagnostiek en behandeling van kinderen met een CP. Bij aanvang gaf 15% van de ondervraagden aan te handelen volgens de richtlijn en na het eerste implementatiejaar is dit gestegen naar 40% van de ondervraagden. Uit de enquête, afgenomen onder de fysiotherapeuten, blijkt dat de diagnostiek bij deze vakgroep nu uniform plaatsvindt.

De aanbevelingen zijn nog niet structureel terug te vinden in de verslaglegging. De periode van één jaar is te kort gebleken om de richtlijn volledig te verankeren in de dagelijkse praktijk. In het tweede implementatiejaar zal het accent liggen op het waarborgen en toetsen van de afspraken in de dagelijkse praktijk en in de verslag-

legging. Door de implementatie van de richtlijn is de samenwerking tussen de behandelaars van het CvR en PJF Mytyschool verstevigd. Er is met het beschrijven van dit implementatietraject een eerste aanzet gegeven om kennis te verspreiden met betrekking tot de implementatie van richtlijnen. Wanneer meer artikelen verschijnen over uitgevoerde implementatietrajecten, zal men met deze ervaringen in de toekomst sneller en efficiënter een nieuwe richtlijn kunnen implementeren.

Referenties

1. *Richtlijn Diagnostiek en behandeling van kinderen met spastische Cerebrale Parese. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO 2006.*
2. http://www.cbo.nl/product/richtlijnen/folder20021023121843/default_view
3. Conroy M, Shannon W. *Clinical guidelines: their implementation in general practice. Brit J Gen Pract; July 1995; 45: 371-375.*
4. Davis A, Davis MD, Taylor-Vaisey A. *Translating guidelines into practice. A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. Can. Med. Assoc. J; Aug 1997; 157: 408-416.*
5. Grol R, Wensing M. *Implementatie, effectieve verbetering in de patiëntenzorg. Maarsen; Elsevier Gezondheidszorg, 2001.*
6. Reitsma E, Empel F van. *Wegen naar verandering. Schoonhoven; Academic Service Schoonhoven, 2004: hs 5-6.*
7. Bouman J. *Tips en Tools voor managers. Zaltbommel; Thema Zaltbommel, 2001.*
8. Wijnen G, Renes W, Storm P. *Projectmatig werken. Utrecht; Het Spectrum, 2007.*
9. Metselaar EE, Cozijnsen AJ. *Van weerstand naar veranderingsbereidheid. Holland Business Publications, Utrecht 2005.*
10. Veenman R, Doorn A van. *Grondslagen van professionele com-*

- communicatie; *Interne communicatie*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten 1997.
11. Caluwé LIA de. *Denken over veranderingen in vijf kleuren*; uit *M&O*, 4, Aug 1998.
 12. Verhoeven W. *Managen zonder hiërarchie*. Baarn; Nelissen-Baarn, 1991; hs 8.
 13. Block P. *Feilloos adviseren*; Schoonhoven; Academic Service Schoonhoven, 1996; hs 8.
 14. Baarda DB, Goede MPM de. *Basisboek Methode en Technieken*. Houten; Educatieve partners Nederland BV, 1995.
 15. Bech K; *Verandermanagement*. Zaltbommel; Thema Zaltbommel, 2007.
 16. Grol R, Wensing M. *What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice*. *MJA* 2004; 180: 57-60.
 17. Flottorp S, Havelsrud K, Oxman AD. *Process evaluation of a cluster randomized trial of tailored interventions to implement guidelines in primary care- why is it so hard to change practice?* *Fam Pract* 2003; 20: 333-339.

WTR-Symposium: Botdeformiteiten & Brandwonden

22 september 2009, Leuven

T. Lenaers, C. Kiekens, H. Holtslag

Het 10-jarig bestaan van de Werkgroep TraumaRevalidatie (WTR) werd op gepaste wijze gevierd in Leuven, verzorgd door onze gastvrouw Carlote Kiekens. De volgende ochtend vond de gebruikelijke vergadering plaats in het revalidatiecentrum van UZ Leuven campus Pellenberg, na de lunch kregen wij een grondige en enthousiaste rondleiding.



's Middags vond een goed bezocht symposium plaats. De eerste spreker was prof.dr. Peter Reynders van de dienst Traumatologie van UZ Leuven. Kort gezegd kregen wij een update van de behandeling van botdefecten na breuken, 'een majeure uitdaging'. Bespreking van de basisprincipes, mogelijkheden van allogene en autologe transplantatie van bot. Een aantal specifieke transplantaties worden nader besproken en toegelicht aan de hand van casus. Capanna techniek: vrij gevasculariseerd fibula transplantaat. Reamed Irrigation Aspiration: uit bijvoor-

beeld de crista iliaca indien grotere hoeveelheden bot nodig. Techniek volgens Masquelet: botdefect opvullen met botcement, dit na 2 maanden verwijderen, waarna een gehypervasculariseerd membraan resteert, hetgeen een goede matrix oplevert, defect opvullen met bottransplantaat. Segmenttransport: Ilizarov of over een intramedullaire pen, dit laatste is aldaar ontwikkeld en behelst een hybride systeem wat met olie is gevuld, en verlengd, indien er onder druk olie wordt toegevoegd (welke uitzet ten gevolge van lichaamstemperatuur). Toekomst: reconstructie bot(delen) lichaam met gebruik van groeifactoren en hydroxyapatiet, gebruik mesenchymale stamcellen.

De tweede spreker was Mieke Anthonissen, kinesitherapeute van UZ Leuven. Actieve hydrotherapie in de revalidatie van brandwondenpatiënten. Inleiding waarin de gevolgen van brandwonden worden besproken zoals deconditionering, spierzwakte, contracturen, litteken, PTSS. De behandeltechnieken zijn nog weinig evidence-based, vandaar dat een onderzoek naar hydrotherapie (passief: thermaal kuren, litteken, actief: watertraining, fysieke training) is opgestart. Er volgt een videopresentatie met daarin het verhaal van 2 revalidanten: een vrouw met een deglovement van het linker been bedekt met huidtransplantaten en een man met brandwonden na motorongeval met ontvlamde benzinetank. In de video worden algemene behandelprincipes van littekenbehandeling getoond,

alsmede het actieve hydrotherapieprogramma en ervaringen van revalidanten.

De derde spreker was Rudi Deleus over de 'do's en don'ts' m.b.t. brandwonden. De gebruikelijke behandelingen met Furacine, Flammazine, Veloderm, Flaminal forte. Hydratatie van transplantaten met 3 dd amandelolie, Cica crème (niet onder drukpak). Behandeling van de droge huid en jeuk, antihistaminica, deppen, zachtjes kloppen, wisselbaden, luchtige kleding, drukkleding bij voorkeur dag en nacht, Stallastic en Nivea soft.

De vierde spreker, prof.dr. Johan Lammers van de dienst Orthopedie, beschreef vooral zijn ervaringen van de in 1992 helaas overleden Ilizarov. Deze methodiek is geschikt voor alle extremiteiten met een voorkeur voor de tibia. Geschikt voor lengteproblemen, hoekcorrecties en non-union. Hij had veel foto's, maar weinig aandacht voor functie. Tot slot besprak hij de bifocale distractie methodiek.

Tot slot liet onze collega dr. Henk van de Meent een video zien van zijn eerste patiënt met osseointegratie na een transfemorale amputatie met een hoop prothese fitting problemen. Patiënt liep aanzienlijk beter nadien. Fraai functioneel resultaat.

De volgende WTR-bijeenkomst is op vrijdag 9 april 2010 in RC Rijn- dam te Rotterdam in samenwerking met de Werkgroep Trauma Hersenletsel (WTH).

T. Lenaers, revalidatiearts De Hoogstraat, Utrecht
Mevrouw C. Kiekens, revalidatiearts Pellenberg, UZ Leuven, België
Dr. H. Holtslag, revalidatiearts De Hoogstraat en UMC Utrecht

Jaarverslag kerngroep 2009

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 2009 bestond de kerngroep uit Karlijn van Beek (Nijmegen), Roland Brandwijk (Den Haag), Liesbeth Corporaal (Amsterdam), Marlous van Disseldorp-Voorendt (Utrecht), Willemijn van Gils (Groningen), Esther Groot Zwaaftink (Arnhem), Esther Jacobs (Rotterdam), Mirjam Kouwenhoven (Enschede), Stefanie Kuppens (HET-circuit), Henk Meulenbelt (vertegenwoordiger AIOSKO's), Wietske Middelkamp (Zwolle), Véronique Moulaert (Limburg) en Daphne van Riet Paap (VuMC/Heliomare).

Vergaderingen

De kerngroep heeft in 2009 vijf keer vergaderd. De vergadering in augustus was gekoppeld aan de beleidsdag en vond plaats in Revalidatiecentrum de Hoogstraat. De andere vergaderingen vonden plaats in Vergadercentrum Vredenburg te Utrecht.

Belangenbehartiging

In 2009 waren kerngroepleden afgevaardigd naar de volgende gremia binnen de VRA: bestuur, buitenlandcommissie, concilium, kwaliteitscommissie, redactie Revalidata en website VRA, scholingscommissie, werkgroep capaciteit en wetenschappelijke commissie. Eén kerngroeplid vertegenwoordigde ons in de Landelijke Vereniging voor Medisch Specialisten in Opleiding (LVAG).

Beleidsdag

Gedurende de jaarlijkse beleidsdag, voorafgaand aan de reguliere kerngroepvergadering in augustus, heeft de kerngroep dit jaar ervoor gekozen te discussiëren over wat

voor haar belangrijke aandachtspunten voor de komende periode zullen zijn en hoe deze vorm te geven. Dit heeft geresulteerd in een beleidsplan 2010-2011, welke een vervolg is op het beleidsplan van 2005. In het beleidsplan worden 3 belangrijke aandachtspunten genoemd, te weten

1) implementatie van het opleidingsplan, 2) kwaliteit van de opleiding in bredere zin en 3) PR van het vak Revalidatiegeneeskunde en de kerngroep zelf. Omtrent bovenstaande aandachtspunten zijn plannen gemaakt, welke in het komende jaar verder worden uitgewerkt. In Revalidata zult u hiervan verder op de hoogte worden gehouden. Voor een uitgebreid verslag van deze beleidsdag verwijst ik naar Revalidata nr. 152, december 2009. Het beleidsplan 2010-2011 staat vermeld op de website van de VRA (www.revalidatiegeneeskunde.nl).

Modernisering opleiding

De vertegenwoordigers in het concilium zijn ook in 2009 actief betrokken geweest bij de modernisering van de opleiding middels het opleidingsplan BETER. Tevens waren zij betrokken bij de totstandkoming van het nieuwe specifieke besluit Revalidatiegeneeskunde, welke vanaf 2011 zal gelden.

Visitaties

De voormalig voorzitter, vice-voorzitter en voorzitter van de kerngroep namen plaats in de visitatiecommissie ad hoc van alle in 2009 verrichte opleidingsvisitaties.

Evaluatie scholingscommissie

Via de kerngroep wordt evaluatie

van het scholingsprogramma van de VRA gecoördineerd. Elke nascholing 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 2009 een bijdrage geleverd aan het op peil houden en waar mogelijk verbeteren van het scholingsprogramma. Tevens namen 2 leden van de kerngroep, welke afgevaardigd zijn in de scholingscommissie, deel aan de beleidsdag van de scholingscommissie t.a.v. het optimaliseren van het scholingsprogramma.

Diversen

De informatie van de kerngroep op de VRA-website werd verder ontwikkeld en geüpdate. In vrijwel alle nummers van Revalidata in 2009 werd een bijdrage van de kerngroep geplaatst over onderwerpen die leven onder AIOS. Uitwisseling van informatie tussen de opleidingscircuits en discussie over diverse problemen en ontwikkelingen in de circuits vond plaats tijdens de vergaderingen. In november 2009 namen 2 kerngroepleden deel aan de 'heidagen' van het VRA-bestuur, waarin gebrainstormd werd over de toekomstvisie van de Revalidatiegeneeskunde.

2010

In navolging van de landelijke KNMG carrièrebeurs in 2008 zal in februari 2010 opnieuw een KNMG carrièrebeurs plaatsvinden. In 2009 werd deelname van de kerngroep aan deze carrièrebeurs reeds voorbereid. Er zullen een aantal leden vanuit de kerngroep afgevaardigd

worden om samen met 3 revalidatieartsen/opleiders een stand te bemannen op de carrièrebeurs in februari 2010 en op deze wijze toekomstige AIOS te enthousiasmeren voor het vak Revalidatiegeneeskunde. Daarnaast zullen de leden van de kerngroep in februari 2010 aanwezig zijn bij de workshop 'Implementatie van het opleidingsplan', georganiseerd door het

concilium voor de opleiders. De vaste activiteiten zullen in 2010 gecontinueerd worden. Veel extra aandacht zal uitgaan naar de geformuleerde aandachtspunten van het beleidsplan 2010-2011; implementatie opleidingsplan, kwaliteit opleiding in bredere zin en PR Revalidatiegeneeskunde en kerngroep zelf.

Bij deze wil ik de leden van de kerngroep 2009 bedanken voor de inzet, het enthousiasme, het vertrouwen en de fijne samenwerking en de kerngroep 2010 veel successen bij alle verdere ontwikkelingen.

Wietske Middelkamp
Voorzitter kerngroep 2009

Rehabilitation Robotics

Stimulating restoration of arm function after stroke

G.B. Prange

Gerdienke Prange werd op 18 juni 1981 geboren in Aalten. Na het afronden van het Voortgezet Wetenschappelijk Onderwijs aan het Christelijk College Schaersvoorde in Aalten in 1999, is ze aan de Universiteit Maastricht de studie Gezondheidswetenschappen gaan volgen. Haar stage deed ze bij Roessingh Research & Development in Enschede, met als onderwerp het karakteriseren van loopgerelateerde aspecten op het gebied van spieractivatie en biomechanica van patiënten met multipale sclerose. Ze studeerde in 2003 cum laude af voor de afstudeerrichting Bewegingswetenschappen. Na haar afstuderen is ze gestart met haar promotieonderzoek bij Roessingh Research & Development, wat zich richtte op de mogelijkheden om robotica in te zetten voor de revalidatie van de armfunctie na een beroerte. Dit proefschrift is hier het resultaat van. Haar onderzoeksinteresses liggen met name op het gebied van neuromusculaire, biomechanische en klinische evaluatie van (technologische) interventies voor de revalidatie van mensen met neurologische aandoeningen.

SAMENVATTING

Een cerebrovasculair accident, ook wel CVA of beroerte, is een van de belangrijkste oorzaken van permanente invaliditeit. De jaarlijkse incidentie van CVA is ongeveer 250 nieuwe gevallen per 100.000 personen in zowel Nederland als in de Verenigde Staten. Een CVA kan leiden tot beschadiging van de zenuwbanen van de hersenen naar het ruggenmerg en tot een verminderde integratie van sensorische en motorische informatie tijdens het plannen van motorische taken, wat een selectieve activatie van spierweefsel bemoeilijkt. Op motorisch gebied kan dit resulteren in symptomen zoals spierzwakte, spasticiteit en een verminderde coördinatie van bewegingen, naast sensorische, cognitieve en psychologische symptomen. Met betrekking tot de bovenste extremiteit veroorzaakt een beperkte arm- en handfunctie in ten minste 60% van de CVA-patiënten aanzienlijke beperkingen in activiteiten van het dagelijks leven.

Om effectieve therapeutische interventies voor CVA-revalidatie te identificeren, is de laatste decennia in toenemende mate nadruk gelegd op 'evidence-based' fysiotherapie (gebaseerd op wetenschappelijk bewijs), naast een toenemende mate van onderzoek naar principes van motorisch herleren en processen van corticale reorganisatie. Dit heeft geleid tot een aantal sleutelaspecten, die het mogelijk maken om herstel van de armfunctie na een CVA te stimuleren: actieve initiatie en uitvoering

van bewegingen, hoge trainingsintensiteit en toepassing van functionele oefeningen. Door technologische innovaties kunnen specifieke interventies ontworpen worden met het oog op deze sleutelaspecten. Een veelbelovende toepassing is het gebruik van revalidatiebots als aanvulling op conventionele therapie. Robotische apparaten kunnen worden geprogrammeerd om op een slimme manier kracht te leveren. In passieve modus legt het robotische apparaat een beweging op door de arm van de patiënt langs een van tevoren gepland traject te leiden. In actief-assistieve modus biedt de robot assistentie om de beweging te voltooien. In actief-resistieve modus geeft de robot weerstand tegen de beweging die de patiënt actief uitvoert. Deze verschillende therapiemodaliteiten stimuleren het neuromusculaire systeem in meer of mindere mate. Het is nog onbekend of de manier waarop robot-gesteunde therapie heden ten dage wordt toegepast de optimale benadering is om maximale verbeteringen in armfunctie te bewerkstelligen. Het maximaliseren van de functionele onafhankelijkheid na een CVA kan zowel via herstel van verminderde neurale functie (stimulering van corticale reorganisatie), alsook door toepassing van compensatiestrategieën om de verloren gegane functie te passeren. Veel interventies richten zich op het niveau van de neuromusculaire aansturing, wat tot veranderingen in de spieractivatie kan leiden. Door veranderingen in spieractivatie naar aanleiding van de toepas-

sing van robotische apparaten te evalueren, kunnen wellicht de waardevolle aspecten van verschillende robotische benaderingen worden bepaald. Zulke informatie kan ook helpen te begrijpen op welke mechanismen van herstel de toepassing van robotische apparaten aangrijpt. Deze inzichten kunnen dan worden aangewend om effectieve toepassingen van robotische apparaten te identificeren en om te bepalen hoe de meest waardevolle aspecten kunnen worden ingezet in de revalidatie, zodat optimale resultaten kunnen worden behaald. Het doel van het onderzoek in dit proefschrift is dan ook het verkrijgen van een beter begrip van de invloed van verschillende therapiemodaliteiten van revalidatierobots op de neuromusculaire aansturing van armbewegingen van CVA-patiënten. Een systematisch overzicht van de bestaande literatuur laat zien dat robot-geassisteerde therapie de motorische aansturing van de getrainde proximale arm van zowel sub-acute als chronische CVA-patiënten kan verbeteren. Alhoewel deze bevindingen aangeven dat de toepassing van revalidatierobots veelbelovend is, misschien zelfs beter dan conventionele therapie, kunnen de meest effectieve toepassingen en de onderliggende mechanismen niet worden onderscheiden. Naast passieve, actief-assistieve en actief-resistieve modaliteiten integreren de meeste robotische apparaten arondersteuning in hun ontwerp. Dit basale aspect wordt vaak niet beschouwd als een opzichzelfstaande therapiemodaliteit van het apparaat en wordt dan ook niet gecontroleerd als onderdeel van het therapieprotocol. Onderzoek heeft aangetoond dat alleen de toepassing van arondersteuning al in staat is om armbewegingen te beïnvloeden. Dit wijst erop dat, naast de mate van assistentie door de robot, alleen ondersteuning van de arm tegen de zwaartekracht al een bijdrage kan leveren aan het effect van robot-geassisteerde therapie. Derhalve wordt zwaarte-

kracht compensatie als uitgangspunt genomen voor volgende experimenten. Schouderrelevatie en elleboogflexie zijn vaak gekoppeld in chronische CVA-patiënten, wat kan leiden tot onwillekeurige belemmeringen in een geïsoleerde bewegingsaansturing, ook wel abnormale koppeling genoemd. Wanneer de hoeveelheid schouderrelevatie, benodigd om de arm op te tillen, verminderd wordt door arondersteuning, neemt de gelijktijdige, gekoppelde elleboogflexie af, wat resulteert in een grotere elleboogextensie tijdens 2D reikbewegingen, waarbij de arm op schouderhoogte wordt gehouden. Echter, uit dit onderzoek wordt niet duidelijk welke neurofysiologische mechanismen betrokken zijn, vooral in het geval van natuurlijke reikbewegingen die lijken op activiteiten in het dagelijks leven. De cross-sectionele experimenten beschreven in het proefschrift geven aan dat alleen de toepassing van zwaartekrachtcompensatie al de neuromusculaire aansturing van functionele armbewegingen beïnvloedt. Met zwaartekracht compensatie nam de mate van spieractivatie van meerdere spieren tijdens reikbewegingen met een vaste amplitude af in zowel gezonde ouderen, als mild tot matig aangedane CVA-patiënten. De bewegingsuitvoering was vergelijkbaar in beide condities en ook het patroon van spieractivatie was onveranderd in zowel gezonde ouderen als CVA-patiënten. Daarnaast is het opmerkelijk dat geen aanwijzingen van een verminderde abnormale koppeling tussen de schouder en elleboog zijn gevonden. Zelfs wanneer weerstand tegen schouderrelevatie wordt gegeven tijdens opwaarts reiken door mild en matig aangedane CVA-patiënten, wees niets op de aanwezigheid van zo'n abnormale koppeling. Dit is waarschijnlijk gerelateerd aan een combinatie van de mate van aangedaanheid na de CVA en de submaximale aard van de bewegingstaken, die activiteiten van het dagelijks leven weerspiegelden,

zodat slechts een beperkt schouderrelevatie-moment gegenereerd hoefde te worden. Ondanks dat de rol van abnormale koppeling tijdens functionele reikbewegingen, en de relatie met zwaartekrachtcompensatie, nog onduidelijk is, geeft de instantane faciliterende invloed van zwaartekrachtcompensatie in mild tot matig aangedane CVA-patiënten aanwijzingen voor een mogelijk voordeel van toepassing op de langere termijn. Intensieve stimulatie van neuromusculaire activatie tijdens bewegingen met ondersteuning zou verbeteringen in reiken zonder ondersteuning kunnen veroorzaken. Dit gaf aanleiding om een studie uit te voeren waarin zwaartekrachtcompensatie als trainingsinterventie wordt toegepast. Na 6 weken reiktraining met zwaartekrachtcompensatie werd een verbeterd reiken zonder ondersteuning vergezeld van een toegenomen activatie van agonisten, vooral rond de elleboog, in de meerderheid van de mild, matig en ernstig aangedane, chronische CVA-patiënten. Dit wijst erop dat een meer nadrukkelijke activatie van agonisten een prominente rol speelt bij de verbetering van submaximale, natuurlijke reikbewegingen. Dit impliceert herstel van de verminderde neurale functie bij de verbetering van de armvaardigheid, naast een mogelijke rol van compensatiestrategieën om de verloren gegane functie te passeren. Volgens deze bevindingen zouden interventies voor het verbeteren van functioneel reiken dan ook met name gericht moeten zijn op het (on)vermogen om agonisten te activeren, in plaats van het verminderen van een abnormale koppeling tussen de schouder en elleboog. Ter verbetering van de armvaardigheid na een CVA doen op dit moment robot-geassisteerde therapie, zwaartekrachtcompensatie-training en conventionele revalidatie niet voor elkaar onder. Een voordeel van robot-geassisteerde therapie en zwaartekrachtcompensatie-training boven

conventionele revalidatie is de mogelijkheid om de behandeling te automatiseren (een therapeut kan meerdere patiënten tegelijk behandelen), zodat de productiviteit van de gezondheidszorg kan toenemen en de kosten kunnen worden gereduceerd. Aangezien de effecten van deze beide interventies vergelijkbaar zijn, lijkt de 'low-tech' toepassing van zwaarte-krachtcompensatie meer geschikt voor implementatie in de praktijk dan 'high-tech' apparaten. Daarnaast is het aannemelijk dat

zwaartekrachtcompensatie het actief inzetten van de arm tijdens training meer bevordert dan robotische apparaten dat doen. Herstel van armfunctie kan verder worden gestimuleerd door 'augmented' (extrinsieke) feedback toe te voegen aan bestaande technologische interventies, op zo'n manier dat zoveel mogelijk rekening gehouden wordt met de sleutelaspecten, die motorisch herleren kunnen stimuleren. Verder is het essentieel om niet alleen de proximale arm te trainen, maar ook de pols en

hand te betrekken in functionele training om optimale resultaten te kunnen bereiken. Speciale belangstelling voor toekomstig onderzoek gaat uit naar hybride therapeutische systemen, waarin robotica, neuromusculaire stimulatie en virtuele omgevingen worden gecombineerd om het herstel van de arm te maximaliseren, zodat CVA-patiënten een zo groot mogelijke onafhankelijkheid in het dagelijks leven kunnen behalen.

Prognostic factors and underlying mechanisms in chronic low back pain

Marije van der Hulst werd op 15 mei 1974 geboren te Groningen. Van 1986 tot 1988 doorliep zij de middelbare school aan het Menso Alting College te Hogeveen, van 1988 tot 1992 aan het Maartenscollege te Haren en sloot af met haar gymnasium diploma. Tijdens haar studie Geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Groningen heeft ze onderwijs gegeven aan medestudenten en diverse buitenlandse wetenschappelijke stages gevolgd. In 1999 behaalde ze haar artsexamen met het predicaat cum laude. Na werkzaam geweest te zijn als arts-assistent neurologie in het Universitair Medisch Centrum te Nijmegen, vervolgde zij haar weg in de Revalidatiegeneeskunde. In 2001 startte zij met de opleiding tot revalidatiearts in revalidatiecentrum 'Het Roessingh' in Enschede, welke in 2002 werd gecombineerd met een promotietraject bij Roessingh Research and Development ('aiosko'). Tijdens de opleiding organiseerde zij het circuit-gebonden onderwijs voor de revalidatieartsen in opleiding en was zij landelijk vertegenwoordiger van de aiosko's Revalidatiegeneeskunde. In 2007 behaalde zij bij het instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek haar Master of Epidemiology, toegekend door de Vrije Universiteit te Amsterdam. Momenteel werkt Marije als revalidatiearts in de Sint Maartenskliniek en het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis te Nijmegen met als aandachtsgebied de Neurologische Revalidatie.

Op 6 november 2009 heeft Marije Vos-van der Hulst, revalidatiearts (voorheen in opleiding in Revalidatiecentrum het Roessingh en onderzoeker aan Roessingh Research and Development), haar promotie onderzoek afgesloten met het verdedigen van haar proefschrift aan de Universiteit Twente. Het proefschrift is getiteld: 'Prognostic factors and underlying mechanisms in chronic low back pain.' Aspecifieke chronische lage rugpijn wordt veelal benaderd vanuit een biopsychosociaal perspectief en behandeld in multidisciplinaire setting. Om de effectiviteit van revalidatie behandeling te vergroten is er echter meer inzicht nodig in de biopsychosociale kenmerken van patiënten met chronische lage rugpijn. Zo zal kennis van voorspellende factoren en onderliggende mechanismen bijdragen aan een betere fit van een patiënt aan een specifieke behandeling. Uit het proefschrift blijkt dat zowel de hoeveelheid pijn als gedachten en omgang met pijn (coping strategieën) belangrijke voorspel-

lende factoren zijn voor uitkomst van een revalidatie behandeling. De voorspellende waarde is echter vrij laag. Dit betekent dat er onvoldoende bewijs is om de clinicus een bruikbaar instrument te geven om de patiënt vóór aanvang te selecteren voor de meest geschikte behandeling. Daarnaast is er bewijs gevonden voor fysieke veranderingen in patiënten ten opzichte van proefpersonen zonder pijn. Bij patiënten is de activiteit van de oppervlakkige rug en buikspieren tijdens lopen verhoogd. De hoeveelheid rugspieractiviteit blijkt bovendien gerelateerd aan de gedachten over- en omgang met de pijn. Patiënten met negatieve gedachten over de pijn vertonen meer spierspanning en die met afleidende gedachten en gedrag een betere ontspanning. Deze verhoogde spierspanning ('guarding') kan enerzijds een als beschermingsmechanisme voor de rug zijn, of anderzijds een mechanisme dat chronische pijn in stand houdt.

Schoenen maken is een vak

M. Reinkingh, W. van Gils, C. Rommers

HET NIEUWE LEREN

In het leerplan BETER wordt naast het overdragen van medisch inhoudelijke kennis in de kerncompetenties ook aandacht gevraagd voor de competentie: professioneel handelen en samenwerken. Niet alleen met zorgprofessionals, maar ook met orthopedisch technici.

Vanuit de opleidingsgroep werd in overleg met de orthopedisch schoenmakers gezocht naar een andere manier om ook vaardigheden over te dragen buiten de ziekenhuismuren in een real life skills lab: de orthopedische schoenmakerij.

De AIOS doen in Groningen wettelijk schoenenspreekuur met de orthopedisch schoenmaker van de OIM. Een zeer leerzaam spreekuur, maar toch ontbrak er iets... Wat gebeurt er tussen het maken van het schoenrecept in de spreekkamer tot het afleveren van

de schoen? Welke onderdelen zitten er allemaal in de schoen? Waar maak je een contrefort van en hoe ziet dit eruit? Hoe maak je eigenlijk een leest? Door al deze vragen ontstond er tijdens dit spreekuur op de donderdagmiddag in het UMCG het plan om zelf schoenen te gaan maken. Dit plan werd enthousiast opgepakt door de schoenmakers. Er werd een cursus georganiseerd van drie avonden en één dag, waarin we onze eigen orthopedische maatschoenen gingen maken.

Met een groep van 8 arts-assistenten en 2 revalidatieartsen gingen we aan de slag, onder leiding van een enthousiaste groep schoenmakers.

De eerste avond bestond uit het maat nemen bij elkaar. De meest afwijkende voeten moesten gegipst worden om een ondersteunende en corrigerende inlay te maken.

De tweede avond waren de leesten en de plastic passchoenen klaar. Toen hebben we geleerd hoe de pasvorm gecontroleerd wordt en hoe je aanpassingen kunt doen aan de leest om de voetproblemen te corrigeren (figuur 1). Na het passen mochten we model en kleur kiezen. We leerden hoe je het model van de schoen op de leest tekent. Door de vrijwel onbeperkte keus in model en kleur hadden sommigen het hier erg moeilijk mee. Dat is iets waar je in de spreekkamer niet zo van bewust bent.

De derde bijeenkomst was een hele dag, waarbij we met 1 schoenmaker per 2 assistenten de schoenen in elkaar hebben



Figuur 2. Het blijft toch handwerk.

gezet. Alle geheimen van de orthopedische schoen werden onthuld: van contrefort tot biesjes en een heel aantal nieuwe begrippen zoals schalmen (het plaatselijk dunner maken van het leer voor een gelijkmatige overgang), omboeken (randen omvouwen en lijmen voor een mooie afwerking), oppennen (het leer over de schacht spannen) en bezetsels. Duidelijk werd hoeveel tijd en vakmanschap er in een schoen gaat zitten (figuren 2 en 3). Vaak moest ons 'amateur werk' gecorrigeerd worden door de schoenmakers. Aan het eind van de dag waren de schoenen bijna gereed, op enkele zolen en hakken na.



Figuur 3. Oppennen en plakken.



Figuur 1. Leest op de blauwdruk met maten.

Mevrouw M. Reinkingh, AIOS revalidatiegeneeskunde, Afdeling revalidatiegeneeskunde, UMC Groningen

Mevrouw W. van Gils, AIOS revalidatiegeneeskunde, Afdeling revalidatiegeneeskunde, UMC Groningen

C. Rommers, revalidatiearts, Afdeling revalidatiegeneeskunde, UMC Groningen

De laatste bijeenkomst was spannend. De schoenmakers hadden de schoenen afgemaakt en alleen de leesten moesten er nog uit worden gehaald (het uitleesten). Dit bleek niet altijd gemakkelijk. Het leverde heel wat zweetdruppels op, met name bij de laarsmodellen.

Het eindresultaat van de cursus waren 10 paar prachtige maatschoenen (figuur 4). De cursus heeft veel inzicht gegeven in het maken van een orthopedische



Figuur 4. Een mooi resultaat.

schoen, maar het was ook heel gezellig. Door het hele proces van het maken van een schoen te hebben meegemaakt, kun je gemakkelijker met de orthopedisch schoenmaker overleggen over de mogelijke veranderingen aan de schoen. Samenwerken en samen nadenken over schoenaanpassingen krijgt zo een andere inhoud. De cursus is een hele waardevolle bijdrage geweest voor de opleiding.

Verbetermogelijkheden voor het opleidingsklimaat en supervisie

Een voorbeeld uit de praktijk

H. Hacking, A. Visser-Meily

INLEIDING

Aangestuurd vanuit het COBG (College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg) zijn er afgelopen jaren diverse innovatieve projecten, gericht op het verbeteren en vernieuwen van de structuur van beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg, geïnitieerd. Dit heeft er onder andere toe geleid dat door het CCMS (Centraal College Medische Specialismen) uitgangspunten voor modernisering van de medisch specialistische opleidingen zijn geformuleerd. Hiervoor zijn 7 competenties geformuleerd, die iedere in Nederland werkzame medisch specialist moet bezitten. De competenties zijn afgeleid van de Canadian Medical Education Directives for Specialists 2000 (CanMEDS 2000). In het CanMEDS model gaat het om zeven elkaar overlappende rollen, waarbij de rol als 'medical expert' (medisch handelen) de centrale integrerende rol vertegenwoordigt. De overige zes rollen uit CanMEDS met de overeenkomende competentiegebieden in het Nederlandse systeem zijn 'communicator' (communicatie), 'collaborator' (samenwerken), 'manager' (organisatie), 'health advocate' (maatschappelijk handelen), 'scholar' (kennis en wetenschap) en 'professional' (professionaliteit). Zie ook www.cobg.nl.

Om deze competenties in de dagelijkse opleidingspraktijk efficiënt en effectief te leren, is het voor de aios belangrijk dat er een goed functionerende opleidingsgroep (supervisors en opleiders) bestaat, die onderling afstemmen hoe de 7 rollen tijdens de opleiding aan bod komen. Om de didactische vaardigheden van opleiders en supervisors te verbeteren, bestaat er de mogelijkheid om de 'teach de teacher' opleiding gezamenlijk of individueel te volgen.

H. Hacking, opleider, Opleidingscircuit RC De Hoogstraat, Utrecht, Universitair Medisch Centrum Utrecht, St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein

A. Visser-Meily, plaatsvervangend opleider, Opleidingscircuit RC De Hoogstraat, Utrecht, Universitair Medisch Centrum Utrecht, St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein

NIEUW INITIATIEF: PRAKTIJK VOORBEELD

In ons opleidingscircuit (RC Hoogstraat, UMCU, St. Antonius Ziekenhuis) bleek bij de opleiders/supervisors ook de behoefte te bestaan om praktische ervaringen rondom het opleiden laagdrempelig bespreekbaar te maken. Het uiteindelijke doel hiervan is dat de aios op elke werkplek op dezelfde wijze wordt benaderd bij het zich eigen maken van de 7 competenties.

Er is nu 1 uur in de 2 maanden vrij gemaakt om met alle opleiders en supervisors opleidinggebonden 'casuïstiek' te bespreken. Er wordt steeds aan andere supervisors gevraagd om 'casuïstiek' voor te bereiden en te presenteren. Het kan hierbij zowel gaan om ervaren knelpunten tijdens het opleiden alsook positieve ervaringen met een bepaalde aanpak/benadering.

Voorbeelden, die aan bod zijn gekomen:

– Een supervisor vraagt aan de aios om een reflectieverslag te schrijven over een afdelingsbijeenkomst. Dit omdat de supervisor ervaren had, dat het schrijven van een reflectieverslag (over een bijeenkomst waar de strategie van de afdeling werd besproken) door een physician assistent in opleiding een duidelijke bijdrage had geleverd aan het zich eigen maken van een aantal competenties (o.a. samenwerken, organisatie). Echter, de aios geeft aan, dat zij bij de vorige supervisors dit nooit eerder heeft hoeven te doen en er nu daarom weinig voor voelt dit verslag te gaan maken. Aan de hand van dit voorbeeld werd gesproken over:

- Wat is de toegevoegde waarde van het maken van een reflectieverslag door de aios (wanneer is een reflectieverslag zinvol en wat is het doel hiervan)?
- Kunnen we hier als opleiders/supervisors één lijn in trekken?
- Hoe ga je om met de weigering van de aios iets te doen, dat je als opleider/supervisor voor de opleiding belangrijk vindt?
- Een aios vraagt binnen een bepaalde stage meer vrij, meer studiedagen en langer vakantie. Op de vorige werkplek deden ze daar nooit moeilijk over. Ook op andere gebieden (samenwerking, communicatie) heeft de supervisor het gevoel dat regelmatig de grenzen worden opgezocht. De aios heeft hiervoor steeds goede argumenten. De supervisor heeft mede hierdoor moeite met de eigen grenzen aan te geven.
- Hoe trek je als opleidingsgroep één lijn wat betreft vrije dagen?
- Hoe kun je dit specifieke gedrag van een aios het beste benaderen?
- Wat kan de individuele opleider/supervisor qua assertiviteit leren?

Deze bijeenkomsten worden enthousiast bezocht en geven aanleiding tot veel onderlinge discussie. Tijdens de discussie wordt vooral gefocust op de attitude en werkwijze van de opleiders en supervisors zelf: wat werkt wel en wat kun je beter niet doen. Wij hebben het idee, dat hiermee de didactische vaardigheden van de supervisors worden vergroot en dat de onderlinge afstemming bij het opleiden van de aios is verbeterd. Het biedt ook een handvat om vroegtijdig problemen met een aios of afdeling te bespreken en het beleid hierop onderling af te stemmen.

In Memoriam Wilbert Nieuwstraten (1950 – 2010)

‘HET KAN OOK ANDERS’

Zo was de aankondiging van het geplande afscheidssymposium op 5 februari voor Wilbert Nieuwstraten. Hij zou met vervroegd pensioen gaan. Het liep helaas heel anders. Op 11 januari, één van zijn laatste werkdagen, is hij op de fiets richting huis onwel geworden en overleden. Met deze verbijsterende gebeurtenis verliezen we in hem een warm mens, een betrokken collega, een dokter die altijd voor zijn patiënten klaar stond. De titel van het symposium was Wilbert op het lijf geschreven. Hij zocht voor zijn patiënten niet de makkelijkste, maar de beste oplossing. Voor hem niet alleen de gebaande wegen, maar ook altijd oog voor niet-conventionele wegen om hoe dan ook oplossingen te vinden voor het probleem van de patiënt. Zijn levenswijze, zijn *Daily Living*, was diep geworteld in het gevoel, dat elk mens het waard is moeite voor te doen.

Door een student-assistentschap op de afdeling Revalidatie van de VU raakte hij in 1973 intensief betrokken bij de Commissie VU voor Vietnam. De VU had toegezegd de revalidatieafdeling op te zetten van het Academisch Ziekenhuis in Vietnam, dat door Medisch Comité Nederland Vietnam was gebouwd. Hij realiseerde zich het belang van vaardigheidstraining los van taal en cultuur, in een land waar naast vele lokale dialecten, na de oorlog ook Amerikaans, Russisch en Chinees werd gebruikt. Dit bracht hem op het idee van taallose films, die via de Stichting Film en Wetenschap werden gerealiseerd voor fysiotherapeuten en voor prothesemakers. In 1977 plande hij samen met de afdeling Revalidatie een creatief en efficiënt curriculum voor training van 10 Vietnamese artsen tot revalidatiearts. Vanaf deze tijd dateert zijn lidmaatschap van de Werkgroep Transculturele

Revalidatie, waar hij zijn plannen bediscussieerde.

Na zijn opleiding in Den Haag en Delft is hij 5 jaar werkzaam geweest in Kenia. Bewust als revalidatiearts, als specialist, omdat dat meer mogelijkheden gaf om deuren te openen om plannen tot uitvoer te brengen.

Teruggekeerd uit Kenia kwam hij weer bij Sophia Revalidatie werken. De ervaringen die hij meebracht waren in de multiculturele regio Den Haag zeer waardevol. Hij begreep de invloed van ziekte en beperkingen bij een patiënt met een niet-westerse achtergrond en probeerde dit over te brengen op de diverse werkers in de gezondheidszorg. Niet alleen bij Sophia, maar ook in de diverse verpleeghuizen waar hij consulent was. Zijn ervaring kon hij ook goed kwijt in de basiscursus ‘Transculturele Revalidatie’ van de VRA.

Daarnaast zette hij zich in voor de oudere CP-patiënt met spasticiteitsproblemen. In de kinderrevalidatie is spasticiteit vol in de aandacht, maar in de loop van het leven van deze patiënten komen er nieuwe problemen in de mobiliteit en daarmee het functioneren in de maatschappij. Deze oudere groep was destijds minder in beeld in de revalidatie voor volwassenen. Wilbert heeft zich er altijd hard voor gemaakt, dat de volwassen CP-ers de aandacht kregen die nodig was. Als uitloeijsel hiervan kan de rol gezien worden, die Wilbert gespeeld heeft bij de aanzet tot het Transitieonderzoek in het Erasmus MC.

Het derde speerpunt voor hem was de cognitieve revalidatie. Juist

die onzichtbare aandoeningen, die ingrijpend zijn in het leven van de patiënt en zijn naasten. Hij heeft niet alleen in Sophia veel gedaan aan het scholen van de behandelers, maar ook elders. Hij is voor Sophia parttime gaan werken om voor het ITON scholingsprogramma's te gaan ontwerpen; tevens was hij daar één van de belangrijkste docenten. Scholing, kennis overbrengen was een grote passie van Wilbert. De cursussen bleven niet beperkt tot de revalidatieteams in ziekenhuizen en revalidatiecentra, maar worden ook gegeven in verpleeghuizen en zorginstellingen.

Het is onbegrijpelijk en moeilijk te accepteren dat zo'n actief leven zo plotseling eindigt. Voor Toos en de kinderen, voor ons allemaal. Wilbert bruide van de plannen na zijn pensioen. Eindelijk tijd en ruimte om, samen met Toos, nieuwe plannen te ontwikkelen, onder andere gericht op de niet-westerse landen. Daarnaast meer tijd voor het ITON, waar hij nauw mee verbonden wilde blijven. Het gemis is groot, voor zijn familie en vrienden, voor de collega's, voor allen die met hem op weg zouden om zijn toekomstige plannen vorm te geven.

Het symposium zal alsnog doorgang vinden op een later moment dit jaar, met aandacht voor de drie onderwerpen, die Wilbert zo na aan het hart lagen.

*Henk Arwert
Fons van Dijk
Thilde Rol*

Veranderen en jezelf blijven

Prof. dr. L.H.V. van der Woude

Op 15 december 2009 aanvaardde prof. dr. Lucas H.V. van der Woude het ambt van hoogleraar 'Bewegen, revalidatie en functieherstel' bij de disciplinegroep Bewegingswetenschappen van het Universitair Medisch Centrum Groningen van de Rijksuniversiteit Groningen.

Wij danken Lucas van der Woude voor het toezenden van zijn inaugurele rede getiteld 'Veranderen en jezelf blijven'.

De samenvatting van deze rede drukken wij hierbij af.

Revalideren is veranderen, door de aandoening, het oefenen en leren, door de tijd, bij voorkeur met behoud van individuele eigenheid. Bewegen is de kern van ons functioneren. Bewegings- en revalidatiewetenschappen hebben dan ook veel gemeen. Optimaliseren van bewegen – en daarmee het functioneren – is een kerndoel in de revalidatie, bij voorkeur gestuurd vanuit theorie en wetenschappelijk evidentie. Wanneer het cyclische bewegingen betreft, zoals lopen, rennen, fietsen of rolstoelrijden, is het model van de vermogensbalans, waarin fysiologie en biomechanica worden gecombineerd, een bruikbaar uitgangspunt. Mechanische efficiëntie is daarin een sleutelbegrip en kan iets zeggen over effecten van motorisch leren en trainen, over talent en vaardigheid, maar ook over de afstemming van een hulpmiddel zoals bv een rolstoel op de functiekenmerken van de persoon. Mechanische efficiëntie is echter een 'blackbox': wat er in detail verandert in ons lichaam bv door leren of trainen en

waardoor, is niet direct duidelijk. Dit inzicht vereist studie van de onderliggende bewegingsuitvoering, de wijze van krachtleverantie, de aansturing van spieren en ledematen, de rol van het brein hierin, maar ook van aspecten van lokale vermoeidheid en herstel, en bv het persoonlijk welbevinden. Zowel model- en laboratoriumonderzoek als ook studie in het revalidatieveld en de aangepaste sport – vaak vanuit een multidisciplinair referentiekader – moet bijdragen aan het begrijpen van functieherstel, revalidatiestrategie en optimaal bewegen. De gebundelde expertise van discipline-groepen Bewegingswetenschappen, Revalidatiegeneeskunde en Sportgeneeskunde van het UMCG maakt een Expertisecentrum voor Sport en Handicap mogelijk. De noodzaak tot een gezonde actieve leefstijl en het gezond-ouder-worden, juist ook (ex-) revalidanten, maar ook de vraag naar deskundige begeleiding in de aangepaste top- en breedtesport, maken een dergelijk centrum gewenst.

Tips and tricks: oplossingen voor alledaagse praktische problemen

In het decembernummer 2009 van *Revalidata* verscheen de eerste aflevering van 'Tips en Tricks': oplossingen voor alledaagse praktische problemen. Reacties op de gepubliceerde tips zijn uiteraard van harte welkom. Graag roep ik ook de lezers van *Revalidata* op om nieuwe tips en tricks aan te dragen, zodat we hopelijk deze rubriek een aantal jaren in de lucht kunnen houden.

TIP 3:

Patiënten die het schoenenspreekuur bezoeken, klagen wel eens over een pijnlijke plek, een wondje of eeltvorming op hun voet. Het lijkt er dan op dat het binnenwerk van de schoen de oorzaak is van het probleem. Het is echter moeilijk om dit nauwkeurig vast te stellen, omdat je niet door het leer kunt kijken en dus niet kan bepalen waar het pijnlijke plekje of de wond de binnenzijde van de schoen raakt.

Oplossing:

Maak met een lipstick (de kleur is natuurlijk niet belangrijk) een cirkel rond de pijnlijke plek of het wondje. Laat de schoen zonder sokken weer voorzichtig aantrekken, sluit de veters en druk het leer van de schoen tegen de voet. Na het uittrekken van de schoen is er op het binnenwerk een afdruk van de lipstick te zien en kan de exacte oorzaak van de klachten worden vastgesteld en het probleem worden opgelost.

Berg de lipstick zodanig op dat u of uw collegae niet het risico lopen deze opnieuw te gebruiken om er nog aantrekkelijker uit te zien.

Bron: Henk Stam

P.S.: lipstick is overigens ook goed te gebruiken bij vergelijkbare problemen in prothese of orthese.

TIP 4:

Revalidatieartsen geven regelmatig een intra-articulaire injectie in het schoudergewricht. Hoewel dit één van de eenvoudigste intra-articulaire injecties is, ben je er niet altijd zeker van dat de injectie ook werkelijk in het gewricht heeft plaatsgevonden en dat de vloeistof intra-articulair gespoten is. Nog erger wordt het wanneer ook de patiënt niet helemaal zeker is van de doeltreffendheid van de dokter.

Oplossing:

Uiteraard kunnen intra-articulaire injecties in de schouder ook gegeven worden onder doorlichting of onder echografiebegeleiding. Niet in alle omstandigheden is dit echter praktisch haalbaar. Ontkoppel na het ledigen van de spuit in het gewricht de spuit van de naald. Zuig 1-2 ml lucht in de spuit en plaats deze weer op de naald die in situ is gebleven. Spuit de lucht in het gewricht wanneer de patiënt zijn/haar schouder beweegt hoor je een knisperend / soppend geluid en ben je er zeker van dat de corticosteroiden in het gewricht zijn terecht gekomen. Ook de patiënt hoort dit magische geluid en laat zich nu ook makkelijker overtuigen dat u een vaardige arts bent. Het duurt soms wel 24 uur voordat de lucht volledig is gesorbeerd en het geluid niet meer opwekbaar is.

Bron: Jan Mens

Van het bestuur

De afgelopen maanden zijn er weer diverse activiteiten geweest en zijn diverse zaken te vertellen. De vereniging bruist van de activiteiten en van het bestuur derhalve weer diverse mededelingen.

VRA-BUREAU

Inmiddels heeft u kunnen vernemen dat mevrouw J. Landheer, beleidsmedewerker van de VRA en leidinggevende van het VRA-bureau, helaas per medio april de VRA gaat verlaten. Na een periode van 10 jaar voor de VRA neemt mevrouw Landheer ontslag. Naast de persoonlijke situatie hebben de ontwikkelingen binnen de VRA haar doen besluiten, dat het tijd wordt voor andere dingen. De wervingsprocedure voor het aantrekken van een directeur voor het VRA-bureau is volop bezig, er is goede hoop dat we tijdig een opvolger vinden. Ondertussen is er extra ondersteuning ingehuurd in de persoon van mevrouw H. Vermeulen. O.a. de sollicitatieprocedure en ondersteuning van beleidsvoorbereiding zit in haar takenpakket. Daarmee is een deel van het formatietekort opgevangen voor de komende periode.

STRATEGIEDAGEN VRA EN ORGANISATIEADVIES

Op 19 en 20 november werd onder voorzitterschap van de heer Kick Visser, voormalig bestuurder van RN, een uitgebreide analyse verricht van wat enerzijds de buitenwacht aan ons (als VRA en als revalidatiegeneeskundigen) vraagt

en anderzijds wat we als beroepsgroep vinden wat de kern van ons vak is ('grenzen aan ons vak'). Speerpunten werden in een notitie vastgelegd, er is een 'VRA Kompaswijzer 2010' opgesteld. Op basis van deze kompaswijzer zal het beleid verder worden aangescherpt. De grenzen van ons vak werden nader uiteengezet, waarbij de conclusie wordt getrokken, dat er duidelijke consensus is over 'de kern van ons vak' (gevolgen van aandoeningen van houding- en bewegingsvermogen) en dat er van de competenties van de revalidatiearts breed in de geneeskunde gebruik gemaakt kan worden. Daarmee kan ons vak zich blijven ontwikkelen, zonder aan duidelijkheid in te boeten.

Met een organisatiedeskundige heeft het bestuur inmiddels gesprekken gevoerd over de verschillende stadia van ontwikkeling van de vereniging en de daarbij behorende inrichting. In bredere kring wil het bestuur nagaan hoe de organisatie anders in te richten. Met het aantrekken van een directeur wil het bestuur de vereniging meer inrichten naar het model van beleidsvoorbereiding door de directeur, uitvoering door het bureau, waarbij het takenpakket van het bureau wordt opgesteld aan de hand van de speerpunten in het beleid. Daarvoor is nodig, dat de inhoudelijke (speer)punten van duidelijke prioriteiten worden voorzien. In de komende periode mag u van ons verwachten, dat we met

een concreet voorstel komen voor de inrichting van de vereniging, de taakuitvoering in de diverse geledingen van de vereniging en uiteraard ook welke consequenties dit op organisatorisch vlak heeft. Hierover volgt nader bericht.

WILBERT NIEUWSTRATEN

Op 11 januari is Wilbert Nieuwstraten plots, totaal onverwacht, op 59 jarige leeftijd overleden. Wilbert zou begin februari 2010 afscheid nemen van zijn werk bij Sophia Revalidatie met een minisymposium "Het kan ook anders...". Zijn naasten wordt sterkte gewenst met het verwerken van dit enorme verlies.

LUSTRUM

Op 19 maart wordt het 11e lustrum gevierd in de Efteling. Op de website heeft u de annonce kunnen zien, inmiddels heeft u zich natuurlijk allemaal aangemeld voor deze feestelijke en interessante meeting!

ACTUALITEITEN

Voor de meest actuele stand van zaken kunt u de website raadplegen. Daarnaast krijgt u de nieuwsbrief van de VRA en wordt u door middel van Revalidata inhoudelijk over diverse onderwerpen geïnformeerd. Uiteraard kunt u ook suggesties bij de diverse redacties kwijt. Op deze manier hopen we u als leden goed te informeren over de ontwikkelingen in de vereniging!

Enquête Revalidata 2009

Nog geen 10% van de potentiële lezers van *Revalidata* heeft gereageerd. Het heeft derhalve geen zin om de uitslag te publiceren; een dergelijke uitslag is te laag om conclusies te trekken. Van de inzenders is het opvallend dat niemand langer dan een uur besteedt aan het lezen van het blad. Wel geven de meeste collega's aan dat het blad iets toevoegt aan de dagelijkse praktijk.

De meeste rubrieken scoren als interessant. Opvallend is dat de niet-bestaande rubriek 'Casuïstiek' door de helft van de inzenders als interessant wordt geduid!

Het wetenschappelijk niveau wordt in het algemeen als voldoende tot goed beoordeeld.

Er zijn wel enkele behartigenswaardige suggesties naar voren gebracht:

- weer opnemen congresagenda
- puzzel met revalidatiegeneeskundige achtergrond
- interview met 'niet-kopstuk', maar wel 'markant'
- afdelingen portretteren, faculteitnieuws
- controverses: voor- en tegenstanders
- congresfeedback
- onderwijs op student-, coassistent- en a(n)ios-niveau
- verslag aios-onderzoek bij afronding
- casuïstiek
- interviews met verzekeraars, instrumentmakers, etc., 'de mensen om ons heen'
- robotica
- historie van het vak

De redactie van *Revalidata* is voornemens in de maand mei of juni een kleine conferentie over de toekomst van *Revalidata* te organiseren. Wij nodigen hiervoor een twintigtal 'kopstukken' uit. Mocht u belangstelling hebben om hieraan mee te doen dan kunt u dit aangeven via het redactieadres.

Ben Drentje

PERSBERICHT

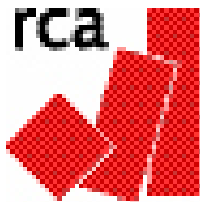


Op 16 december heeft prof. drs. Joop van Londen de Nationale Revalidatie Prijs 2009 in ontvangst genomen. Van Londen kreeg deze prijs vanwege zijn buitengewoon grote inzet, inzicht en verdiensten op het terrein van de volksgezondheid. Met name ook zijn inspanningen op het terrein van revalidatie en participatie van mensen met een lichamelijke handicap of chronische ziekte hebben het Revalidatiefonds doen besluiten de prijs aan Van Londen uit te reiken.

Joop van Londen was tijdens zijn indrukwekkende carrière onder meer Directeur-generaal voor de volksgezondheid van het Ministerie van (toen nog) Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en voorzitter van de Assemblee van de WHO te Genève. De laatste functie die Van Londen bekleedde was die van voorzitter van het Revalidatiefonds. De prijs werd aan Van Londen uitgereikt tijdens zijn afscheid van die functie. Na 8 jaar vakkundig leiderschap te hebben gegeven aan het Fonds, droeg hij het voorzitterschap over aan drs. Hans Klein Breteler, voormalig lid van de Eerste Kamer.

De Nationale Revalidatie Prijs wordt uitgereikt aan een persoon of organisatie die zich bijzonder heeft ingezet voor mensen met een lichamelijke handicap en/of chronische ziekte. De prijs werd voor de zeventiende keer uitgereikt. Eerder hadden H.K.H. prinses Juliana, prof. dr. Mebius F. Kramer en Lucille Werner de eer de prijs in ontvangst te nemen.

FUSIE REVALIDATIECENTRUM AMSTERDAM EN JAN VAN BREEMEN INSTITUUT



Op 31 december 2009 zijn Revalidatiecentrum Amsterdam (RCA) en het Jan van Breemen Instituut (JBI) gefuseerd. Zij gaan gezamenlijk verder in de Stichting Holding RCA/JBI.

Door de fusie ontstaat een organisatie die zich sterk maakt voor kwalitatief hoogwaardige revalidatie en reumatologie in en om Amsterdam. Het RCA biedt klinische en poliklinische revalidatie voor mensen met uiteenlopende aandoeningen, zoals dwarslaesies, hersenletsel, neuromusculaire aandoeningen en chronische pijn. Het JBI is een gespecialiseerd centrum voor mensen met klachten en afwijkingen van het houdings- en bewegingsapparaat, zoals reumatische aandoeningen en chronische pijn.

De heer Buijs, voorzitter Raad van Bestuur, benadrukt de voordelen van de krachtenbundeling van mensen en middelen: 'het biedt meer mogelijkheden om gezamenlijk de kwaliteit van de revalidatie en reumatologie voor onze cliënten te verbeteren en te innoveren. Doordat we de handen ineenslaan kunnen we tevens meer perspectief bieden aan onze medewerkers. Daarnaast leidt het samengaan ook tot een verdere versterking van het wetenschappelijke onderzoek, mede door de intensivering van de samenwerking met het VUmc'.

De integratie is reeds gestart. Zo zijn verschillende ondersteunende afdelingen samengevoegd en is beleid geharmoniseerd. Cliënten zullen op korte termijn nagenoeg niets merken van de fusie tussen beide organisaties. Op de langere termijn zullen zij de fusie hopelijk ervaren als een zeer positieve kwaliteitsimpuls.

Beide hoofdlocaties en alle netwerklocaties blijven vooralsnog gehandhaafd. Er zijn circa 800 mensen werkzaam bij de nieuwe organisatie. De gefuseerde stichting zal Stichting Holding RCA/JBI heten. Medio 2010 zal de organisatie naar verwachting verder gaan onder een nieuwe naam.

FUSIE RIJNDAM REVALIDATIECENTRUM EN REVALIDATIECENTRUM DE WAARDEN



Sinds 31 december 2009 is de fusie tussen Rijndam revalidatiecentrum en Revalidatiecentrum De Waarden een feit. Revalidatiecentrum De Waarden gaat verder als onderdeel van Rijndam en heet nu Rijndam, locatie De Waarden.

Rijndam opereerde tot voor kort alleen in Rotterdam en omgeving. Door de overname van De Waarden draagt Rijndam nu ook de verantwoordelijkheid voor de medisch specialistische revalidatie van kinderen en volwassenen in het Albert Schweitzer Ziekenhuis en mytylschool De Vlij in Dordrecht en het Beatrixziekenhuis (Rivas Zorggroep) in Gorinchem. De revalidatieartsen verzorgen in beide ziekenhuizen de intercollegiale consulten. In poliklinieken in Sliedrecht, Dordrecht, Zwijndrecht, Gorinchem en Leerdam houden revalidatieartsen spreekuur en in verschillende verpleeghuizen zijn ze aanwezig voor consulten.

In de praktijk zal de fusie voor patiënten in de Drechtsteden en Gorinchem niet of nauwelijks leiden tot veranderingen. Zij blijven verzekerd van medisch specialistische revalidatie op hoog niveau.

Informatie over Rijndam revalidatiecentrum vindt u op de website www.rijndam.nl. Informatie over locatie De Waarden staat voorlopig nog op www.rcdewaarden.nl.

Otto Bock®

QUALITY FOR LIFE



WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

De voordelen van een actief vacuümsysteem in combinatie met de polyurethaan liner zijn in meerdere wetenschappelijke studies bewezen.

- ▽ Hoog vacuüm geeft minder krachtinwerking op de stomp.
W.J. Board, G. M. Street and C. Caspers, Prosthetics and Orthotics International, 2001, 25, 202-209
- ▽ Drukwaarden aantoonbaar verminderd zowel tijdens de standfase als tijdens de zwaai fase.
Tracy L. Bell, MS; Glenn M. Street, PhD; Steven J. Covey, PhD, PE, Journal of Rehabilitation Research and Development Vol. 39, No. 6, Nov/Dec 2002 Pages 693-700
- ▽ Minder proximale druk en minder distale zuigkrachten. Drukwaarden tijdens de zwaai fase en standfase quasi gelijk.
Tracy L. Bell, MS; Glenn M. Street, PhD Journal of Rehabilitation Research & Development, Volume 41, Number 6A, Pages 821-828 Nov/Dec 2004
- ▽ Beter ruimtelijk gevoel in de prothese, vermindering van pistoning en volumeveranderingen.
G.M. Street Orthopédie-Technik, 4/07
- ▽ Dragen van de prothese met gebruik van vacuümsuspensie bij wonden op amputatiestomp heeft een positieve invloed op de wondheling.
S. Brunelli, T. Averna, S. Delusso, M. Trabalesi, a clinical report OT Quarterly, English ed. II/2009

Harmony® P3

Sometimes less is more

Bij het nieuwe pompstelsel Harmony® P3 in combinatie met de nieuwe PU liners zijn nu ook de mechanische eigenschappen sterk verbeterd.

- Lichter
- Kleinere inbouwhoogte, beter cosmetisch te verwerken
- Servicewiendelijk
- Schokdemping en torsie unit op maat en/of volgens de activiteit van de patiënt
- Een nieuwe slijfvaste samenstelling van de polyurethaan liners

ottobock.nl

