

Revalidata



IN DIT NUMMER:

Slim meten bij CVA patiënten in het ziekenhuis: software voor besluitvorming, overzicht en overdracht

Gamen in de jeugdrevalidatie; het belang van stapsgewijze implementatie

Ziekte van Bechterew: een multidisciplinair diagnostisch protocol

Problemen met seks bij jongvolwassenen met cerebrale parese

Verschillen oude/nieuwe opleidingseisen

155

32E JAARGANG
JUNI 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 2010/2011	Kopijsluiting datum	Week van verschijnen
156	1 juli	33
157	1 september	42
158	1 november	50
159	1 januari	7

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

ONDERZOEK EN PUBLICATIE

Slim meten bij CVA patiënten in het ziekenhuis: software voor besluitvorming, overzicht en overdracht **2**

Gamen in de jeugdrevalidatie; het belang van stapsgewijze implementatie **6**

Ziekte van Bechterew: een multidisciplinair diagnostisch protocol **10**

Problemen met seks bij jongvolwassenen met cerebrale parese **17**

VAN DE GREMIA

Verschillen oude/nieuwe opleidingseisen **21**

Jaarverslag 2009 Plenaire Visitatiecommissie Revalidatiegeneeskunde **23**

Jaarverslag 2009 Buitenland commissie (BUCO) **24**

PROMOTIE

'Assessment of a two-channel implantable peroneal nerve stimulator post-stroke' **26**

'Physical activity and physical fitness in juvenile idiopathic arthritis' **29**

TIPS AND TRICKS

Oplossingen voor alledaagse praktische problemen **30**

SCHOLING

Scholingsprogramma Revalidatiegeneeskunde VRA site cursusprogramma 2009-2011 **33**

NADER BEKEKEN

Symposium WK zwemmen 2010 **34**

Werk aan de winkel: werf uw toekomstige collega! **36**

ICAMPAM 2011 **36**

Flyer Revalidatiegeneeskunde **37**

PERSBERICHT

'Secz talk haalt seksualiteit chronisch zieke jongeren uit taboesfeer' **41**

Nieuwe film *Klaar? Over!* over belang van goede transitie **42**

Folder aanlegstoornissen en amputaties van arm of been bij kinderen **43**

Integrale kankercentra verbeteren oncologische revalidatie **43**

Slim meten bij CVA patiënten in het ziekenhuis: software voor besluitvorming, overzicht en overdracht

R.K.B. Fengler, R. Meijer, S.H. Berdenis van Berlekom, J.M.A. Visser-Meily

INLEIDING

Het is de ambitie van de WCN (werkgroep CVA van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen) om de kwaliteit van de CVA-behandeling te verbeteren. Al jaren is klinimetrie een vast item op de agenda van de WCN en is eenduidige toepassing van klinimetrie in de hele keten een wens. De WCN is gestart met het oppakken van eenduidige klinimetrie op de stroke units in alle ziekenhuizen van Nederland. Dit kan het behandelbeleid in de acute fase en de besluitvorming ten aanzien van de ontslagbestemming ondersteunen.¹ Standaardisatie bij de verzameling van gegevens tijdens de ziekenhuisfase kan de overdracht naar partners in de zorgketen verbeteren. Om standaardisatie te bereiken ontwikkelde de WCN in 2007 de Dutch Stroke Clinimetric Core Sets, een aanbevolen set meetinstrumenten voor gebruik in de CVA-revalidatie. De prognostische waarde van de instrumenten in de Core Sets is wetenschappelijk onderzocht. In het onderzoek zijn van de instrumenten de 'afkappunten' vastgesteld. Dat zijn de scoreniveaus van waaraf de prognose negatief wordt beïnvloed. Voor de implementatie van de Core Set voor de acute (ziekenhuis-) fase, ontving de WCN subsidie van de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten. Hiermee is een softwaretool ontwikkeld, de Beslissingshulp Beroerte. Als handleiding van en aanvulling op de applicatie is een bijbehorend boekje ontwikkeld waarin alle instrumenten voor de acute fase zijn beschreven. Inmiddels is de software gereed en in gebruik in een aantal ziekenhuizen in Nederland. In dit artikel wordt een impressie van het ontstaan, de ontwikkeling en het gebruik weergegeven.

R.K.B. Fengler, physician assistant Revalidatiegeneeskunde, UMC Utrecht

R. Meijer, revalidatiearts-epidemioloog Revalidatie, Medisch Centrum Groot Klimmendaal, Arnhem

S.H. Berdenis van Berlekom, directeur zorg en innovatie, Revalidatiecentrum De Hoogstraat, Utrecht

J.M.A. Visser-Meily, revalidatiearts, UMC Utrecht en Revalidatiecentrum De Hoogstraat, Utrecht

ONTSTAAN EN ONTWIKKELING

De Core Set ziekenhuisfase komt grotendeels overeen met de set meetinstrumenten van de Stroke-unit Discharge Guideline (SDG), die ook een onderdeel is van de digitale set meetgegevens bij CVA van het NICTIZⁱ. Met deze instrumenten is in 2003 en 2004 al structureel gewerkt op de stroke-units van het VieCuri Medisch Centrum Venlo en het Rijnstate Ziekenhuis Arnhem. De prognostische waarde van deze set instrumenten voor de keuze van het optimale revalidatietraject na de ziekenhuisfase was zeer groot (91%).²

Tijdens de WCN themadag van 21 april 2007 heeft de Werkgroep Klinimetrie CVA de Dutch Stroke Clinimetric Core Sets gepresenteerd en zijn de professionals, betrokken bij de verschillende fasen van de CVA-revalidatie uitgedaagd om daadwerkelijk met deze meetinstrumenten te gaan werken. Er werd extra nadruk gelegd op de Core Set ziekenhuisfase, want uit ervaring was gebleken, dat het niet eenvoudig was om alle aanbevolen meetinstrumenten in de ziekenhuisfase integraal af te nemen. Maar juist de Core Set van de acute fase is cruciaal, want behalve dat deze dient voor prognostiek, is het als baseline voor longitudinale data-analyse een absolute voorwaarde voor valide wetenschappelijk onderzoek post-stroke.

De stroke unit van het Reinier de Graaf Gasthuis Delft was een van de eerste stroke units in Neder-

land, waar de patiëntgegevens werden gedigitaliseerd, inclusief de SDG meetinstrumenten. Maar de daadwerkelijke implementatie van de Core Set ziekenhuisfase haperde. Het was onder meer in het UMC Utrecht waar de uitdaging werd aangegaan. Een digitaal Word-formulier werd ontwikkeld met daarin de Core Set van de acute fase. In dit formulier, op het netwerk geïnstalleerd, vulden de revalidatiearts (of physician assistant), de paramedici en de verpleging de klinimetrie in als voorbereiding voor het multidisciplinair overleg (MDO). Tijdens het MDO werd dit formulier door middel van een beamer geprojecteerd en aan de hand van de getoonde klinimetrische uitkomsten werd de patiënt besproken. Het MDO kreeg hierdoor een vaste en duidelijke structuur en doordat het goed voorbereid werd, bespaarde het tijd. Hierdoor konden in korte tijd meer patiënten, efficiënter besproken worden.

In het UMCU was hiermee de implementatie van de Core Set een feit en het bleek mogelijk om de meetinstrumenten in de ziekenhuisfase integraal af te nemen. Op basis van de goede ervaringen met het Word formulier werd door de WCN in samenwerking met het Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrechtⁱⁱ, in 2008 subsidie aangevraagd en verkregen voor het project 'Slim meten bij CVA-patiënten in ziekenhuizen'. Het doel van dit project was om een softwareprogramma te laten ontwikkelen

ⁱ NICTIZ = Nationaal ICT Instituut voor de Zorg

ⁱⁱ Het Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht is het onderzoeks- en innovatiecentrum van revalidatiecentrum De Hoogstraat en het UMC Utrecht.

waarmee professionals van verschillende disciplines op eenvoudige wijze de verzamelde gegevens zouden kunnen invoeren, bundelen, analyseren en gebruiken als leidraad bij de patiëntbespreking in het MDO. De software zou, door het gebruik van de afkappunten, de prognostiek voor het functioneel herstel en de daaraan gerelateerde besluitvorming met betrekking tot de ontslagbestemming, moeten gaan ondersteunen.

Een projectgroep bestaande uit Ron Meijer, Anne Visser-Meily en Steven Berdenis van Berlekom, heeft zich gericht op de uitvoering van het project. Een klankbordgroep van vijf WCN leden (Radha Rambaran Mishre, Marga Tepper, Gerard van der Leeuw, Joke de Kroon en Sven Schiemank) en een raadgever (Ben Fengler) werden ingesteld om de projectgroep van advies te voorzien. Als voorbereiding op de ontwikkeling van de software is eerst nog eens kritisch gekeken naar de instrumenten uit de Core Set. Voor praktisch gebruik in een korte ziekenhuisopname bleken sommige instrumenten te uitgebreid of lastig af te nemen. In samenspraak met de klankbordgroep zijn aanpassingen gedaan die de toepasbaarheid ten goede kwamen zonder de kwaliteit van de instrumenten en de validiteit van de scoresystematiek aan te tasten.

Vervolgens werd het softwarebedrijf Syncope ingehuurd om de tool te ontwikkelen. Een testversie werd verspreid onder de leden van de klankbordgroep en de raadgever, afkomstig uit het AMC, het Franciscus ziekenhuis Roosendaal, het Kennemer Gasthuis Haarlem, Sophia Revalidatie Delft, het UMCG en het UMCU. In deze ziekenhuizen is het programma geïnstalleerd en getest. Gedurende de testfase werd door de projectgroep toegezien op het gebruik, en werden de ervaringen vastgelegd en teruggekoppeld naar de software ontwikkelaar. Inhoudelijke en praktische voorstellen voor adaptaties werden aan de klankbordgroep voorgelegd alvorens ze werden doorgevoerd. Na afronding van de testfase werd de software

aangepast en werd een 2e versie in kleine kring uitvoerig getest.

DE RESULTATEN

De Beslিশulp Beroerte maakt gebruik van het programma Microsoft Access en laat zich gemakkelijk installeren, ook op een netwerkschijf. Bij het starten van de applicatie opent zich automatisch een lijst met actuele patiënten, zodat er direct een duidelijk overzicht is. Door een patiënt te selecteren opent zich een zeer gebruikersvriendelijk invulscherm, waarin alle demografische en klinimetrische gegevens ingevuld kunnen worden. Na het invullen van de persoonlijke gegevens, wordt de patiënt in kaart gebracht op basis van de ICF-domeinen:

- Ziekte: o.a. de aard van de laesie (bloedig/onbloedig), de lokalisatie, wel/geen recidief
- Functies: HADS, MI, MMSE, klok-tekentest en sleutelzoektaak
- Activiteiten: SAN, Barthel Index, Rompbalanstest, FAC
- Contextuele factoren: de thuis-situatie (mogelijkheden van de partner en de woning)
- Persoonlijke factoren: het pre-morbide functioneren

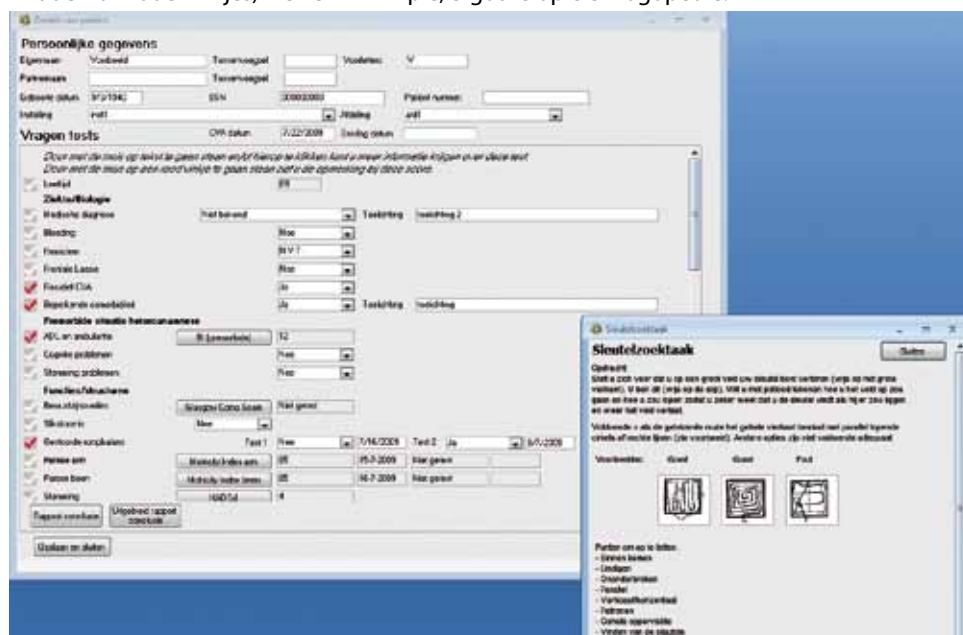
Als de testresultaten worden ingevoerd, wordt direct duidelijk (door middel van rode vinkjes) welke



De voorzitter van het Slim Meten Project Ron Meijer overhandigt het boekje Beslিশulp Beroerte aan VRA-voorzitter Juan Martina.

problemen een ongunstige invloed hebben op de prognose. Per item is heel eenvoudig extra uitleg op te roepen binnen de applicatie waardoor het voor minder ervaren (para-) medici en verpleegkundigen eenvoudig is om de informatie in te vullen. Deze verborgen uitleg is zeker een van de sterke eigenschappen van de applicatie en zou zelfs voor educatie kunnen dienen.

Na het invullen van alle klinimetrische gegevens biedt het invulscherm ruimte voor de conclusie en het beleid. Daarnaast is er de mogelijkheid om informatie toe te voegen door middel van vrije tekst ruimte. In het UMCU wordt de vrije tekstruimte gebruikt voor aanvullende informatie van fysiotherapie, ergotherapie en logopedie.



Figuur 1. Overzicht van het gebruikersvriendelijke invulscherm en een voorbeeld van de makkelijk op te roepen verborgen uitleg, in dit geval van de sleutelzoektaak.

domeinen en items	score	signaal als	interpretatie score	meten op dag	door
					(advies)
Persoonlijke gegevens					
1 Ziekenhuis	Tekst			1	
2 Afdeling	Tekst			1	
3 Naam	Tekst			1	
4 Geboortedatum	Datum	≥ 72 jaar	Checken op comorbiditeit	1	
5 BSN Nummer	Getal			1	
6 Patiëntnummer	Getal			1	
7 Datum ontstaan CVA	Datum			1	
Ziekte/biologie					
8 Medische diagnose				1/2	Arts
9 Bloeding	Ja/Nee	Ja	Mogelijk vertraagd herstel	1/2	Arts
10 Linker/rechter Hemisfeer	Li/Re		Effect op mate van beperking bij dominante lichaamsheft	1/2	Arts
11 Frontale Laesie	Ja/Nee	Ja	Mogelijk gedragsproblematiek	1/2	Arts
12 Reclief CVA	Ja/Nee	Ja	Mogelijk slechter herstel	1/2	Arts
13 Revalidatie beperkende comorbiditeit	Ja/Nee	Ja	Toelichting in invulvak	1/2	Arts
Premorbide situatie					
14 ADL en ambulantië: Barthel Index (BI) bij partner/naaste af te nemen	Getal	≤ 18	Premorbide al hulp en/of toezicht noodzakelijk	1/2	VP
15 Cognitie: 1 gerichte vraag aan partner/naaste	Ja/Nee	Ja	HAC afnemen	1/2	VP
15 a Heteroanamneselijst Cognitie (HAC)	Getal	> 1	Ongunstige prognose	1/2	VP
16 Stemming: 1 gerichte vraag aan partner/naaste	Ja/Nee	Ja	HADSd afnemen	1/2	VP
16 a Depression scale (HADSd)	Getal	≥ 8	Ongunstige prognose	1/2	VP
Functies/structuren					
17 Bewustzijnsverlies (< 48 uur post-CVA): Glasgow Coma Scale	Getal	≤ 8	Ongunstige prognose	2	VP
18 Slikstoornis d.m.v. watersliktest	Afwijkend / Niet afwijkend	Afwijkend	Kans op dehydratie en/of pneumonie Invoeren sondevoeding?	1	VP
18 a Sondevoeding	Ja/Nee	Ja	Invloed op ontslag naar huis	4 + 7	VP
19 Verstoorde Rompbalans	Ja/Nee	Ja	Ongunstige prognose	2 + 5	FT
20 Paresis: Motricity Index arm	Getal	≤ 27	Ongunstige prognose	2 + 5	FT
21 Paresis: Motricity Index been	Getal	≤ 27	Ongunstige prognose	2 + 5	FT
22 Stemming: HADSd (patiënt)	Getal	≥ 8	Mogelijk traag herstel	7	VP
23 Cognitie: MMSE (Mini-Mental Status Examination)	Getal	≤ 13 > 21	Veel cognitieve problemen Sleutelzoektaak en kloktekentest afnemen	2 tot 5	ET
23 a Executieve functies: Sleutelzoektaak	Afwijkend / Niet afwijkend	Afwijkend	Veiligheid beoordelen Bij thuisplaatsing controleafspraak op korte termijn	2 tot 5	ET
23 b Neglect: Kloktekentest	Afwijkend / Niet afwijkend	Afwijkend	Veiligheid beoordelen Bij thuisplaatsing controleafspraak op korte termijn	2 tot 5	ET
Activiteiten					
24 Loopvaardigheid: Functional Ambulation Categories (FAC)	Omschrijving	≤ 2	Invloed op ontslagbestemming, duur opname en herstel	2 + 5	FT
25 ADL en ambulantië: Barthel Index (patiënt)	Getal	≤ 6	Effecten op (duur) herstel/prognose/beleid	2 + 5 + 7	VP
26 Communicatie: SAN (Stichting Afasie Nederland-schaal)	Getal	≤ 2	Effecten op (duur) herstel/prognose/beleid	2 tot 5	LO
Thuisituatie					
27 Geschikte woning	Ja/Nee	Nee	Mogelijk invloed op ontslagbestemming	2 tot 5	VP
28 Voldoende draagkracht naaste(n)	Ja/Nee	Nee	Begeleiding partner overwegen, bij thuisplaatsing extra steun nodig	2 tot 5	VP
29 Naaste(n) bereid en beschikbaar	Ja/Nee	Nee	Mogelijk invloed op ontslagdatum/bestemming	2 tot 5	VP

Tabel 1. Overzicht van de gebruikte meetinstrumenten, de uitkomsten, afkappunten en interpretatie.

Hierdoor ontstaat op simpele wijze een gezamenlijk revalidatie overdrachtsformulier. Dit blijkt tijdsbesparend te werken, met name voor de paramedici, die zo hun overdracht eigenlijk al klaar hebben, als de patiënt het ziekenhuis verlaat. Dit gemak maakt gebruikers zeer gemotiveerd voor het gebruik van de Applicatie Beslischulp Beroerte. Tabel 1 geeft een overzicht van de eigenschappen en afkappunten van de opgenomen meetinstrumenten.

Als aanvulling op de software is er ook een fraai boekje ontwikkeld, dat kan dienen als handleiding en naslagwerk. Het geeft een zeer heldere en overzichtelijke uitleg van de meetinstrumenten in de Applicatie Beslischulp Beroerte.

GEBRUIK IN HET UMCU

In het UMC Utrecht wordt elke opgenomen CVA-patiënt door de AIOS of de physician assistant van de Revalidatiegeneeskunde gezien. Door de beddenlijst in het EPD in de gaten te houden, hebben we

een snel overzicht van alle nieuw opgenomen patiënten. In de meeste gevallen wordt een nieuwe patiënt binnen 24 uur na opname gezien. Vervolgens wordt verwacht dat er binnen 3-5 dagen een triage is gedaan voor de ontslagbestemming. De Applicatie Beslischulp Beroerte vereenvoudigt deze triage. De software is op een gezamenlijke netwerkschijf van de Revalidatiegeneeskunde en de Neurologie geïnstalleerd en alle medewerkers hebben toegang tot de applicatie. De gegevens worden aangevuld

door de paramedici en de verpleging en zo groeit binnen een aantal dagen een digitale stroke status, die, zoals gezegd, bij ontslag wordt gebruikt als overdracht.

CONCLUSIE

Wij denken dat de Beslischulp Beroerte (softwareprogramma met boekje) een enorme stap voorwaarts is bij de implementatie van de Dutch Stroke Clinimetric Core Sets in de acute fase na het CVA. De Beslischulp kan bijdragen aan op meer gestandaardiseerde diagnostiek en prognostiek gebaseerde besluitvorming. Dat is iets, waar elke CVA patiënt recht op heeft. Natuurlijk is het zo, dat het de revalidatiearts (met het revalidatieteam) blijft, die de ernst van en de samenhang tussen de problemen waardeert, interpreteert en er conclusies aan

verbindt voor de behandeling in de acute fase en voor de ontslagbestemming.

Het boekje is in een grote oplage gedrukt en is in april 2010 verstuurd naar alle revalidatieafdelingen van ziekenhuizen, alle revalidatiecentra en alle neurologen in Nederland. Een digitale versie van het boekje is te vinden op www.dehoogstraat.nl (zoek op beslischulp).

De software is gratis beschikbaar voor alle ziekenhuizen in Nederland en is te downloaden via: www.syncope.nu/beslischulp beroerte.

De WCN ziet deze applicatie als eerste stap bij de invoering van klinimetrie in digitale patiënten dossiers in de hele stroke-service keten en zal daarom opnieuw subsidie proberen te verkrijgen voor het verder uitbouwen van deze meet- en beslis set.

Literatuur

1. Tyson S, Greenhalgh J, Long AF, Flynn R. *The use of measurement tools in clinical practice: an observational study of neurorehabilitation.* *Clin Rehabil* 2010, 24: 74-81.
2. Meijer R, Limbeek van J, Peusens G, Rulkens M, Dankoor K, Vermeulen M and Haan R de. *The stroke-unit discharge guideline, a prognostic framework for the discharge outcome from the hospital stroke-unit. A prospective cohort study.* *Clin Rehabil* 2005, 19: 770-778.
3. Meijer R, Limbeek J van, Haan RJ de. *Development of the Stroke-unit Discharge Guideline: choice of assessment instruments for prediction in the subacute phase post-stroke.* *Int J Rehabil Res* 2006, 29, 1: 1-8.

Gamen in de jeugdrevalidatie; het belang van stapsgewijze implementatie

A. Michielsens, J. Ermers, O. Verschuren, J. Janssen, M. Ketelaar

INLEIDING

Op de werkvloer worden vaak goede ideeën geboren en daaropvolgend plannen gemaakt om deze ten uitvoer te brengen. Dit blijkt regelmatig een struikelblok te zijn: de praktijk wijst uit dat vele goede ideeën stranden. Op de jeugdafdeling van Revalidatiecentrum De Hoogstraat werd in 2007 het plan opgevat om de (spel) computer structureel in te gaan zetten in de revalidatie van jeugd en jongeren. Dit zou moeten plaats vinden in een GameLaB (zie kader). Een geweldige kans, volgens de enthousiaste medewerkers die aan de oorsprong van het plan stonden, maar niet alle teamleden deelden deze opvatting. Hoe dan toch een uniek plan een kans van slagen geven?

In dit artikel wordt beschreven hoe de implementatie van het GameLaB in de jeugdrevalidatie is aangepakt, welke structuur er is gehanteerd en hoe het verloop is gegaan. We hopen met deze beschrijving de lezers te laten zien hoe een implementatie stappenplan er uit ziet, hoe je dat in de praktijk kunt toepassen, en hoe het gamen in De Hoogstraat vervolgens een plek in de revalidatie van kinderen en jongeren heeft gekregen.

IMPLEMENTATIEMODEL

Implementatie wordt gedefinieerd als 'een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of verbeteringen met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het beroepsmatige handelen, in het functioneren van een organisatie of in de structuur van de gezondheidszorg'.¹ Om tot een succesvolle implementatie van

het GameLaB te komen, is daarom gekozen voor een systematische aanpak volgens het model van Grol en Wensing.² Het model beschrijft stapsgewijs de verschillende fasen in een implementatieproces. Zie figuur 1.

HET STAPPENPLAN

Aanleiding

Jongeren groeien op in een maatschappij, die omringd is door computertechnologie en worden aangezet om te leven en te leren met gebruik van deze technologie. Uit onderzoek blijkt, dat meer dan 95% van alle Nederlandse jongeren van acht tot en met negentien jaar computergames spelen.³ Er wordt gesteld, dat als we jongeren willen stimuleren tot leren en bewegen, we gebruik moeten maken van de context van hun voorkeur, in dit geval computertechnologie.^{4,5} Meerdere studies⁶⁻⁸ laten zien, dat een positief effect te bereiken is door het gebruik van games bij het trainen van verschillende activiteiten. Naast een actieve uitdaging biedt het gamen mogelijkheden tot verbetering van leerprocessen

op verschillende domeinen, zoals handelingsinzicht, communicatie, interactie en zelfbeeld.⁸ De virtuele omgeving faciliteert feedback op de uitvoering, motiveert tot training en biedt de mogelijkheid om taken te verzwaren. Hier ligt een belangrijke overlap met de revalidatie. Revalidatie is gericht op het verbeteren van de dagelijkse activiteiten en participatie. Er wordt doelgericht en taakspecifiek gewerkt, waarbij de hulpvraag van de revalidant centraal staat. Goede resultaten worden bereikt met een hoge intensiteit van training.⁹ De motivatie van de revalidant moet hierin hoog zijn om de training vol te houden. Het gamen biedt dus mogelijkheden om het revalidatieproces te ondersteunen.

Stap 1. Ontwikkeling voorstel voor verandering

Een eerste stap in de ontwikkeling van het GameLaB was een inventariserend onderzoek, uitgezet onder de revalidanten van de klinische jeugdafdeling. Met een zelf ontwikkelde vragenlijst hebben we in kaart gebracht welke activiteiten,

Het 'GameLaB' staat voor een ruimte waarbinnen de mogelijkheid wordt gecreëerd om op therapeutische wijze computergestuurde omgevingen en spellen te gebruiken en toe te passen. In het GameLaB is er sprake van hulpvraaggerichte therapie waarin een groep van maximaal 8 kinderen/jongeren (leeftijd 12-18 jaar) samen aan verschillende individuele behandeldoelen werken op het cognitief, sociaal-emotioneel en/of fysiek domein. De revalidatiedoelen van de kinderen/jongeren worden omgezet in game gerelateerde doelen en de spellen worden op de doelen afgestemd. Twee therapeuten (bij voorkeur van verschillende disciplines) begeleiden het GameLaB. Het GameLaB is toevoegend aan het totale behandelproces. Frequentie: 1x per week, gedurende een periode van 6 weken. Tijdsduur: 60 minuten. Het GameLaB werkt, waar nodig, samen met de afdeling Adaptatie Revalidatie Techniek (ART) wanneer er aanpassingen nodig zijn om de computer te kunnen hanteren en met de afdeling Automatisering.

Kader GameLaB

Anka Michielsens, kinderfysiotherapeut MSc, Revalidatiecentrum De Hoogstraat, Utrecht

Jose Ermers, kinderfysiotherapeut, Revalidatiecentrum De Hoogstraat, Utrecht

Dr. Olaf Verschuren, kinderfysiotherapeut onderzoeker Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde, Revalidatiecentrum De Hoogstraat, Utrecht

Joep Janssen, fysiotherapeut MSc, Revalidatiecentrum De Hoogstraat, Utrecht

Dr. Marjolijn Ketelaar, onderzoeker Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde, Revalidatiecentrum De Hoogstraat, Utrecht

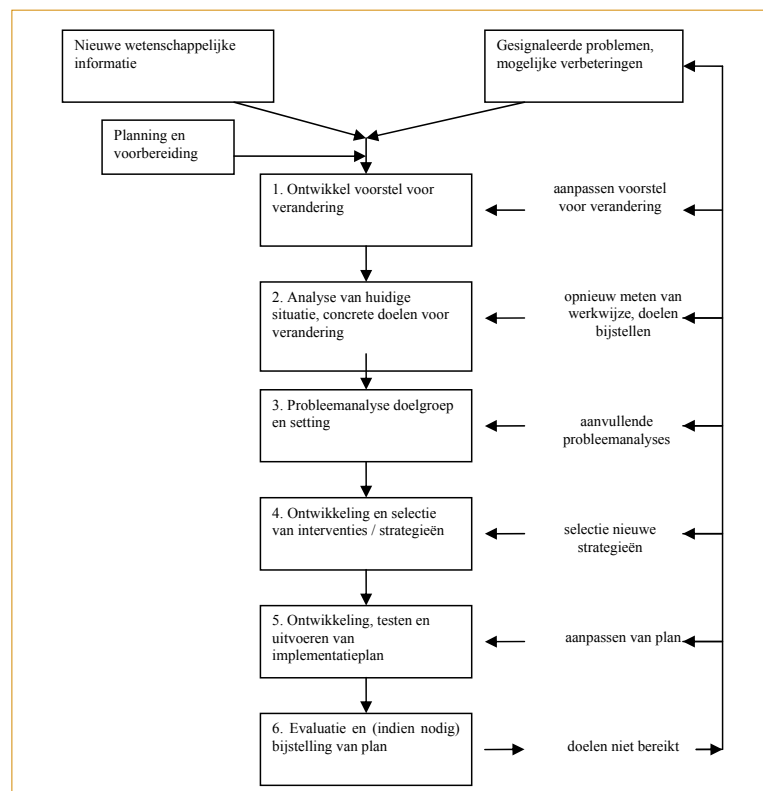
gerelateerd aan het gamen, gedaan werden, hoe vaak dit gebeurde en hoe leuk ze dit vonden. Conclusies uit dit onderzoek zijn dat jongeren de computer veelvuldig en met veel plezier gebruiken voor muziek luisteren en downloaden, chatten en gamen. Spelcomputers worden ook veelvuldig en met veel plezier gebruikt. Minder frequent en met minder plezier wordt er naar filmpjes gekeken, geë-maild, foto's opgeslagen en bewerkt. Filmpjes uploaden en een verhaal schrijven worden het minst vaak gedaan en worden het minst leuk gevonden. Met de uitkomsten van de vragenlijst werd duidelijk dat het gebruiken van de computer voor allerlei activiteiten een belangrijk onderdeel in het leven van de jeugdige revalidanten is. Dit was de aanzet tot het formeren van een werkgroep voor het opzetten van het GameLaB.

Stap 2. Analyse feitelijke zorg, concrete doelen voor verbetering

In 2007 zijn op de jeugdafdeling verschillende (spel) computers aanwezig, zoals de Wii, Nintendo DS en Playstation. Deze worden gebruikt door de revalidanten en op individueel initiatief van enthousiaste behandelaars. Het toepassen van (spel) computers in therapie wordt niet teambreed toegepast en een bepaalde scepsis daartegen is aanwezig. Om tot een succesvolle implementatie van het GameLaB te komen is het van belang dat er een breed draagvlak is onder de teamleden, zodat zij een positieve attitude hebben over het GameLaB. Het hoofddoel van de implementatie van het GameLaB werd als volgt geformuleerd: computergestuurd spel onderdeel maken van het revalidatieproces van jeugd en jongeren en daarvoor draagvlak creëren bij de teamleden van de klinische en poliklinische jeugdafdeling van Revalidatiecentrum De Hoogstraat.

Subdoelen waren:

1. de teamleden ervaren het GameLaB als een toegevoegde waarde in het revalidatieproces
2. het meetinstrument PSK* wordt



Figuur 1. Implementatiemodel van Grol & Wensing (2001).

- gebruikt ter bepaling van de hulpvraag bij aanvang van het GameLaB
3. het meetinstrument PSK* wordt gebruikt ter evaluatie van de hulpvraag na zes weken participatie in het GameLaB
 4. de begeleiders van het GameLaB rapporteren de uitkomsten van de PSK naar de teamleden.
 5. de revalidant ervaart het GameLaB als een toegevoegde waarde in het revalidatieproces.

* PSK: *Patiënt Specifieke Klachtenlijst: De PSK¹⁰ wordt door de revalidant ingevuld die gevraagd wordt om vijf activiteiten in te vullen waarin beperkingen worden ervaren. De PSK meet de mate van belemmering in de drie voornaamste activiteiten en is een meetinstrument om individuele veranderingen over de tijd vast te leggen.*

Stap 3. Probleemanalyse doelgroep en setting

Er werd een doelgroepanalyse uitgevoerd onder de teamleden (n=40) om de bevorderende en belemmerende factoren van de implementatie van het GameLaB te

kunnen inventariseren. Hiervoor is gebruik gemaakt van een vragenlijst. Deze vragenlijst bevat 25 stellingen, die beantwoord worden op een 5-punts Likert schaal ('zeer mee oneens', 'oneens', 'eens noch oneens', 'eens', 'zeer mee eens'). De vragenlijst is gebaseerd op een gevalideerde en getoetste vragenlijst ontwikkeld door de afdeling Kwaliteit van Zorg (WOK) van het Universitair Medisch Centrum Radboud in Nijmegen.¹¹ Uit de doelgroep analyse blijkt, dat er onder de teamleden geen weerstand bestaat tegen nieuwe behandelmethode (100%), dat ze de toepassing van het GameLaB juist vinden (97%). Daarnaast vinden ze, dat het GameLaB aansluit bij de belevingswereld van jongeren (97%) en dat het GameLaB een toegevoegde waarde in het revalidatieproces kan zijn (84%). Belemmerende factoren waren de onzekerheid over de ruimte waarin het GameLaB plaats zou moeten vinden (69%), onzekerheid over de voorzieningen (apparaten) (66%), onwetendheid of de revalidatiebehandeling efficiënter gaat worden door het GameLaB (56%). Van de

TABEL 1: VIJF FASEN VAN EEN VERANDERINGSPROCES EN KNELPUNTEN.

Stappen	Knelpunten
<i>Oriëntatie</i> - op de hoogte raken - interesse	- Weinig tot geen ervaring met gamen
<i>Inzicht</i> - Begrijpen - Inzicht in eigen handelen	- onvoldoende kennis
<i>Acceptatie</i> - positieve houding - intentie om te veranderen	- past niet goed bij mijn werkstijl
<i>Verandering</i> - invoering in praktijk - bevestiging van nut	- is er een geschikte ruimte? - zijn er voldoende voorzieningen?
<i>Behoud van verandering</i> - integratie in routines - verankering in organisaties	

teamleden geeft 56% aan meer te willen weten over het GameLaB en 28% geeft aan dat ze het GameLaB niet passend vinden bij hun eigen manier van werken. Belangrijk resultaat is, dat het merendeel van de teamleden (84%) geen tot weinig ervaring heeft met gamen. Dit laatste resultaat verklaart mogelijk de aanwezige scepsis tegen de structurele toepassing van (spel) computers in de revalidatie.

Stap 4. Ontwikkeling en selectie van interventies/strategieën

De resultaten van de doelgroep-analyse zijn gebruikt bij de ontwikkeling van de strategieën en interventies ten behoeve van de implementatie, daarbij rekening houdend dat interventies die aangrijpen op verschillende knelpunten het grootste effect creëren.² Wanneer een vernieuwing wordt geïmplementeerd, is het belangrijk om de interventies af te stemmen op de vijf stappen van het veranderingsproces, dat individuen en groepen moeten doormaken. In tabel 1 staan de vijf stappen genoemd met daaraan gekoppeld de knelpunten zoals ervaren door de teamleden van de jeugdafdeling. Veranderingen zijn pas te implementeren als mensen van de vernieuwing op de hoogte zijn.² Het verspreiden van informatie (disseminatie) is een belangrijke stap in het implementatieproces.

Gedurende het schrijven van het implementatieplan is een gedeelte van de doelgroep al geïnformeerd over het proces. Dit heeft de kans van slagen van de implementatie doen toenemen. Dit maakt in feite al onderdeel uit van de implementatiestrategie. Het resulteerde in het vergroten van inzicht, motivatie en enthousiasme onder de doelgroep.

Stap 5. Ontwikkeling, testen en uitvoering van implementatieplan

De implementatie werd in eerste instantie in een pilot van drie maanden uitgevoerd, waardoor het implementatieplan en de diverse strategieën en interventies konden worden getest op hun geschiktheid en haalbaarheid. Op basis van ervaring kon het plan worden bijgesteld.

De volgende interventies werden toegepast aan de hand van de verschillende fasen in het veranderingsproces (tabel 1):

Fase 1: Oriëntatie: inzetten van communicatiemiddelen, die het team bereiken: er worden voorafgaande aan de start van het GameLaB posters gemaakt, die in de gangen van de jeugdafdeling opgehangen worden. Op het informatiebord van de jeugdafdeling worden persberichten opgehangen, die de innovatie ondersteunen. Het GameLaB werd hierdoor regelmatig een onderwerp van gesprek. Teamleden met affiniteit

met het gamen werden benaderd om het enthousiasme onder de overige teamleden te doen versterken. Zij kunnen aangemerkt worden als de lokale opinieleiders of sleutelfiguren.

Fase 2: Inzicht: organisatie van een educatieve bijeenkomst met als doel: kennis en inzicht verschaffen over gamen, evidentie en voorbeelden uit de literatuur aanhalen. De Cybex Trazer, een computerspel geïnitieerd door beweging, kon uitgetoet worden, zodat de teamleden actief ervaring konden opdoen met een mogelijkheid van het GameLaB.

Fase 3: Acceptatie: Tijdens de educatieve bijeenkomst was er voldoende ruimte voor discussie en het bespreken van de weerstanden. Vragen en onzekerheden, resulterende uit de vragenlijst, zijn uitgebreid aan bod gekomen.

Fase 4: Verandering: daadwerkelijke start van het GameLaB op 1 september 2008. In eerste instantie is het GameLaB gestart in een pilot-fase van drie maanden, waardoor het plan uitgetoet kon worden en eventuele aanpassingen gerealiseerd konden worden. Een factsheet over het GameLaB werd gemaakt en verspreid.

Fase 5: Behoud van verandering: Voor deze fase werden concrete afspraken gemaakt: (1) Het GameLaB wordt wekelijks ingepland en is toegankelijk voor acht revalidanten (zie kader). (2) De voortgang van het revalidatieproces van de jongeren op de klinische en poliklinische jeugdafdeling wordt wekelijks besproken in een Revalidant Gebonden Overleg (RGO). (3) De resultaten van de deelname van revalidanten aan het GameLaB worden in de notulen van het RGO gemeld.

Stap 6. (Continue) evaluatie en bijstelling van plan

Bij aanvang van het GameLaB bleek het merendeel van de teamleden (84%) een toegevoegde waarde te

zien in het GameLaB (subdoel 1). De belemmerende factoren, zoals genoemd bij stap 3, zijn na een tweede meting (zes maanden na aanvang) niet meer aanwezig behalve de twijfel of de revalidatiebehandeling efficiënter gaat worden door het GameLaB (47%). Van de teamleden geeft na zes maanden nog maar 8% aan meer te willen weten over het GameLaB en 8% geeft aan dat ze het GameLaB niet passend vinden bij hun eigen manier van werken.

Bij alle revalidanten (100%) die starten in het GameLaB wordt de PSK gebruikt om de hulpvraag in kaart te brengen en te evalueren (subdoel 2 + 3). Het terugkoppelen van de resultaten van de revalidanten in het GameLaB wordt nauwelijks besproken in de teambespreking, een enkele keer wordt er melding gemaakt in het teamverslag (subdoel 4). De revalidanten vullen een vragenlijst (10 vragen op 5-punt Likert schaal) in, waarmee een indruk wordt gekregen wat hun ervaring is met het GameLaB (subdoel 5). Alle revalidanten (n=16) die de eerste zes maanden aan het GameLaB hebben deelgenomen hebben deze vragenlijst ingevuld. Resultaat van deze vragenlijst is dat alle jongeren hebben gewerkt aan hun individuele behandeldoelen en dat ze het leuk vonden om met anderen te gamen (100%). De ruimte waarin het gamen plaatsvond was goed, ze hadden de begeleiding gekregen, die ze nodig hadden (83%) en ze vonden 1 uur GameLaB in de week voldoende (67%). De helft van de jongeren gaf aan, dat het GameLaB aansluit bij de activiteiten die ze normaal gesproken doen en dat ze voldoende uitgedaagd werden door de verschillende spellen. Eenderde van de jongeren geeft aan dat ze hun doelen behaald hebben bij het GameLaB.

CONCLUSIE

De implementatie van het GameLaB op de jeugdafdeling van revalidatiecentrum de Hoogstraat

is onder andere succesvol geweest door de stapsgewijze aanpak aan de hand van het model van Grol en Wensing. Op dit moment kunnen we stellen, dat het GameLaB geïntegreerd is in het behandelproces van jeugd en jongeren. De teamleden en de revalidanten zien het GameLaB als een toegevoegde waarde in het revalidatieproces. De hulpvraag bepaling en evaluatie worden zichtbaar gemaakt met de PSK. De terugkoppeling aan de teamleden vraagt continue aandacht.

Het GameLaB zal in de nabije toekomst ook op andere afdelingen (volwassen revalidatie en in een ander centrum voor kinderrevalidatie) ingezet gaan worden. De implementatie aldaar zal een eigen karakter krijgen, gericht op de specifieke aspecten van de beide afdelingen en hun teamleden. Door met het GameLaB op meerdere plaatsen te experimenteren kunnen ook andere doelgroepen en andere centra van deze ervaringen profiteren. Daarnaast zal dat helpen de ervaringen verder uit te bouwen, zodat we meer zicht krijgen op de effectiviteit en efficiëntie van het gebruik van gamen in de revalidatie.

Literatuur

1. Hulscher M, Wensing M, Grol R. *Effectieve implementatie: Theorieën en strategieën*. Den Haag: ZonMw/Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK) Universiteit Nijmegen/Universiteit Maastricht, 2000.
2. Grol R, Wensing M. *Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. 3ed. Maarssen, Elsevier Gezondheidszorg, 2006.
3. Hautvast C, Paashuis B et al. *Nationaal Gaming Onderzoek 2008. Een totaalbeeld van Nederlands game gedrag*. TNS, NIPO, Newzoo. 2008: pp. 40.
4. Marshall SJ, Gorely T, Biddle SJ. *A descriptive epidemiology of screen-based media use in youth: a review and critique*. *J Adolesc* 2006, 29, 3: 333-349.
5. Straker L, Abbott R. *Effect of screen-based media on energy expenditure and heart rate in 9- to 12-year-old children*. *Pediatr Exerc Sci* 2007, 19, 4: 459-471.
6. Deutsch JI, Borbely M, Filler J, Huhn K, Bowlby PG. *Use of a Low-cost, Commercially Available Gaming Console (Wii) for rehabilitation of an adolescent with cerebral palsy*. *Physical Therapy* 2008, 88, 10: 1196-1207.
7. Graf DL, Pratt LV, Hester CN, Short KR. *Playing active video games increases energy expenditure in children*. *Pediatrics* 2009, 124: 534-540.
8. Jannink MJ, Wilden GJ van der, Navis DW, Visser G, Gussinklo J, IJzerman M. *A low-cost video game applied for training of upper extremity function in children with cerebral palsy: a pilot study*. *Cyberpsychol Behav* 2008, 11, 1: 27-32.
9. Kwakkel G. *Impact of intensity of practice after stroke: issues for consideration*. *Disabil Rehabil* 2006, 28, 13-14: 823-830.
10. Beurskens AJHM. *Patiënt Specifieke Klachten*. Meetinstrument. 1996. www.pijn.com.
11. Peters M, Harmsen M, Laurent M, Wensink M. *Ruimte voor verandering? Knelpunten en mogelijkheden voor verbetering in de patiëntenzorg*. 2003. Afdeling Kwaliteit van zorg (WOK) UMC St Radboud, Nijmegen.
12. Hullegie W, Lettinga A, Verhagen A. *Fysiotherapie & Wetenschap (red). Over de gespannen verhouding tussen theorie, onderzoek en praktijk*. Maarssen, Elsevier Gezondheidszorg, ISBN 9035225724, 2003.
13. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L et al. *Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies*. *Health Technology Assessment* 2004, 8, 6: 1-72.
14. Lawrence M, Olesen F. *Indicators of quality in health care*. *Eur J Gen Pract* 1997, 3:103-108.

Ziekte van Bechterew: een multidisciplinair diagnostisch protocol

M. Kleinjan, A.W.A.M. van Rijthoven, F.J.G. Backx

INLEIDING

De ziekte van Bechterew is een chronische systemische inflammatoire aandoening die zich kenmerkt door ontstekingen in de wervelkolom en de sacro-iliacale (SI) gewrichten.¹ De klinische presentatie van de patiënt vormt de belangrijkste aanwijzing voor de diagnose. Het klachtenpatroon kan vooral in het begin erg wisselend zijn. Chronische inflammatoire rugpijn en stijfheid zijn vaak de eerste klachten van de ziekte van Bechterew. Insertietendinopathie, perifere artritis en extra-artculaire verschijnselen (vooral uveïtis) zijn bijkomende klachten.²

Chronische lagerugpijn is een veel voorkomende klacht in de algemene bevolking en komt ook regelmatig voor bij sporters.³ Het stellen van een correcte diagnose van lagerugklachten kan moeilijk zijn en in dit geval is de beste benadering voor de sportsarts om ernstige oorzaken uit te sluiten.³ Een sporter met de ziekte van Bechterew kan zich op een specifieke manier presenteren en de arts/therapeut is mogelijk niet bedacht op deze relatief weinig voorkomende aandoening. Dit kan er zelfs bij een typische klachtenpresentatie voor zorgen dat de diagnose pas in een later stadium wordt vastgesteld.⁴ Om definitief de diagnose ziekte van Bechterew te kunnen vaststellen moet volgens de huidige criteria⁵ sacro-iliïtis op conventionele beeldvorming worden aangetoond (figuur 1).

Mevrouw M. Kleinjan, geneeskundestudent, Erasmus Universiteit, Rotterdam

Dr. A.W.A.M. van Rijthoven, reumatoloog, afdeling Reumatologie en Klinische immunologie, Universitair Medisch Centrum Utrecht
Prof. dr. F.J.G. Backx, hoogleraar klinische sportgeneeskunde, Afdeling Revalidatie- en Sportgeneeskunde, Universitair Medisch Centrum Utrecht

Het is mogelijk dat tekenen van een doorgemaakte sacro-iliïtis in een vroeg stadium van de ziekte niet waar te nemen zijn door middel van conventionele beeldvorming van de SI-gewrichten.⁶ Met de recente ontwikkelingen op gebied van medicamenteuze behandeling van de ziekte, is het echter van belang om de diagnose in een zo vroeg mogelijk stadium vast te stellen.⁶

Het doel van deze studie is een diagnostisch stappenplan te ontwikkelen, waardoor de ziekte van Bechterew op een efficiënte wijze aannemelijk of onwaarschijnlijk kan worden gemaakt.

De volgende onderzoeksvraag is geformuleerd om tot een diagnostisch protocol te komen:

Welke opeenvolgende diagnostische stappen dienen uitgevoerd te worden om in een zo vroeg mogelijk stadium van het ziekteproces (SA) de diagnose bij een suspecte (top)sporter adequaat vast te stellen?

METHODE

Er is gezocht naar Engelse en Nederlandse clinical trials, meta-

analyses, randomized controlled trials, casereports, comparative studies en validation studies, met als populatie adolescenten en volwassenen, gepubliceerd tussen 01-01-1990 en 13-02-2008 in PubMed en EMBASE.

Voor artikelen waarin de betrouwbaarheid van diagnostische testen voor de ziekte van Bechterew wordt geëvalueerd, is de zoekstrategie van Deville et al.⁷ in PubMed gebruikt.

Daarnaast zijn de volgende zoektermen gebruikt: *ankylosing spondylitis, diagnosis, exacerbation, remission, physical exercise, sports (athletic performance, physical endurance, weight-bearing/load-capacity, exercise tolerance)*.

Geïnccludeerde studies hebben betrekking op het vaststellen van de diagnose: ziekte van Bechterew, de ziekte van Bechterew in relatie tot sport/belasting als onderdeel van ADL en de invloed hiervan op de klachtenpresentatie/het beloop van de ziekte.

Studies werden geëxcludeerd als zij betrekking hadden op oefen-therapie/bewegingstherapie bij relatief inactieve bechterewpatiënten, op effectiviteit van medi-

<p>'Modified New York Criteria' voor spondylitis ankylopoëtica (Van der Linden et al., 1984)</p> <p>Radiologisch criterium *Sacro-iliïtis, graad > II bilateraal of graad III - IV unilateraal</p> <p>Klinische criteria *Lage rugpijn en stijfheid > 3 maanden, verbeterd bij beweging en wordt niet minder met rust *Bewegingsbeperking van lumbale wervelkolom in zowel sagittale als frontale vlak *Verminderde omvang ademexcurisie ten opzichte van normale waarden voor leeftijd en geslacht</p> <p>NB: Er is definitief sprake van SA bij aanwezigheid van het radiologische criterium met ten minste 1 klinisch criterium</p>	<p>New York radiologische gradering voor status van het SI-gewricht: (Van der Linden et al., 1984)</p> <p>Graad I: verdenking op SA Graad II: tekenen van erosie en sclerose Graad III: erosies, sclerose en beginnende ankylosering Graad IV: totale ankylosering</p>
--	---

Figuur 1. Modified New York Criteria (van der Linden et al., 1984).



Figuur 2 A. Dorsolaterale provocatietest.

Figuur 2 B. Ventromediale provocatietest.



Figuur 2 C. Gaenslenmanoeuvre.

Figuur 2 D. Fabertest.

catie, etiologie en prognostische factoren.

RESULTATEN

In totaal zijn 85 studies gevonden. Na beoordeling hiervan aan de hand van de in- en exclusiecriteria bleken zestien artikelen geschikt voor inclusie in deze studie. Relevante literatuurreferenties zijn hieraan toegevoegd.

Ziektegeschiedenis

De diagnose ziekte van Bechterew wordt gesteld op grond van klinische bevindingen. Hierbij is het bestaan van inflammatoire lagerugpijn erg belangrijk. De Rome-criteria⁸ zijn de eerst opgestelde classificatiecriteria voor de ziekte van Bechterew, gevolgd door de New York classification-criteria⁹ en de clinical history-criteria.¹⁰ Van der Linden et al. hebben deze drie criteriasets geëvalueerd. Als resultaat van deze studie zijn de Modified New York-criteria opgesteld (figuur 1). Op dit moment zijn dit nog steeds de meest

toegepaste criteria om de ziekte van Bechterew vast te stellen. Om de definitieve diagnose vast te kunnen stellen moet een combinatie van klinische en radiologische kenmerken aanwezig zijn. Het radiologische criterium kan in een vroeg stadium van de ziekte een vertragende factor in het diagnostisch proces zijn (zie elders in dit artikel onder Beeldvormend onderzoek).

Het vaststellen van de ziekte van Bechterew zonder afhankelijk te zijn van het radiologische criterium in de modified New York-criteria⁵, vormt voor veel medici een uitdaging.¹¹ Door middel van een explorerende studie in 2006 zijn de individuele uitingen van inflammatoire lagerugpijn bij de ziekte van Bechterew opnieuw geëvalueerd.¹² Verschillende criteriasets zijn samengesteld en met elkaar vergeleken.

Gebaseerd op een goed evenwicht in sensitiviteit en specificiteit wordt de volgende criteriaset voorgesteld:

1. ochtendstijfheid langer dan 30 minuten;
2. verbetering van de rugpijn met beweging, maar niet met rust;
3. wisselende pijn in bil (L en R);
4. wakker worden van de pijn in de tweede helft van de nacht.

Aangenomen wordt dat de prevalentie van de ziekte van Bechterew bij mensen met chronische lagerugpijn 5% is.¹³ Bij het voldoen aan drie of vier van de vier criteria is de posttest probability dan 40%.¹²

Lichamelijk onderzoek

Zorgvuldig lichamelijk onderzoek, vooral van de wervelkolom en SI-gewrichten, is erg belangrijk bij verdenking op de ziekte van Bechterew. Afwijkingen in een vroege fase van de ziekte kunnen erg subtiel zijn.^{2,15} Mobiliteitsbeperking van de wervelkolom en positieve SI-provocatietesten zijn vaak een van de eerste bevindingen bij lichamelijk onderzoek.¹⁴ Beperking van de mobiliteit van de lumbale wervelkolom moet beoordeeld worden in alle richtingen: laterale flexie links en rechts, hyperextensie, anteflexie en rotatie links- en rechtsom. De schobertest geeft het meest betrouwbare beeld van beperking in anteflexie van de lumbale wervelkolom.^{2,14} Als twee of meer van de volgende provocatietesten pijn teweegbrengen in het SI-gewricht, is er sterke verdenking op sacro-iliitis²: dorsolaterale provocatietest, ventromediale provocatietest, gaenslenmanoeuvre, fabertest (figuur 2A-2D).

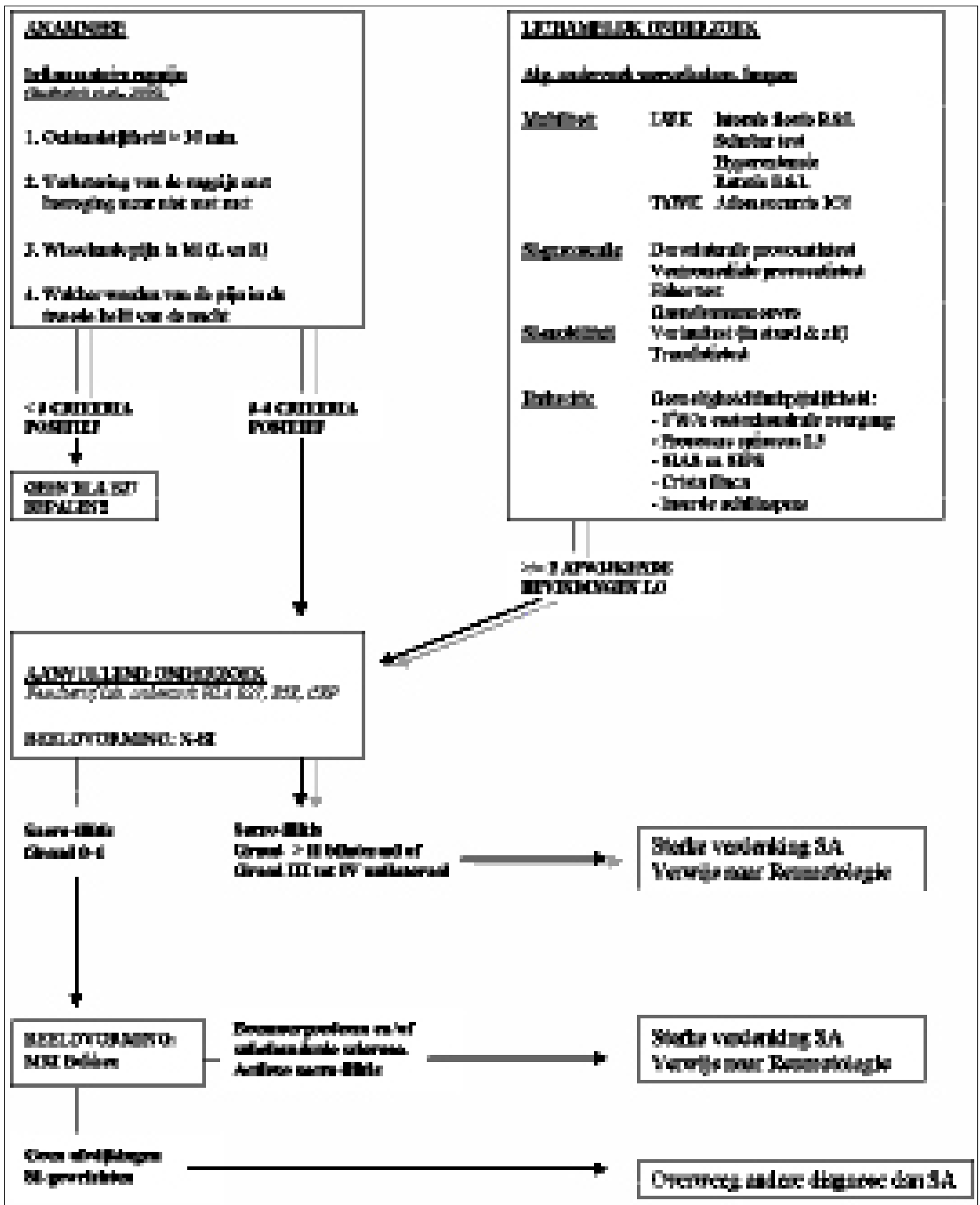
Als testen ter beoordeling van mobiliteit van de SI-gewrichten kunnen de vorlaufftest in stand en in zit^{15,16} en de translatictest¹⁵ (figuur 3A-B) uitgevoerd worden. Een vorlauffenomeen – een spina iliaca posterior superior beweegt eerder naar craniaal dan de ander – mag alleen als relevant worden beschouwd indien tenminste één van de SI-provocatietesten positief is.¹⁶

In een vroeg stadium van de ziekte kunnen costovertebrale en costo-



Figuur 3 A. Vorlaufftest.

Figuur 3 B. Translatictest.



Figuur 4. Diagnostisch protocol.

transversale gewrichten betrokken zijn, waardoor er aanvankelijk een beperking in de ademexcursie zal optreden.^{2,14}

Ook het bestaan van enthesitis (insertietendinopathie) kan een vroeg symptoom in het ziekteproces zijn.^{2,14,17} De volgende structu-

ren zijn het meest aangedaan en zijn waardevol om te controleren op drukpijnlijkheid tijdens het onderzoek: 1e en 7e costochon-

drale gewricht, processus spinosus L5, spina iliaca posterior superior, spina iliaca anterior superior, crista iliaca en proximale insertie van de achillespees.¹⁷

Laboratoriumtests

Onderzoek naar de diagnostische waarde van de aanwezigheid van HLA B27 heeft aangetoond dat dit de ziekte niet kan aantonen of uitsluiten.^{18,19} Aanwezigheid van het gen geeft een verhoogde kans op ontwikkeling van de ziekte, maar het is niet zinvol om in een vroeg diagnostisch stadium HLA B27 te bepalen. Het is niet kosteneffectief en kan leiden tot het onterecht verdenken van de ziekte van Bechterew bij een patiënt.¹⁸ Ook van het bepalen van BSE en CRP is vooralsnog niet aangetoond dat het waardevol is om deze parameters standaard in het diagnostisch proces te betrekken. Beide hebben een zwakke relatie met ziekteactiviteit bij bechterewpatiënten.^{20,21}

Beeldvormend onderzoek

Essentieel in het diagnostisch proces bij de ziekte van Bechterew is de beeldvorming van het SI-gewricht. Sacro-iliitis is het belangrijkste kenmerk van de ziekte. Het is echter mogelijk dat de tekenen van een doorgemaakte sacro-iliitis zich in een vroeg stadium nog niet ontwikkeld hebben op een röntgenfoto. Volgens de *Modified New York-criteria*⁵ moet er sacro-iliitis graad \geq II bilateraal of graad III tot IV unilateraal bestaan om definitief de diagnose ziekte van Bechterew te mogen stellen.

Het voordeel van MRI ten opzichte van CT en conventionele radiologie is in meerdere studies aangetoond.²²⁻²⁵ De mogelijkheid om het subchondrale beenmerg en gewrichtskraakbeen af te beelden, kan leiden tot het vaststellen van sacro-iliitis in een actief stadium. Dit actieve stadium gaat vooraf aan de fase waarin structurele veranderingen plaatsvinden die zichtbaar zijn op conventionele afbeeldingen.²²⁻²⁵ In de eerste

prospectieve longitudinale studie naar de diagnostische waarde van sacro-iliitis door MRI wordt geconcludeerd dat MRI een vroege diagnose van de ziekte mogelijk lijkt te maken.²⁴ Daarentegen is voor het aantonen van structurele afwijkingen in botstructuren conventionele radiologie sensitiever dan MRI.²² Een CT-scan is nog beter in staat botafwijkingen in de SI-gewrichten in beeld te brengen dan een conventionele röntgenafbeelding. Het gaat dan vooral om subtiele veranderingen die op een röntgenfoto niet waar te nemen zijn.^{25,26} Skeletscintigrafie is gebleken van beperkte klinische waarde te zijn bij de diagnose sacro-iliitis.^{23,27}

De grootste kans op het detecteren van betrokkenheid van de SI-gewrichten bij patiënten met een recent begin van inflammatoire rugklachten wordt als volgt bereikt^{22,25}:

1. Conventionele opnames van het SI-gewricht ter beoordeling van structurele veranderingen.
2. Indien niet wordt voldaan aan de *Modified New York-criteria*: MRI ter beoordeling van inflammatoire afwijkingen.

CONCLUSIE

Zware fysieke belasting vormt voor een topsporter een belangrijk onderdeel van het dagelijks leven. Het vinden van een evenwicht in belasting en belastbaarheid is belangrijk om fysieke prestaties op hoog niveau te kunnen blijven leveren.²⁸ Mogelijk wordt een topsporter door de continue vraag naar een hoge belastbaarheid al in een vroeg stadium van de ziekte geremd om zijn actieradius fors te beperken in ADL. Wanneer een (sport)arts te maken krijgt met een sporter die klaagt over chronische lagerugpijn en stijfheid, is een adequate diagnostische aanpak noodzakelijk om de ziekte van Bechterew aan te tonen of uit te sluiten. Om dit mogelijk te maken is op basis van bovenstaand literatuuroverzicht, bundeling van expertise en intensief overleg tus-

sen reumatoloog en sportarts een diagnostisch protocol opgesteld (figuur 4). Een gerichte verwijzing naar reumatologie wordt op deze manier mogelijk gemaakt, ook in een vroeg stadium van de ziekte. Het focus voor dit protocol ligt vooral op de topsporter. Het is echter gemakkelijk te verbreden naar de niet-topsporter (breedtesporter), die ook regelmatig maximale belasting van het lichaam vraagt.

Het zoeken naar een bepaald evenwicht in belasting en belastbaarheid bij de ziekte van Bechterew, die zich op grillige wijze kan presenteren, is voor ons een uitdaging. Het uiteindelijke doel is om de gedreven sporters die met deze ziekte worden geconfronteerd, zo goed mogelijk te begeleiden, rekening houdend met de gevolgen van de relatief zware fysieke belasting op (middel)lange termijn. Tot op heden zijn er nauwelijks studies gepubliceerd over de gevolgen van intensieve sportbelasting van bechterewpatiënten op lange termijn.²⁹ De effecten van sport en bewegen op het ziekteproces zijn vooral beschreven in een relatief inactieve populatie in een klinische setting.²⁹

Wij verwachten dat een optimaal medicatiebeleid bij een sporter met de ziekte van Bechterew een belangrijke bijdrage kan leveren aan het behoud van de belastbaarheid. Andere factoren die een belangrijke bijdrage leveren aan de mate van belastbaarheid zijn individuele eigenschappen van de patiënt, zoals de getraindheid/het spierkorset, het beloop van de ziekte en de sportspecifieke belasting.²⁸ Door de zware fysieke belasting als onderdeel van ADL en de gedrevenheid om op hoog niveau te blijven presteren, vormen (top) sporters een zeer specifieke patiëntenpopulatie. De toegevoegde waarde van specifieke training, waarbij gericht de beperkingen van een bechterewpatiënt worden aangepakt, is nog niet onderzocht in deze specifieke populatie. Nader onderzoek naar de mogelijkheden en de effecten van (maximale)

sportbelasting bij deze populatie is zeer wenselijk. In het UMC Utrecht wordt door middel van een maandelijks gezamenlijk spreekuur met reumatoloog en sportarts vervolg gegeven aan bovenbeschreven bevindingen. Daarnaast werd een drie maanden durende pilotstudie opgezet naar begeleide sportbelasting bij patiënten met reumatoïde artritis en bechterewpatiënten. Dit zal in 2010 herhaald worden,

waarbij uitbreiding van de studie zal plaatsvinden.

De referenties kunnen worden opgevraagd bij de auteurs.

Dit artikel is eerder verschenen in het Nederlands Tijdschrift voor Reumatologie;2010;13(1)52-58. De auteurs hebben toestemming gegeven om het artikel te herplaatsen in Revalidata 155.

CORRESPONDENTIE

Prof. dr. F.J.G. Backx
Universitair Medisch Centrum Utrecht
Divisie Hersenen
Afdeling Revalidatie- en Sportgeneeskunde
Cluster Sportgeneeskunde
Huispostnummer F 00.810
Postbus 85500
3508 GA UTRECHT
Tel.: (088) 755 88 31
Fax: (088) 755 54 50
E-mail: fbackx@umcutrecht.nl

bewegingsvisie



Met zesien orthopedische vakspecialisten uit alle delen van Nederland hebben we onze krachten gebundeld in Bewegingsvisie. Wat ons bindt, is onze persoonlijke aanpak. We luisteren goed naar de gebruikers van onze producten en werken nauw samen met behandelende artsen, de leveranciers van materialen en producten en de zorgverzekeraars. Zo kunnen we onze producten precies op iedere specifieke behoefte afstemmen.

Samenwerken in Bewegingsvisie betekent natuurlijk ook dat we onze passie voor het vak kunnen delen. We streven allemaal naar voortdurende verbetering van onze producten en verdere optimalisering van onze diensten. Alle vakmensen van Bewegingsvisie brengen hun eigen specialisme mee en zo zijn we van alle markten thuis. En omdat we overal in Nederland gevestigd zijn, zijn we altijd in de buurt te vinden.

Zo combineren we bij Bewegingsvisie de voordelen van een landelijke, vooruitstrevende organisatie met die van persoonlijke, vakkundige benadering dichtbij huis.

Voor algemene informatie:

www.bewegingsvisie.nl • info@bewegingsvisie.nl • 0900 - 225 54 51

Onderdeel van Bewegingsvisie zijn:

Brink Orthopedie • Groningen | Van Dinter Orthopedie • Tilburg |
Van Dinter Den Haag • Den Haag | Gardeslen Orthopaedie • Goes |
Kamer Orthopedie • Amsterdam | Van Lierop Orthopedie • Venlo |
Van Luijn & Van der Meer Orthopedie • Maarssen | Meijer Orthopedie
• Bussum | Orthin • Drachten | Orthopedie Techniek Heiloo • Heiloo |
Orthopaedie 2000 • Roermond | Plexus Orthopedie • Rotterdam |
Guido Schoenen Orthopedie • Vaals | Stel Orthopedie • Vries |
Verniden O.M.S. • Wijchen | Wouda Orthopedie • Hengelo

Bewegingsvisie, persoonlijk in Orthopedie



Pom

Verstaat de beweging

Bij Pom staat de cliënt centraal. Iedere cliënt kan bij ons rekenen op deskundig en persoonlijk advies. Ieder product op maat; ieder mens is tenslotte uniek.

Optimaal samenwerken met medische professionals en zorgverzekeraars vinden wij vanzelfsprekend.

Goede communicatie en afstemming, afspraken over aanmeet- en levertijden en naadloze overdracht zijn voor ons belangrijke elementen om een goede dienstverlening te kunnen garanderen.

'who cares wins'



Pom is (erkend) second opinion bedrijf

Pom, Hengstdal 3, Postbus 9011, 6500 GM Nijmegen.

Telefoon (024) 365 92 10, fax (024) 365 90 05.

E-mail: info@pomnijmegen.nl www.pomnijmegen.nl

Problemen met seks bij jongvolwassenen met cerebrale parese

D. Wiegerink, M. Roebroek, H. Stam, P. Cohen-Kettenis

INTRODUCTIE

Transitie naar volwassenheid

De transitie van adolescentie naar volwassenheid is een normale ontwikkelingsfase waarbij jongeren op allerlei levensgebieden zelfstandig worden. Belangrijke domeinen hierbij zijn de overgang van school naar werk; zelfstandig wonen; eigen financiële verantwoordelijkheid; relatievorming en seksualiteit, zelfstandig vervoer.¹ Voor jongeren met een lichamelijke beperking of chronische ziekte kan deze periode extra moeilijk zijn; net als anderen moeten zij veel nieuwe vaardigheden leren, maar ze moeten daarnaast ook nog leren hun beperkingen in te passen in de nieuwe levenssituaties met anderen zoals bij werk en in intieme relaties.²

Ontwikkeling van intieme relaties bij jongeren met lichamelijke beperkingen

De leeftijd tussen 12 en 25 jaar is een periode waarin er op seksueel gebied veel gebeurt: lichamelijke ontwikkeling, dating, aangaan van intieme relaties en seksuele carrière. Dit geldt zowel voor jongeren met als zonder lichamelijke beperkingen of chronische aandoeningen.

Lock³ onderscheidt in zijn literatuur review over jongeren met een lichamelijke beperking drie fases in de adolescentie, waarbij iedere fase specifieke problemen met betrekking tot relatievorming en

seksualiteit met zich mee kan brengen. In de vroege fase (11-13 jaar) maken jongeren zich zorgen om de lichamelijke (puberteits-) ontwikkeling, zoals het moment van de start van de puberteit, secundaire geslachtskenmerken en veranderend uiterlijk. Ook het afwijkende uiterlijk en de kans op verkering kan zorgen baren. In de middenfase (14-16 jaar) staat de omgang en vergelijking met leeftijdgenoten centraal. Juist in de vriendengroep valt veel te leren en uit te wisselen als het gaat om dating en seksuele ervaringen. Onderzoek bij jongvolwassenen met CP laat zien dat een vriendengroep bevorderlijk is om samen op stap te gaan en bij het ontplooiën van dating activiteiten.⁴

In de laatste fase (17-19 jaar) staat de ontwikkeling van meer langdurige intieme relaties centraal. Nu komen vragen over vruchtbaarheid en erfelijkheid naar voren en ook de zorgen en onwenselijkheid om de afhankelijkheid van ouders voor de persoonlijke verzorging over te dragen aan een eventuele partner. De afhankelijkheid van ouders maakt het voor sommige jongeren ook moeilijk om volwassen rolpatronen te ontwikkelen die belangrijk zijn om een gelijkwaardige seksuele relatie op te bouwen en daar intimiteit in te beleven. Uit een eerdere studie bij jongeren en jongvolwassenen met CP weten we dat deze jongeren veel minder ervaring hebben met alle stappen in de seksuele carrière.⁵ Ook hebben jongvolwassenen met CP (18-22 jaar) significant minder ervaring met verkering (77%) dan

hun niet gehandicapte leeftijdgenoten (89%). Ten tijde van dit onderzoek onder jongeren met CP hadden slechts weinig van hen verkering (23% versus 61% van de Nederlandse leeftijdgenoten).⁴ Veel jongeren met CP starten later dan Nederlandse jongeren met de eerste zoen en de eerste geslachts-gemeenschap; respectievelijk gemiddeld met 16,3 versus 14 jaar en 18,4 versus 16,7 jaar.^{6,7}

Fysieke problemen bij seks

Naast de normale ontwikkeling van intieme relaties en het experimenteren met seksualiteit dat bij deze leeftijd past, kunnen bij jongeren met CP ook hun fysieke beperkingen een rol spelen in de seksuele ontwikkeling. Van de lichamelijke puberteitsontwikkeling van kinderen met CP is bekend dat deze eerder begint en later eindigt dan bij kinderen zonder CP.⁸ Er is echter weinig bekend over de seksuele functies en de fysieke problemen die deze jongvolwassenen kunnen ervaren bij seks. Daarom willen we inzicht krijgen in fysieke en emotionele problemen die mogelijk van invloed zijn op het aangaan van intieme en seksuele relaties bij jongvolwassenen met CP.

METHODE

Deelnemers

In het CP-transitieonderzoek hebben wij 103 jongeren (62 mannen, 41 vrouwen) met normale intelligentie van 16-20 jaar vier jaar gevolgd op allerlei aspecten van maatschappelijke participatie, waaronder de ontwikkeling van intieme en seksuele relaties.^{1,5,9}

Mevrouw drs. D. Wiegerink, klinisch psycholoog K&J specialist/ onderzoeker, afdeling Revalidatiegeneeskunde en Fysiotherapie, Erasmus MC en Rijndam revalidatiecentrum, Rotterdam
Mevrouw dr. M. Roebroek, programmaleider Transitieonderzoek en Life Span care, afdeling Revalidatiegeneeskunde en Fysiotherapie, Erasmus MC, Rotterdam
Prof. H. Stam, hoogleraar Revalidatiegeneeskunde en Fysiotherapie, Erasmus MC, Rotterdam
Mevrouw prof. P. Cohen-Kettenis, hoogleraar Medische Psychologie, VUmc, Amsterdam

Dit onderzoek is onderdeel van het landelijke PERRIN onderzoek. Aan de 4-jaars follow-up hebben 76 jongvolwassenen (20-24 jaar) meegedaan, 46 mannen (60%) en 30 vrouwen (40%). De resultaten van deze laatste meting worden hier gepresenteerd.

RESULTATEN

Seksuele ervaring

Vierenvijftig procent van de deelnemers heeft ervaring met de geslachtsgemeenschap, 75% heeft ervaring met tongzoenen, strelen onder kleren of naakt vrijen zonder geslachtsgemeenschap, 20% heeft geen seksuele ervaring. Over de verschillende aspecten van de seksuele responscyclus¹⁰ rapporteert een groot deel van de groep gevoelens van opwinding te ervaren en tweederde deel van de groep ervaart een orgasme (zie tabel 1).

Problemen bij seks

• Fysieke problemen

Er is een grote variatie in fysieke problemen die jongvolwassenen met CP ervaren bij seks als ook in de frequentie waarin deze problemen worden gerapporteerd; van spasticiteit (41%) tot urineverlies, verlammingen of gevoelloosheid (5%) (zie tabel 2). Door deze problemen kunnen jongvolwassenen beperkt worden in posities en houdingen bij het vrijen. Daarnaast kan het uithoudingsvermogen minder zijn of wordt een beperkte handfunctie als belemmering genoemd. De ervaren problemen hoeven echter niet altijd te leiden tot belemmeringen bij het hebben van seks; 20% geeft aan geen belemmeringen te ervaren door fysieke beperkingen.

• **Positieve effecten van seksualiteit op lichamelijke klachten**
Vrijen kan ook positieve effecten hebben op de spasticiteit of stijfheid; vooral ontspanning wordt als positief effect genoemd (12%).

• **Emotionele problemen**
Meer dan de helft (55%) van de jongvolwassenen met CP rapporteert geen emotionele beperkingen wanneer het om seksualiteit

TABEL 1. SEKSUELE RESPONSICYCLUS BIJ JONGVOLWASSENEN MET CP.

Seksuele responscyclus (N=68)	M %	V %	Verskil M-V (Chi ²)	p
Zoeken naar seksuele stimuli:				
- zoeken naar afbeeldingen, foto's, verhalen, films	50	7	19.99	.001
- seksuele fantasieën over mannen	9	56	28.03	<.001
- seksuele fantasieën over vrouwen	86	16	34.89	<.001
Seksueel verlangen:				
- stel jij je wel eens voor hoe het is om te vrijen	94	69	13.52	.01
- hoe graag zou je met iemand willen vrijen (op een schaal van 1-10: ≥ 7) *	58	40	14.60	.10
Gevoel van opwinding ervaren bij seksueel contact of masturbatie	74	84	9.98	.08
Orgasme krijgen bij seksueel contact of masturbatie (regelmatig, vaak, altijd)	67	64	11.07	.09

* deze vraag door slechts 24 mensen beantwoord (19 mannen, 5 vrouwen).
Vetgedrukte p-waarden geven significante verschillen aan.

TABEL 2.: TOP 10 VAN MEEST GENOEMDE FYSIEKE BELEMMERINGEN DOOR JONGVOLWASSENEN MET CP BIJ HET HEBBEN VAN SEKS (N=59).

	Hinder door:	% jongvolwassenen dat problemen ervaart
1.	Spasticiteit	41
2.	Moeite met beenspreiding	31
3.	Moeite met bekken kantelen	29
4.	Stijfheid van gewrichten en spieren	28
5.	Vermoeidheid*	25
6.	Evenwichtsproblemen	22
7.	Verminderde handfunctie	20
8/9.	Energietekort*	18
8/9.	Krachtverlies	18
10.	Trillen	13

* vrouwen ervaren hierbij significant meer problemen dan mannen, respectievelijk $p=0.02$ (vermoeidheid) en $p=0.05$ (energietekort).
can utilize recently developed interventions for this age group.

gaat. Daarnaast geeft 19% aan gebrek aan zelfvertrouwen te hebben. Ook schaamte wordt genoemd; schamen voor het eigen lichaam (15%) of voor de beperkingen (11%) en 9% ervaart zijn littekens als een belemmering. Bij CP is het lichaam vaak op een erg functionele wijze benaderd (door arts, verpleging, verzorging, fysiotherapeut, etc). Een gevolg daarvan is dat 20% zijn lichaam als anders ervaart dan dat van mensen zonder beperking. Opmerkingen die hierover gemaakt worden zijn 'Ik houd mensen op afstand', 'Omdat ik hulp nodig heb in de verzorging, kan ik niet onbevangen vrijen' en 'Ik moet me concentre-

ren op handelingen waar anderen niet over na hoeven te denken'.

Informatiebehoefte

Hoewel veel jongeren (59%) ten tijde van het onderzoek geen contact hadden met een revalidatiearts, hebben de meesten dit in het verleden wel gehad.¹ Op de vraag of tijdens de revalidatie het onderwerp seksualiteit ter sprake is gekomen, geeft 90% aan dat dit niet zo is. Toch zijn er veel onderwerpen m.b.t. seksualiteit waar jongvolwassenen met CP graag informatie over willen hebben; 35% over de gevolgen van CP voor seksualiteit en kindervens, 26% over hulp-

verleningsmogelijkheden, 16% over (medische) hulpmiddelen en medicijnen en 14% over (bespreekbaar maken van) seksuele problemen met partner.

DISCUSSIE

Problemen bij seks

De meeste deelnemers aan dit onderzoek hebben relatief weinig fysieke beperkingen (GMFCS niveau I), waardoor het grote percentage problemen dat zij aangeven extra opvallend is. Dit vraagt extra aandacht van de professionals om juist bij deze groep mogelijke problemen met seks te bespreken. De fysieke problemen die genoemd worden zijn divers, waarbij vrouwen meer dan mannen problemen ervaren m.b.t. vermoeidheid en energie. Het is onduidelijk waar dit door wordt beïnvloed; in het onderzoek van Jahnsen wordt geen verschil gevonden in vermoeidheid tussen mannen en vrouwen.¹¹

Gebrek aan zelfvertrouwen en onzekerheid kan ook bij veel jongeren zonder lichamelijke beperkingen een rol spelen bij de eerste seksuele ervaringen¹², maar jongvolwassenen met CP hebben extra drempels te nemen: vertrouwd raken met de eigen lichamelijke beperkingen, mogelijkheden en behoeftes m.b.t. seks en dit ook kunnen en durven aangeven in een relatie. Dit vraagt veel vaardigheden en zelfvertrouwen van hen, zeker wanneer zij aan het begin staan van hun seksuele carrière. Opvallend is ook de schaamte voor hun lichaam en de psychische belemmering die littekens kunnen geven. Zo kan het uiterlijk met kleren aan een ander beeld van aantrekkelijkheid geven of oproepen dan het naakte lichaam en daarvan kunnen jongeren met littekens zich soms erg van bewust zijn.

Informatiebehoefte

Het is duidelijk dat veel jongvolwassenen met CP behoefte hebben aan ondersteuning bij hun problemen met seks. Dit betreft enerzijds hulp bij fysieke aspecten zoals spasticiteit en verminderde

handfunctie. Het betreft anderzijds ook psychologische ondersteuning bij acceptatie van lichamelijk en seksueel zelfbeeld, en bij het leren bespreken van beperkingen en mogelijkheden met een partner. Daarnaast is ook informatie nodig over aspecten van voortplanting. Ondanks de ervaren problemen en de behoefte aan informatie is het opvallend hoe weinig seksualiteit een gespreksonderwerp is in de revalidatie van jongvolwassenen. In de kinderrevalidatie is seksualiteit geen onderwerp dat door hulpverleners met ouders besproken wordt. Mede daardoor worden ouders zich er niet van bewust dat hun gehandicapte kind ook een seksueel wezen is en zij leren zo ook niet dat de ontwikkeling van een positief lichaamsbeeld van belang is, noch dat ze ruimte dienen te bieden voor seksuele gevoelens van hun kind.

Omdat veel jongeren met relatief lichte beperkingen de kinderrevalidatie op jonge leeftijd verlaten, is seksualiteit waarschijnlijk geen gespreksonderwerp geweest voor henzelf en voor het revalidatieteam. In de transitiefase moeten jongeren inzicht krijgen in hun eigen ziektebeeld en beperkingen en moeten zij leren om zelf hulpvragen te stellen. Daartoe wordt het in deze fase steeds belangrijker de jongere te spreken zonder zijn ouders.

Seksualiteit is ook een onderwerp waar veel mensen en dus ook jongeren niet snel zelf over beginnen. Het is dus de taak van de hulpverlener om dit onderwerp ter sprake te brengen. Ons onderzoek laat duidelijk zien welke problemen jongvolwassenen met CP kunnen ervaren met seksualiteit en dat zij behoefte hebben aan hulp en diagnosespecifieke informatie. Hierbij speelt ook een rol dat veel jongeren weinig algemene kennis hebben over hun diagnose.

In de volwassenenrevalidatie heeft de hulpverlener doorgaans te maken met de consequenties van recent ontstane aandoeningen. Bij CP gaat het echter om een aangeboren aandoening. Problemen bij

seks moeten dan ook meer gezien worden in een ontwikkelingsperspectief, passend bij die specifieke leeftijdsfase. Omdat jongeren met CP later zijn in hun seksuele carrière, komen zij dus ook later problemen met seksualiteit tegen.

ONTWIKKELINGEN IN HET BEGELEIDINGSANBOD

Zowel binnen de zorg voor kinderen met lichamelijke beperkingen als bij kinderen met chronische ziektes wordt men zich er steeds meer van bewust dat het onderwerp seksualiteit ruim aandacht verdient. Vanuit de Hogeschool Rotterdam is het spel SeCZ TaLK ontwikkeld dat voorziet in deze behoefte. Het spel is gratis aan te vragen en bestemd voor Mytylscholen, revalidatieafdelingen en afdelingen van ziekenhuizen voor groepen jongeren met een lichamelijke beperking van 12-16 jaar of van 16-25 jaar. (<http://www.opeigenbenen.nl/projecten/bordspel-secz-talk/>).

Binnen TransitieNet (<http://www.opeigenbenen.nl/transitienet>), een netwerk van professionals in de revalidatie, zijn verschillende behandelmodules ontwikkeld voor diverse gebieden van participatie (zoals werken, wonen, actieve leefstijl), die te gebruiken zijn door poliklinieken Jongvolwassenen van revalidatiecentra of -afdelingen. In dit kader is door Sophia Revalidatie in Den Haag de module Vriendschap, Verkering en Vrijen ontwikkeld, die ook in andere centra zal worden uitgezet.

CONCLUSIE

Jongvolwassenen met CP kunnen zowel fysieke als specifieke emotionele problemen ervaren met seks. Zij hebben behoefte aan diagnosespecifieke informatie en hulp bij praten over problemen met seks met hun partner. Het lijkt van belang dat hulpverleners in de revalidatie tijdens reguliere contacten initiatief nemen om mogelijke problemen bij seks te bespreken met jongvolwassenen met CP en hen daarin te begeleiden. 13

DANKBETUIGING

De auteurs bedanken alle jongvolwassenen met CP die deel hebben genomen aan dit onderzoek. De volgende leden van de Transitieonderzoeksgroep Zuidwest Nederland hebben een bijdrage geleverd aan deze studie: Afdeling Revalidatiegeneeskunde en Fysiotherapie, Erasmus MC, Rotterdam (dr. M. Donkervoort, drs. C. Nieuwenhuijsen, dr. J. van Meeteren); Rijndam revalidatiecentrum (dr. M.P. Bergen, H.J.R. Buijs), Sophiarevalidatie, Den Haag (W Nieuwstraten †, A. de Grund,)/ Delft (M. Terburg, E. Celen), Rijnlands revalidatiecentrum, Leiden (H. vd Heijden-Maessen), Stichting Revalidatiegeneeskunde Zeeland (drs. Th. Voogt), Afdeling Revalidatiegeneeskunde, Leids Universitair Centrum (prof. J.H. Arendzen, dr. M.S. van Wijlen-Hempel). Tevens heeft revalidatiecentrum De Hoogstraat, Utrecht, meegewerkt (dr. JW Gorter). Dit onderzoek is een onderdeel van het landelijke PERRIN (Pediatric Rehabilitation Research in the Netherlands) onderzoeksprogramma.

Met subsidie van het Kinderfonds Adriaanstichting en het Johanna kinderfonds (JKFnummer 07.02.28-2007/0042) en van het Fonds voor wetenschappelijk onderzoek naar de seksualiteit.

Literatuur

1. Donkervoort M, Wiegerink DJ, van Meeteren J, Stam HJ, Roebroek ME. *Transition to adulthood: validation of the Rotterdam Transition Profile for*

young adults with cerebral palsy and normal intelligence. Dev Med Child Neurol 2009;51(1):53-62.

2. McDonagh JE. *Transition of care from paediatric to adult rheumatology. Arch Dis Child* 2007;92(9):802-7.
3. Lock J. *Psychosexual development in adolescents with chronic medical illnesses. Psychosomatics* 1998;39(4):340-9.
4. Wiegerink DJ, Roebroek ME, van der Slot WM, Stam HJ, Cohen-Kettenis PT. *Importance of peers and dating in the development of romantic relationships and sexual activity of young adults with cerebral palsy. Dev Med Child Neurol.*
5. Wiegerink DJ, Roebroek ME, Donkervoort M, Cohen-Kettenis PT, Stam HJ. *Social, intimate and sexual relationships of adolescents with cerebral palsy compared with able-bodied age-mates. J Rehabil Med* 2008;40(2):112-8.
6. Wiegerink DJHG, Roebroek M, Gorter JW, Cohen-Kettenis P, Stam HJ. *Development over time of romantic and sexual relationships of young adults with cerebral palsy: a longitudinal study. submitted.*
7. Graaf de H, Meijer S, Poelman J, Vanwesenbeeck I. *Seks onder je 25e. Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2005. Delft: Eburon; 2005.*
8. Worley G., Houlihan C.M., Herman-Giddens M.E., O'Donnell M.E., Conaway M., Stallings V.A. et al. *Secondary sexual characteristics in children with*

cerebral palsy and moderate to severe motor impairment: a cross-sectional survey. Pediatrics 2002;110(5):897-902.

9. Donkervoort M, Roebroek M, Wiegerink D, van der Heijden-Maessen H, Stam H. *Determinants of functioning of adolescents and young adults with cerebral palsy. Disabil Rehabil* 2007;29(6):453-63.
10. Gijs L, Gianotten W, Vanwesenbeeck I, Weijnenborg P, editors. *Seksuologie. 2e druk ed. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; ISBN 9789031551879; 2009.*
11. Jahnsen R, Villien L, Stanghelle JK, Holm I. *Fatigue in adults with cerebral palsy in Norway compared with the general population. Dev Med Child Neurol* 2003;45(5):296-303.
12. Bakker F. *Rapport Seksuele gezondheid in Nederland 2009* 2009. Available from: URL: <http://www.rng.nl/productenendienst/onderzoekspublicaties/onderzoekspublicaties-1/downloadbare-publicaties-in-pdf/rapport-seksuele-gezondheid-in-nederland-2009>.
13. Gianotten WL, Meihuizen-de Regt MJ, van Son-Schoones N, editors. *Seksualiteit bij ziekte en lichamelijke beperking. Assen: Koninklijke Van Gorcum; ISBN 97832344059; 2008.*

CORRESPONDENTIE

Diana Wiegerink
Afdeling Revalidatiegeneeskunde en Fysiotherapie
Erasmus MC
Postbus 2040
3000 CA ROTTERDAM
E-mail: d.wiegerink@erasmusmc.nl

Verschillen oude/nieuwe opleidingseisen:

Informatie voor AIOS in overgangssituatie oude en nieuwe opleidingseisen/ oude leerplan en nieuw opleidingsplan BETER

INLEIDING

Je bent als AIOS gestart met de opleiding tot revalidatiearts voor 2011 en hoopt de opleiding na 2011 af te ronden. In bovengenoemde situatie kom je in aanraking met de nieuwe opleidingseisen en het opleidingsplan BETER, welke zullen gelden vanaf 2011. Er zal een overgangstermijn van 2 jaar worden gehanteerd; d.w.z. AIOS, die binnen 2 jaar na 2011

hun opleiding afronden, mogen worden getoetst volgens de oude opleidingseisen.

Als kerngroep hebben we getracht de verschillen tussen de oude opleidingseisen/leerplan en de nieuwe opleidingseisen/opleidingsplan BETER in onderstaand schema samen te vatten, zodat je in één overzicht duidelijk ziet wat deze overgang voor jou als AIOS gaat betekenen.

VERSCHILLEN OUDE/NIEUWE OPLEIDINGS-EISEN/PLANNEN:

	Oud (voor 2011)	Nieuw (vanaf 2011)
Competenties	-	Competentiegerichte opleiding (7 competenties: medisch handelen, communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie, professionaliteit)
Diagnosegroepen/thema's	Er is een minimum aantal patiënten geformuleerd; hierbij is onderscheid gemaakt tussen kinderen/volwassenen, consulten, klinisch/niet klinisch en PRB	- Verplichte thema's gekoppeld aan setting: spreekuur, intercollegiaal consult, poliklinische revalidatiebehandeling, klinische revalidatiebehandeling - Kritische beroepssituaties (KBS): kunnen gebruikt worden om competenties te toetsen - Er is geen minimum aantal patiënten, wat gezien moet worden bij de verschillende thema's
Onderwijs	Praktijk-, cursorisch- en landelijk onderwijs	Zoals bij oud, wel specifiek gedefinieerd
Toetsing	Geen verplichte toetsing, wel voortgangsgesprekken en geschiktheids-/eindbeoordeling.	Nieuwe toetsvormen (kennistoets, CAT, KPB) <i>Zie bijlage toetsing</i>
Kwaliteitszorg	Visitaties	Visitaties
Opleider/supervisor-professionalisering	Niet specifiek gedefinieerd	Opleider volgt Teach the Teacher scholing

Voor meer informatie verwijzen we je naar onderstaande nuttige links:

- Kaderbesluit en besluit Revalidatiegeneeskunde <http://knmg.artsennet.nl/opleidingenregistratie/regelgeving-1/Huidige-besluiten-CCMS/Overzicht-alle-Besluiten-CCMS.htm>

- Opleidingsplan Revalidatiegeneeskunde <http://knmg.artsennet.nl/opleidingenregistratie/Artikel/Revalidatiegeneeskunde-2.htm>

Vriendelijke groet,
De kerngroep
februari 2010

BIJLAGE: TOETSING

Hieronder staat het schema van de nieuwe verplichte toetsmomenten, zoals deze gaan gelden bij de implementatie van het nieuwe opleidingsplan BETER. Dit schema is een kopie van het schema in het opleidingsplan (bijlage 7).

In het leerplan van 2000 werden geen verplichte toetsen/toetsingsmomenten beschreven, behoudens de voortgangsgesprekken. Hoewel in verschillende

circuits verschillende toetsingsvormen al gebruikt worden, zal er met dit schema mogelijk meer uniformiteit komen in de toetsing van AIOS.

Bij de toetsen is onderscheid gemaakt tussen summatieve toetsen (beoordelend: op basis hiervan kan een beslissing genomen worden over het beheersingsniveau van de competentie) en formatieve toetsen (lerend: inzicht verkrijgen in stand van zaken t.a.v. een competentie en aan de hand hiervan het persoonlijk opleidingsplan bijsturen).

Toetsing	½ jaar	1 jr	1½ jr	2 jr	2½ jr	3 jr	3½ jr	4 jr
Voortgangsgesprek	•	•	•	•	•	•	•	•
Geschiktheidbeoordeling		•		•		•		•
kennistoets	•		•		•		•	
360 graden beoordeling		•		•		•		
zelfreflectie	•	•	•	•	•	•	•	•
CAT (Critical Appraised Topic)		•		•		•		
Beoordeling opdrachten t.b.v. portfolio	•	•	•	•	•	•	•	•
KPB (Klinische Praktijk Beoordeling)	•	•	•	•	•	•	•	•
Cursorisch onderwijs/referaten	•		•		•			
Voordracht						•		
1e auteur peer-reviewed artikel							•	

N.b. KPB's 10x per jaar

Rood: Summatieve toets Blauw: Formatieve toets Groen: facultatief (bij twijfel/zorgen)

Plenaire Visitatiecommissie Revalidatiegeneeskunde Jaarverslag 2009

1. Samenstelling

De samenstelling van de plenaire visitatiecommissie was per 1 januari 2009 als volgt:

Voorzitter: dr. P.H.T.G. Heuts,
 drs. B.J.W. Bevaart, MSRC vertegenwoordiger
 Secretaris: dr. G.M.Rommers, tevens plv. vertegenw.
 MSRC
 Leden: drs. H.J. Arwert
 prof.dr. J.G. Becher
 drs. H.G.A. Hacking
 mw.drs. W.M.G.C. Hitters
 mw. dr. A.F. Hoeksma
 drs. H.Laman
 prof.dr. J.S.Rietman

Namens Kerngroep:
 mw.drs. E.C. Husson
 mw.drs. W.V.Middelkamp

In mei 2009 werd collega J.P.J. Bakker aangesteld. In september traden de collegae J.G. Becher, J.S. Rietman en W.M.G.C. Hitters af. In december trad collega S. Borsje toe tot de PVC.

In juni nam collega V.R.M.P. Moulart de taken over van collega E.C. Husson als AIOS vertegenwoordiger namens de Kerngroep. Collega B.J.W. Bevaart heeft te kennen gegeven zijn taken als vertegenwoordiger bij de MSRC te continueren tot januari 2011.

Collega H. Laman is vertegenwoordiger namens het bestuur van de VRA, maar neemt niet deel aan de visitaties.

Veel dank aan de collegae voor de inzet voor de PVC in het afgelopen jaar.

2. Vergaderingen

De plenaire visitatiecommissie kwam negen maal bijeen in Utrecht; Eenmaal was er een gezamenlijke vergadering met de opleiders (Leiden).

3. Visitaties

De volgende visitaties werden uitgevoerd:

Datum	Opleidingsinrichting	Opleider/Plv. opleider	Visitatiecie ad hoc
26-01-2009	JBI, Amsterdam Slotervaart Ziekenhuis, A'dam	drs. R. Dahmen mw.dr. A.F.Hoeksma	mw.drs. W.M.G.C. Hitters drs. H.J. Arwert mw.drs. W.V. Middelkamp
27-01-2009	Isalakinieken, Zwolle	dr. C.H.Emmelot	drs. H.G.A.Hacking mw.dr. A.F. Hoeksma mw.drs. E.C.Husson
02-04-2009	UMCG, Groningen	dr. C.B.G Maathuis dr. R. Dekker	prof.dr. J.S. Rietman drs. H.G.A. Hacking
03-04-2009	Revalidatie Friesland, B'zwaag	mw.dr. A.M. Boonstra	mw.drs. E.C. Husson mw.drs. M.T. Hartlief
22-06-2009	Rijndam RC, Rotterdam	dr. M.P. Bergen dr. G.M. Ribbers	mw.dr. A.F. Hoeksma drs. W.G.M. Bakx
23-06-2009	Erasmus MC, Rotterdam	dr. W.G.M. Janssen	mw.drs. V.R.M.P. Moulart mw.dr. J. van Meeteren
18-08-2009	RC Heliomare, Wijk aan Zee	dr. C.A.M. v. Bennekom drs. J.R. Slootman	dr. G.M. Rommers drs. H.J. Arwert
19-08-2009	VUmc, Amsterdam	prof.dr. J.G. Becher Dr. V. de Groot	mw.drs. W.V. Middelkamp
22-09-2009	Ziekenhuis Rijnstate, Arnhem	drs. M. Rulkers	dr. P.H.T.G. Heuts
23-09-2009	Groot Klimmendaal, Arnhem	dr. R. Meijer drs. J.D. Martina	dr. J.P.J. Bakker mw.drs. W.V. Middelkamp
14-10-2009	UMCU, Utrecht	mw.prof.dr. E. Lindeman mw.dr. J.M.A. Visser-Meily	mw.dr. A.F. Hoeksma dr. G.M. Rommers mw.drs. W.V. Middelkamp

4. Problemen of belangrijke gebeurtenissen die zich bij de visitaties hebben voorgedaan

Bij de visitaties werden enkele malen plaatsvervangend opleiders voorgesteld welke ten tijde van de visitatie niet voldeden aan de gestelde regels van de MSRC. Hiervoor diende in overleg met de secretaris van de MSRC aanvullende afspraken te worden gemaakt, dan wel dat de voorgestelde kandidaat diende te worden afgewezen.

5. Problemen waarmee de plenaire visitatiecommissie is geconfronteerd bij de bespreking van visitatierapporten dan wel bij de toepassing van de vigerende voorschriften en besluiten

Bij de bespreking van de visitatierapporten werd op aanwijzing van de secretarissen van de MSRC duidelijk, dat nauwgezet diende

te worden geformuleerd t.a.v. de bestaande regelgeving en de te formuleren voorwaarden en zwaarwegende adviezen. Hierdoor werden soms aanvullende voorwaarden en zwaarwegende adviezen geformuleerd na de verichte visitatie.

6. Algemeen

Eenmaal was een gezamenlijke vergadering met de opleiders in het LUMC te Leiden. Daar werd het nieuwe opleidingsplan BETER door de voorzitter ten doop gehouden. De invoering van de nieuwe opleidingseisen zal naar verwachting direct gevolgen hebben voor de te houden visitaties. Hoe deze veranderingen er uit gaan zien zal in nader overleg met de secretarissen van de MSRC worden vormgegeven.

In nauw overleg met de secretaris en jurist van de MSRC werd het nieuwe kaderbesluit en specifiek besluit Revalidatiegeneeskunde vorm gegeven. De nieuwe regels werden aangeboden aan het Centraal College (CCMS). De goedkeuring hiervan werd medio oktober 2009 verkregen. Deze nieuwe regels zullen per 01-01-2011 ingaan.

7. Financiën

De plenaire visitatiecommissie beheert geen gelden. De financiële verantwoording van inkomsten en uitgaven wordt, separaat, verzorgd door de penningmeester van de VRA.

Groningen, april 2010.

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

Jaarverslag 2009 Buitenland commissie (BUCO)

Bestuurssamenstelling

Voorzitter: D. Wever, Enschede.

Secretaris: F. Nollet, Amsterdam.

Penningmeester: T. Terburg, Den Haag.

In het najaar 2008 werd op de ALV van de VRA het nieuwe reglement van de BUCO goedgekeurd. Daarmee werd een 'slapende' BUCO nieuw leven ingeblazen. Enkele jaren achtereen werd ook geen verslag gedaan van de BUCO activiteiten. Met nieuw elan werd met name op Europees nivo door bovengenoemd bestuur actief werk verzet. Afgezien van enkele activiteiten van zeer actieve leden binnen ISPO en ISCOS nam de actieve participatie in Internationale gremia in de afgelopen jaren af. Ook de afstemming tussen BUCO en VRA bestuur, vastgelegd in het nieuwe reglement, kwam helaas nog niet tot stand.

Europese organisaties:

Er werden 2 assembly's in 2009

bezoekt in respectievelijk Cambridge en Vilnius. Met betrekking tot de bijeenkomst van de ESPRM en UEMS-PRM in Cambridge kan worden verwezen naar het verslag in Revalidata. In Vilnius werd in de 3 onderdelen Board, Clinical Affairs committee en Professional Practice committee verder vergaderd.

- In de Board (vertegenwoordiger Terburg) werd besloten over snellere certificering (Fellow of the European Board) en recertificering (Senior Fellow). Het Europees examen vond plaats op 28 november 2009, waaraan 4 Nederlandse kandidaten deelnamen en slaagden. Tot juni 2010 kan op basis van het persoonlijke curriculum een Board certificatie worden verkregen. Er werden in 2009 7 sitevisits ver-

richt en 5 PRM instellingen werden Europees gecertificeerd. Een analyse wordt verricht naar de curricula voor de opleiding tot revalidatiearts in de aangesloten Europese landen om uiteindelijk te komen tot een Europese richtlijn.

- In de Clinical Affairs committee (vertegenwoordiger Nollet) workshop werd een aantal PRM behandelprogramma's Europees geaccrediteerd. Gestreefd wordt naar een Gold Standard in Europa. Ook uit Nederland kunnen protocollen voor accreditatie worden aangeboden voor een review en na goedkeuring op de website worden geplaatst.
- In de Professional Practice committee (vertegenwoordiger Wever) werd het actieplan

besproken. Dit behelst de 'Field of Competence' (FOC) van de revalidatiearts in Europa. In dit verband wordt gewerkt aan harmonisatie van het 'White Book of PRM' in Europa, papers on FOC in PRM en een lijst van topics voor het E-book.

- Over een aantal onderwerpen zal met het VRA bestuur moeten worden gesproken. Het betreft de discussie in Europa over balneologie in PRM en het lidmaatschap van de Baltic and North Sea Forum in PRM.
- ESPRM: een analyse is gaande naar de plaats van Revalidatiegeneeskunde in de gezondheidszorg in de diverse Europese landen. Het resultaat is inmiddels teruggekoppeld op het 17de ESPRM congres in mei 2010 in Venetië.

Internationale organisaties:

- ISPRM: De laatste bijeenkomst vond plaats in Istanbul in juni 2009. Nederland heeft zijn voor-aanstaande positie enigszins verloren. Er is nog maar 1 vertegenwoordiger (Wever) lid van de Board of Governors. In het verleden waren dat 3 leden, die ook een positie in de 'Presidents cabinet' en de 'Executive committee' hadden. Daarmee is de invloed van Revalidatiegeneeskunde Nederland tanende. Het volgende congres is gepland in Puerto Rico in 2011 en in China

in 2013. Gestemd werd over het congres in 2015. Dat zal plaatsvinden in Berlijn onder auspiciën van de Duitse en Oostenrijkse PRM verenigingen samen. Jimenez uit Canada werd benoemd tot opvolger van Peek als Society historian. De naam van de Board of Governors werd veranderd in Assembly of Delegates. Min of meer vergelijkbaar met de Europese organisatie. Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden werden herzien.

Regionale en subregionale sociëties kunnen lid worden. Ontwikkelingen in de ISPRM lopen min of meer synchroon met de hierboven beschreven Europese ontwikkelingen. De ISPRM wordt door de WHO in Geneve (h)erkend als de internationale vertegenwoordiger voor het specialisme Revalidatiegeneeskunde. De ICF speelt hierbij een belangrijke rol.

- ISPO: Geertzen is in mei in Leipzig 2010 benoemd tot President van de ISPO en zal uiteraard een belangrijke rol gaan spelen in de internationale ontwikkelingen van orthesiologie en prothesiologie en aanverwante zaken in de komende jaren. Van Kuppevelt is teruggetreden uit het wereldbestuur. Van der Linde is gekozen als nieuw bestuurslid. Het 13de ISPO wereldcongres is van 10 t/m 15 mei 2010 in

Leipzig. Het 14de wereldcongres is van 3 t/m 8 maart 2013 in Hyderabad, India.

- ISCOS: Het jaarlijkse ISCOS wereldcongres zal in 2014 in Nederland plaatsvinden onder auspiciën van de NVDG. De collegae revalidatieartsen uit de Nederlandse en Vlaamse dwarslaesie centra zullen nauw betrokken zijn bij de organisatie. Voorzitter van het organisatiecomité is Van Kuppevelt.

Over de andere internationale organisaties, ook vertegenwoordigd in de BUCO, zijn geen speciale ontwikkelingen te melden.

Komende jaren

Een aantal zaken is van belang. Het overleg tussen VRA bestuur en BUCO moet worden geïntensiveerd ten einde te komen tot helder buitenlandbeleid. Afstemming tussen BUCO en ORDE van medisch specialisten in het kader van Europa is belangrijk. Er dient verjonging van VRA vertegenwoordigers in Europese en Internationale organisaties te worden nagestreefd. De plaats van aios in de BUCO moet worden afgesproken. Ten slotte dient de BUCO zich op de website van de VRA nadrukkelijker te manifesteren.

*Namens het bestuur en de leden van de BUCO,
Daan Wever, voorzitter.*

‘Assessment of a two-channel implantable peroneal nerve stimulator post-stroke’

A. Kottink-Hutten

Anke Kottink-Hutten werd geboren op 28 januari 1979 te Geesteren (Ov). De middelbare school volgde zij in Almelo aan de St.-Canisius, waar zij in 1997 haar VWO diploma behaalde. In datzelfde jaar begon zij haar opleiding Biomedische Gezondheids Wetenschappen (BGW) aan de Katholieke Universiteit Nijmegen, met als afstudeerrichting Bewegingswetenschappen. In april 2001 startte zij haar afstudeerstage bij Roessingh Research and Development (RRD), waarin onderzoek werd gedaan naar de rustmomenten in vier nek/schouderpijnen tijdens computerwerkzaamheden bij gezonde proefpersonen en patiënten met Repetitive Strain Injury (RSI). In oktober 2001 werd met deze stage de studie BGW afgerond. Aansluitend is ze als wetenschappelijk onderzoeker bij RRD binnen het cluster ‘Restoration of Human Function’ aangesteld op het Europese Impulse project. Van november 2005 t/m december 2007 is zij tevens als onderzoeker werkzaam geweest bij de Ziekenhuis Groep Twente, locatie Almelo, op het gebied van de diabetische voet.

Momenteel is zij betrokken bij diverse projecten waarbij Virtual Reality en robotica worden ingezet voor de revalidatie van de armfunctie na een CVA. Op 12 februari 2010 verdedigde zij haar proefschrift ‘Assessment of a two-channel implantable peroneal nerve stimulator post stroke’ aan de Universiteit Twente.

SAMENVATTING

Een sleepvoet is een motorische aandoening, welke vaak wordt waargenomen bij CVA patiënten. Deze aandoening resulteert in een afwijkend, inefficiënt en onveilig looppatroon, welke patiënten hindert de alledaagse activiteiten uit te voeren, resulterend in een verminderde kwaliteit van leven. In het verleden zijn verschillende therapieën ontwikkeld ter behandeling van een sleepvoet. Functionele elektrische stimulatie (FES) van de peroneus zenuw is één van de mogelijke behandelmogelijkheden ter correctie van de sleepvoet. Alhoewel FES al meer dan 40 jaar bestaat, wordt het nog steeds niet wereldwijd toegepast en blijft het aantal behandelde patiënten relatief klein. Meerdere redenen kunnen hiervoor verantwoordelijk zijn, zoals technische beperkingen en de onbekendheid omtrent het gebruik van FES in vele landen. Tevens is er nog steeds geen hard bewijs voor de positieve klinische effecten van deze behandeling. Tot op heden is één gerandomiseerde klinische studie uitgevoerd door Burridge (1997), welke tevens werd gekenmerkt door verschillende beperkingen. Een interessant aspect, welke tot op heden niet is onderzocht, is welke extra waarde een peroneus stimulatie systeem heeft ten opzichte van de behandeling, welke in de dagelijkse praktijk wordt voorgeschreven aan CVA patiënten, namelijk een passieve orthese.

Het doel van dit proefschrift is om bij te dragen aan een meer evidence based revalidatiepro-

gramma voor CVA patiënten met betrekking tot de behandeling van een sleepvoet middels FES. Een gerandomiseerde gecontroleerde studie (RCT) is uitgevoerd, waarin het effect van een implanteerbare twee-kanaals peroneus stimulator, de STIMuSTEP™, op stoornisniveau, beperkingniveau en kwaliteit van leven werd geëvalueerd in vergelijking met het effect van de conventionele behandeling, welke aan CVA patiënten met een sleepvoet wordt voorgeschreven, welke in de meeste gevallen een enkel-voet orthese (EVO) is.

Ten eerste is een systematische review uitgevoerd waarin trials zijn geïncludeerd, welke het orthetische effect van FES op het lopen bij CVA patiënten met een sleepvoet hebben onderzocht, waarvan de resultaten staan beschreven in hoofdstuk 2. Acht studies werden geïncludeerd in de review, waarin één studie een RCT was. De methodologische score varieerde van 8 tot 18 op een totaal van 19 punten. Zes van deze 8 studies hadden loopsnelheid als uitkomstmaat. Vier van deze studies includeerden chronische CVA patiënten en in 2 studies waren zowel acute, subacute en chronische CVA patiënten geïncludeerd. De data van 2 van de 6 studies, welke loopsnelheid als uitkomstparameter hadden toegevoegd, konden niet worden gebruikt voor de berekening van de gepoolde loopsnelheid, aangezien te weinig data hiervoor beschikbaar was. Uit het poolen van de resultaten van de overige 4 studies kwam een gepoolde verbe-

tering in loopsnelheid van 0.13 m/s (0.07-0.2) of 38% (22.18-53.8) naar voren. De toepassing van FES lijkt dus een positief orthetisch effect op loopsnelheid te hebben.

In hoofdstuk 3 ligt de focus op het orthetische effect van de STIMuSTEP™ op loopsnelheid en het dagelijkse activiteitenpatroon. Negenentwintig CVA patiënten met chronische hemiplegie en een sleepvoet, welke voldeden aan de opgestelde in- en exclusiecriteria, werden geïncludeerd in de studie. Veertien van hen ontvingen de geïmplanteerde stimulator en 15 van hen continueerden het gebruik van hun voorgeschreven hulpmiddel tijdens de baseline meting, bestaande uit een EVO, een orthopedische schoen of geen hulpmiddel. Loopsnelheid werd gemeten middels de 6 minuten looptest en de 10 meter looptest. Een activiteitenmeter werd gebruikt om de fysieke activiteit te meten, resulterend in het percentage tijd van de dag waarin werd gelopen, gestaan of gezeten/gelegen. Het gebruik van de implanteerbare peroneus stimulator resulteerde in een toename in loopsnelheid van 23% gemeten met de 6 minuten looptest, terwijl de loopsnelheid in de controlegroep maar 3% verbeterde. De comfortabele loopsnelheid gemeten met behulp van de 10 meter looptest was ook significant verbeterd in de FES groep. De verbetering in loopsnelheid, gemeten met zowel de 6 minuten looptest als de 10 meter looptest, was naast significant ook klinisch relevant volgens de criteria, welke zijn beschreven in de wetenschappelijke literatuur.

Met betrekking tot het activiteitenpatroon kwam naar voren, dat zowel de interventie als controlegroep een afname liet zien in het percentage tijd, dat men spendeerde aan lopen. Echter, er werd geen significant verschil tussen beide groepen gevonden. Ondanks het feit, dat veel patiënten aangaven dat de STIMuSTEP™ het lopen vergemakkelijkt, lijkt het erop dat deze patiëntengroep

hetzelfde activiteitenpatroon is blijven uitvoeren in vergelijking met voor de operatie. Aangezien het uitvoeren van deze activiteiten gepaard gaat met een toegenomen loopsnelheid is het percentage tijd, dat zij spendeerden aan lopen, afgenomen.

Hoewel het gebruik van de STIMuSTEP™ resulteerde in een significante en klinisch relevante toename in loopsnelheid, suggereren de resultaten, dat de gemiddelde loopafstand niet is veranderd als gevolg van het gebruik van de stimulator.

Hoofdstuk 4 richt zich op de vraag of het gebruik van de STIMuSTEP™ resulteert in een therapeutisch effect. Hiermee wordt bedoeld of er na een periode van FES gebruik een positief effect aanwezig blijft op het moment, dat de stimulator niet wordt gebruikt. Dezelfde studiegroep werd hiervoor gebruikt en de metingen vonden plaats tijdens baseline en 4, 8, 12 en 26 weken na de operatie. De maximale spieractiviteit van de tibialis anterior (TA), peroneus longus (PL), gastrocnemius (GS) en de soleus (SL) spier aan de aangedane zijde werd gemeten met behulp van oppervlakte electromyografie (sEMG). Deze meting vond plaats, terwijl de positie van de knie zich in flexie en extensie begaf. Daarnaast werd gekeken naar het therapeutische effect van peroneus stimulatie op de loopsnelheid en werd gekeken naar het effect van een periode FES gebruik op de mate van spieractiviteit van de TA spier van het aangedane been tijdens de zwaafase van het lopen. Uit de resultaten kwam een significante toename in spieractiviteit van de TA spier naar voren terwijl de knie zich in een extensie positie begaf. Daarnaast werd een significant toegenomen spieractiviteit van de GS spier gevonden in beide knieposities na het gebruik van FES. Er werd geen verandering in loopsnelheid waargenomen wanneer geen gebruik werd gemaakt van de stimulator. Tevens werd geen toename in TA activiteit van het aangedane been gevonden

tijdens de zwaafase van het lopen na gebruik van de stimulator. Concluderend kan gesteld worden, dat geen functioneel therapeutisch effect van de STIMuSTEP™ is gevonden. Echter, de significant toegenomen vrijwillige spieractiviteit van zowel de TA en GS spier na het gebruik van FES suggereert, dat er wel sprake is van een bepaalde mate van plasticiteit in de huidige studiegroep.

Hoofdstuk 5 beschrijft de invloed van de STIMuSTEP™ op de spatio-temporele parameters van zowel het aangedane als niet-aangedane been en de heup, knie en enkel kinematica van het aangedane been tijdens het lopen. Hierbij werd gekeken of FES een toegevoegde waarde heeft ten opzichte van de conventionele hulpmiddelen, welke gebruikt worden als behandelingsmethode voor een sleepvoet, zoals een AFO of orthopedische schoenen. Vanuit de literatuur is bekend, dat peroneus stimulatie naast een toegenomen dorsaalflexie van het enkelgewricht ook kan resulteren in een toegenomen flexie van het heup- en kniegewricht. Peroneus stimulatie zou dus een positieve invloed kunnen hebben op het flexiepatroon, welke nodig is voor een goede voet clearance tijdens de zwaafase van het lopen. Hierdoor zou een normaler looppatroon moeten ontstaan, welke de noodzaak tot compensatie strategieën vermindert, resulterend in een efficiënter gebruik van de heup- en knie-spieren. De 2 metingen, welke plaatsvonden tijdens baseline en na 6 maanden gebruik van de peroneus stimulator, bestonden uit het plaatsen van 17 reflecterende markers op het onderlichaam van de proefpersoon. Met behulp van een 3-dimensionaal Vicon® systeem werd het looppatroon van zowel het paretische als niet-paretische been vastgelegd. De controlegroep bestond in totaal uit 13 patiënten, terwijl de interventiegroep uit 10 patiënten bestond. Uit de resultaten kwam naar voren, dat beide behandelingsmethoden een

vergelijkbaar effect hebben op de spatiotemporele parameters van het hemiplegische looppatroon. Daarnaast werd een significante afname gevonden in zowel de plantairflexie hoek van de enkel tijdens de zwaafase als tijdens de landing van de voet tijdens het gebruik van de implanteerbare peroneus stimulator. Echter, tijdens het gebruik van peroneus stimulatie werd geen toename in heup- en knieflexie gevonden.

Peroneus stimulatie resulteert in een toename van de dorsaalflexie hoek van het enkelgewricht tijdens de zwaafase van het lopen en zorgt voor een veiliger landing van de voet tijdens de standfase in vergelijking met de conventionele hulpmiddelen. Hierdoor zal het risico op struikelen of vallen waarschijnlijk afnemen.

In hoofdstuk 6 wordt aandacht besteed aan het effect van de FES behandeling ter correctie van een sleepvoet op de kwaliteit van leven van de deelnemende patiënten. De gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven werd gemeten op 2 verschillende manieren: (1) door het afnemen van beschrijvende vragenlijsten, zoals de Short-Form 36 (SF-36: generiek meetinstru-

ment) en de Disability Impact Profile (DIP: ziektespecifiek meetinstrument); en (2) door het verkrijgen van utiliteiten gemeten met zowel de Time Trade Off (TTO) als het berekenen van utiliteiten uit de Euroqol-5D (EQ-5D) en SF-36. Het primaire doel van de studie was te onderzoeken of de STIMuSTEP™ resulteerde in een verbetering van de kwaliteit van leven. Het tweede doel was het onderzoeken van de interne en externe responsiviteit van de toegepaste utiliteitsvragenlijsten en het derde en laatste doel bestond uit het onderzoeken of er een relatie aanwezig was tussen de verschillende maten, welke gebruikt zijn om utiliteit te meten. Uit de resultaten kwam naar voren, dat de peroneus stimulator een significant positief effect had op de domeinen fysiek functioneren, algemene gezondheid en de fysieke component score van de SF-36. Tevens werd in de FES groep een significante verbetering gevonden op de domeinen mobiliteit, zelfzorg en psychologische status van de DIP. Met betrekking tot de utiliteitsmaten werd alleen een significant effect gevonden op de utiliteitsindex, welke was berekend vanuit de EQ-5D. Zowel de EQ-5D als de SF-36 waren de meest res-

ponsieve utiliteitsmaat en de hieruit voortvloeiende utiliteitsindexen waren gerelateerd aan elkaar. Concluderend kan gesteld worden, dat de STIMuSTEP™ een positief effect lijkt te hebben op de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven, met name op de domeinen, welke gerelateerd waren aan fysiek functioneren.

In het laatste hoofdstuk, hoofdstuk 7, zijn de verschillende bevindingen uit dit proefschrift geïntegreerd en bediscussieerd en aanbevelingen voor vervolgonderzoek zijn gedaan. Samenvattend komt uit de resultaten naar voren, dat de STIMuSTEP™ een klinisch effectief systeem is voor een geselecteerde groep CVA patiënten met een sleepvoet. Wanneer deze neuroprothese wordt vergeleken met de gebruikelijke behandelingsmethode, welke een spalk betreft in de meeste gevallen, wordt een klinisch relevant orthetisch effect van de neuroprothese op mobiliteit, enkel kinematica en kwaliteit van leven gevonden. Echter, er is geen wetenschappelijk bewijs gevonden voor de aanwezigheid van een therapeutisch effect na het gebruik van de implanteerbare twee-kanaals peroneus stimulator.

Nederlandse samenvatting proefschrift 'Physical activity and physical fitness in juvenile idiopathic arthritis'

Otto Lelieveld

'Physical activity and physical fitness in juvenile idiopathic arthritis'

door Otto Lelieveld

Datum: 7 april 2010

Promotores: Prof. dr. J.H.B. Geertzen

Prof. dr. P.J.J. Sauer

Otto Lelieveld (1957) studeerde van 1976 tot 1980 fysiotherapie in Deventer. Tussen 1981 en 1990 werkte hij als fysiotherapeut op verschillende kinderevalidatie projecten in Zambia. Van 1991 tot 1998 werkte hij als fysiotherapeut in het Deventer Ziekenhuis, waarna hij de overstap maakte naar de afdeling Revalidatiegeneeskunde van het Universitair Medisch Centrum Groningen. Hij raakte al snel betrokken bij de behandeling van Juvenile Idiopathische Artritis. Het onderzoek op dit gebied trok zijn belangstelling. Zijn betrokkenheid, in 2003, bij de start van een adolescentenpoli mondde uit in een protocol om nauwgezet het functioneren van adolescenten met jeugdreuma in kaart te brengen. In 2006 t/m 2008 ontwikkelde hij samen met de afdeling Kinderreumatologie van het UMCG een interventie, 'Reumaatjes@work'. Met financiële ondersteuning van het Reumafonds zal deze interventie in een landelijke Multi-center trial verder worden getest.

Juvenile idiopathische artritis (jeugdreuma), een chronische auto-immuun ziekte, kenmerkt zich door gewrichtsontstekingen met onbekende oorzaak, die langer dan 6 weken duren. In het proefschrift worden lichaamsbeweging en de fitheid van kinderen en adolescenten met jeugdreuma vergeleken met gezonde leeftijdsgenoten en wordt het effect gemeten van een internetprogramma, dat ontworpen is om kinderen met jeugdreuma actiever te laten zijn. Fitheid en lichaamsbeweging dragen immers bij aan een optimale gezondheid. Dit geldt ook voor chronisch zieke kinderen. In dit proefschrift wordt fitheid uitgedrukt als het aerobe en anaerobe inspanningsvermogen. De resultaten laten zien dat patiënten met jeugdreuma significant minder fit zijn en significant minder lichaamsbeweging hebben dan gezonde leeftijdsgenoten. Dit geldt ook voor die patiënten, die in remissie zijn. De resultaten

laten ook zien, dat er samenhang bestaat tussen fitheid, lichaamsbeweging en welbevinden: fitte en actieve patiënten voelen zich beter.

In het proefschrift worden ook de ziektepercepties van deze patiëntengroep in kaart gebracht en hieruit blijkt dat deze samenhangen met het dagelijks functioneren. Ziekte-educatie kan dus mogelijk bijdragen aan het verbeteren van het dagelijks functioneren. Om kinderen met jeugdreuma actiever te laten zijn is er een internetprogramma ontwikkeld: Reumaatjes@work. Dit internetprogramma geeft ziekte-educatie en zet deze patiëntengroep aan tot gezond te bewegen. Het proefschrift laat zien dat Reumaatjes@work bij inactieve patiënten effectief het niveau van lichaamsbeweging verhoogt. Het proefschrift laat tevens zien dat de toepasbaarheid, veiligheid en therapietrouw van Reumaatjes@work hoog is.

Tips and tricks: oplossingen voor alledaagse praktische problemen

Tip 5.

In de revalidatie van patiënten met handletsels en andere aandoeningen worden vaak spalken gebruikt. Deze 'custom made' spalken worden vervaardigd van thermoplastische materialen met plasticachtige eigenschappen. Bij 70°C is het materiaal vervormbaar en op kamertemperatuur is het hard. Fantastisch materiaal, maar toch ook met één nadeel in de zomer: zweten!!!

Een patiënt die ernstig arm-handletsel had opgelopen in een machine en naast last van zweten ook last had van wondvocht, kwam met een bijzondere oplossing.

In de fabriek waar hij werkte werden inlegkruisjes vervaardigd en niets is dunner, huidvriendelijker en vooral absorberender dan de inlegkruisjes die ze in de fabriek produceerden. Een bijkomend voordeel is dat inlegkruisjes een plakrandje hebben waardoor zij

makkelijk in de spalk te plaatsen zijn, goed op hun plaats blijven zitten en later ook makkelijk te verwijderen zijn.

Let op dat het absorberend vermogen verloren gaat, wanneer het inlegkruisje beschadigd wordt door het op maat te knippen voor de spalk. Gelukkig zijn er inlegkruisjes in verschillende diktes, maar vooral ook in verschillende maten. Er is dus altijd wel een passende oplossing te vinden.

Het is misschien verstandig de inlegkruisjes niet in de verpakking te laten, maar uitgepakt in de verbandkar of in uw bureaulade te plaatsen. Sommige patiënten (wsch. mannen) zullen toch wat terughoudend zijn met een advies om inlegkruisjes in hun spalk te plaatsen. Wat niet weet, wat niet deert.

Bron: Ton Schreuders.

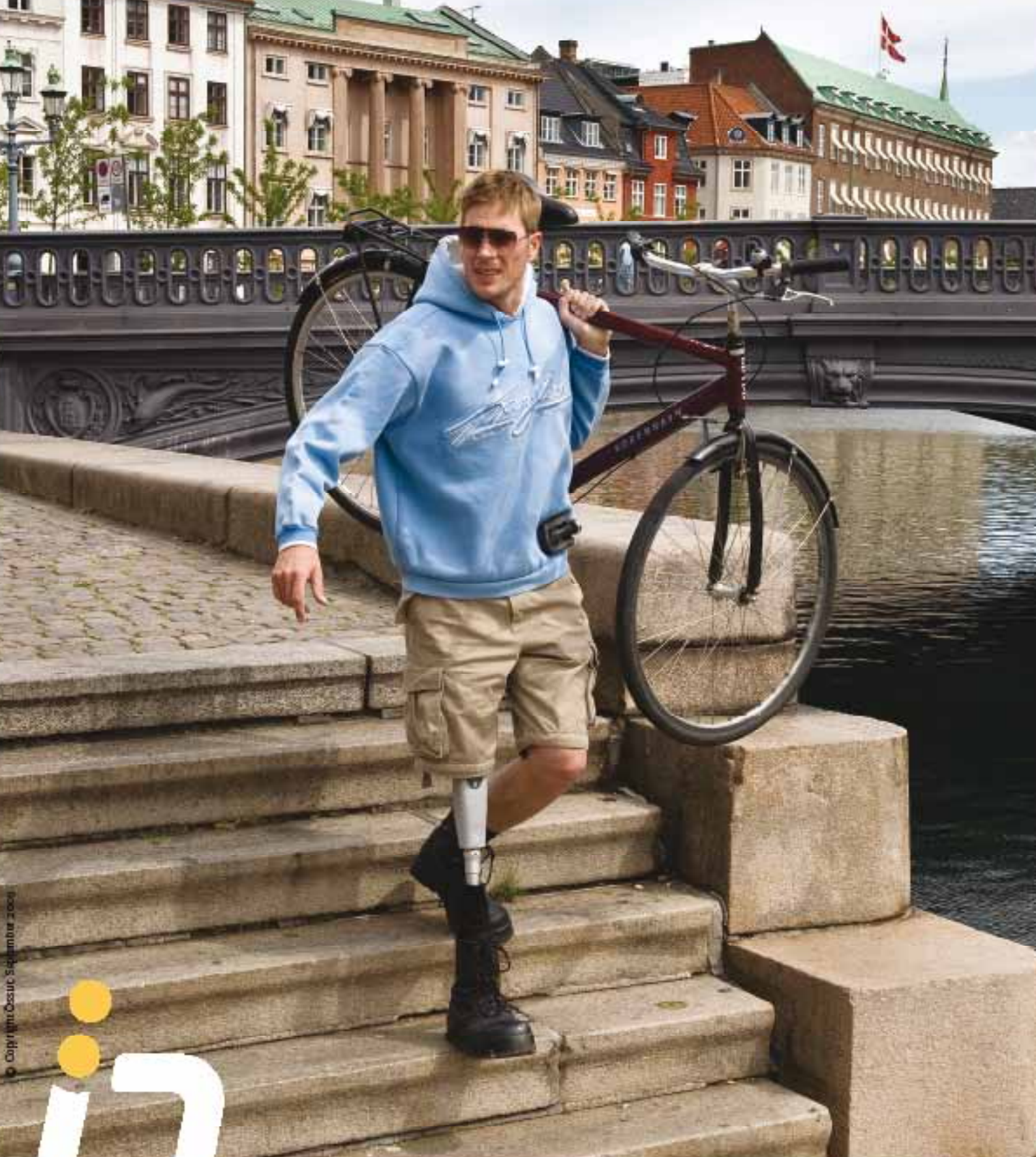
Tip 6.

Een belangrijk deel van het lichamelijk onderzoek dat u in uw spreekkamer uitvoert, bestaat uit observatie. Een patiënt echter die weet dat hij geobserveerd wordt, zal zich wellicht anders gedragen dan in een situatie dat hij/zij (denkt dat hij/zij) niet geobserveerd wordt. Het is dus van belang om de patiënt te observeren zonder dat deze het in de gaten heeft.

Het aantrekken van de kleding en de schoenen, het van lig tot zit en van zit tot stand komen en het teruglopen naar de stoel (of transfer naar de rolstoel) levert belangwekkende informatie op wanneer u zich na de uitspraak 'u mag zich weer aankleden', naar de wastafel begeeft om uitgebreid uw handen te wassen.

De wastafel en vooral de spiegel moeten op een zodanige wijze in uw spreekkamer zijn opgehangen dat u op een natuurlijke manier en ongemerkt de patiënt en de evt. behulpzame begeleider kunt observeren. De informatie die u zo verzamelt over spierkracht, balans, bewegingsuitslagen, coördinatie en snelheid van handelen kan een waardevolle aanvulling of correctie zijn op de gegevens die u bij anamnese en onderzoek reeds hebt verzameld.

Bron: Henk Stam



© Copyright Ossur September 2009



RHEO KNEE® *Walk your way*

SOEPEL, VEILIG, VERRASSEND EENVOUDIG

Ossur's bewezen Bionic Technology is verder ontwikkeld voor de nieuwe, tweede generatie RHEO KNEE. De knie past zich automatisch aan het individuele looppatroon van de gebruiker en aan de veranderingen in de omgeving aan. Hij geeft de gebruiker de kans zich te concentreren op wat hij doet, niet op hoe hij loopt.

Vraag de nieuwe Nederlandstalige productbrochure met daarin alle voordelen van RHEO KNEE aan bij Ossur via telefoonnummer: 0031(0)499 462 848



www.ossur.nl



Life Without Limitations®

Liliane STICHTING Fonds



Jean d'Amour (6 jaar)

Jean d'Amour uit Rwanda voetbalft graag. Jean d'Amour werd geboren met misvormde benen. In het revalidatiecentrum Gatagana leerde hij lopen én voetballen met kniegels en krukken. De kosten van zijn medische revalidatie en onderwijs bedragen dit jaar € 122,11.

Het Liliane Fonds helpt kinderen zoals Jean d'Amour; kinderen die zonder steun geen kans maken op medische en/of sociale revalidatie. Helpt u mee?

Jean d'Amour is een van de kinderen die werd gefotografeerd voor de kalender 'Dansen vrouwen in 2004' van Monique Valmbour, ambassadrice Liliane Fonds. Voor meer informatie: www.lilianefonds.nl

Stichting Liliane Fonds
Havensingel 26
5211 TX 's-Hertogenbosch
T 0800 7 800 800 (gratis)
voorlichting@lilianefonds.nl



giro 7 800 800
geef
om
dit
kind

Het speciale fonds voor kinderen met een handicap in ontwikkelingslanden

Scholingsprogramma Revalidatie- geneeskunde VRA-site cursusprogramma 2009-2011

	2009	2010	2011
JAN	CVA Nijmegen PAOG	21-22.1 Degeneratieve centraal neurologische aandoeningen en seksualiteit V. de Groot en H. Arwert en D. van Kuppelvelt Nijmegen PAOG	Cerebrale parese PAOG
FEB	26-27.2 Prothese onderste extremiteit deel I J. Geertzen en H. Rietman Groningen Wenckebach	18-19.2 Gewrichtsziekten en klinisch onderzoek bewegingsapparaat R. Dahmen Amsterdam PAOG	17-18.2 Transculturele revalidatie en sociale wetgeving F. van Dijk en A. ter Steeg Nijmegen PAOG
MAART	10-13.3 1e jaarsbasiscursus Statistiek Nijmegen PAOG 26-27.3 Prothese onderste extremiteit en orthopedische schoen II K. Postema en G.M. Rommers Groningen Wenckebach	9-12.3 1e jaarsbasiscursus Statistiek Nijmegen PAOG 19.3 Lustrumviering	1e jaarsbasiscursus Statistiek Nijmegen PAOG 24-25.3 Neurofysiologie en gangbeeldanalyse H. Rietman PAOG
APRIL	17.4 VRA-voorjaarsvergadering	21.4 VRA-voorjaarsvergadering	VRA-voorjaarsvergadering
MEI	14-15.5 Spina bifida en DCD, Meetmethodieken Utrecht PAOG	27-28.5 Multitrauma en brandwonden C. van der Sluis en R. Dekker Groningen Wenckebach	Plexus/perifeer zenuwletsel en amputatie BE N. Haga en M. Brouwers PAOG
JUNI	8-12.6 1e jaarsbasiscursus Houding en beweging Groningen, Wenckebach N.B.: de cursus van 18-6 gaat niet door	7-11.6 1e jaarsbasiscursus Houding en beweging Groningen Wenckebach	
ZOMERVAKANTIE			
SEPT	24-25.9 Contusio cerebri PAOG	23-24.9 Pijn en somatoforme stoornissen F. van Dijk Nijmegen PAOG	Neuromusculaire aandoeningen PAOG
OKT	29-30.10 VRA-jaarcongres		VRA-jaarcongres
NOV	26-27.11 Rolstoelen en orthesen J. Becher en L. van der Woude Amsterdam PAOG 12-13.11 Management 4e jaars M. Bergen Rotterdam Rijndam Revalidatiecentrum	25-26.11 Dwarslaesie C. Dijkstra en F. van Asbeck Utrecht PAOG 11-12.11 VRA-jaarcongres 4-5.11 Management 4e jaars M. Bergen Rotterdam Organisatiebureau Erasmus MC	Handletsel en CRPS-1 PAOG Management 4e jaars
DEC	14-18.12 1e jaarsbasiscursus, Methode van revalidatie en bewegen, attitudevorming en communicatievaardigheden Rotterdam Organisatiebureau Erasmus MC	13-17.12 1e jaarsbasiscursus, Methode van revalidatie en bewegen, attitudevorming en communicatievaardigheden Rotterdam Organisatiebureau Erasmus MC	1e jaarsbasiscursus, Methode van revalidatie en bewegen, attitudevorming en communicatievaardigheden Rotterdam Organisatiebureau Erasmus MC
<i>In beginsel worden cursussen gepland op de 4e vrijdag van betreffende maand en de donderdag ervoor</i>			

SYMPOSIUM WK ZWEMMEN 2010

Van 15 tot en met 21 augustus 2010 vindt het wereldkampioenschap zwemmen voor gehandicapten plaats in het 'Pieter van den Hoogenband zwemstadion' te Eindhoven.

Vanuit de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) organiseert de Werkgroep VRA, Bewegen & Sport in samenwerking met Gehandicaptensport Nederland, NOC*NSF en Revalidatiecentrum Blixembosch op 20 augustus het symposium WK zwemmen 2010.

Tijdens het symposium wordt het optimaal presteren binnen de gehandicaptensport belicht met een viertal thema's waarbij zwemmen natuurlijk een centrale positie inneemt. Elk thema is opgedeeld in een theoretisch deel met de nieuwste ontwikkelingen en een praktisch deel waarbij ingegaan wordt op de toepassing van aanwezige kennis in de gehandicaptensport.

In het eerste thema wordt nader ingegaan op de toegepaste trainingsleer binnen de gehandicaptensport: Vicky Goosey-Tolfrey, expert op dit gebied in Groot-Brittannië, gaat haar kennis met u delen. In het tweede thema neemt Gert Vriend u mee in de wereld van voeding en informeren twee sporters, die hebben deelgenomen aan de paralympische spelen in Beijing, u over voeding in de dagelijkse praktijk. Het derde thema gaat over de sportblessure. Tijdens het zwemmen wordt veel gevraagd van het schoudergewricht en al helemaal als de sporter ook nog rolstoelafhankelijk is. DirkJan Veeger geeft u meer inzicht in de biomechanica van de schouder, daarna wordt ingegaan op preventie en behandeling. Het laatste, afsluitende, thema gaat over de ins en outs van het classificatiesysteem. Peter van Vliet en Julie O'Niell, chieff classificier van het WK zwemmen, gaan hier dieper op in.

Wilt u de echte WK sfeer proeven? Nou dat kan! Aansluitend aan het symposium kunt u de finales van het WK zwemmen bijwonen in het 'Pieter van den Hoogenband zwemstadion'. Een 'spetterend' evenement dat u niet mag missen!

Anke Verlouw, Voorzitter organisatiecomité

Het organisatiecomité:

Mw. drs. J.W.E. Verlouw, revalidatiearts; Revalidatiecentrum Blixembosch
Dhr. H. van Aller, Coördinator Sport; Gehandicaptensport Nederland
*Dhr. A. Cats, Prestatiemanager NOC*NSF/Chef de Mission paralympische spelen 2010/2012*

Mw. dr. F. Hettinga, universitair docent inspanningsfysiologie/biomechanica in de context van revalidatie en sport; bewegingswetenschappen RUG/UMCG

Dhr. drs. P.J.C.M. van Leeuwen, revalidatiearts; Revalidatiecentrum Blixembosch

Mw. drs. E.K. Simmelink, revalidatiearts; Centrum voor Revalidatie/UMCG

Organisatie:

Vanuit de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) organiseert de Werkgroep VRA, Bewegen & Sport in samenwerking met Gehandicaptensport Nederland, NOC*NSF en Revalidatiecentrum Blixembosch het symposium WK zwemmen 2010.

Meer informatie:

Revalidatiecentrum Blixembosch
e-mail: MvOmmen@blixembosch.nl

Direct inschrijven:

<http://www.blixembosch.nl/cms/publish/content/showpage.asp?pageid=369>



SYMPOSIUM WK ZWEMMEN 2010

VRIJDAG 20 AUGUSTUS
HOTEL VAN DER VALK, EINDHOVEN

Namens de Werkgroep VRA Bewegen & Sport, NOC*NSF, Gehandicaptensport Nederland en Revalidatiecentrum Blixembosch, willen wij u graag attent maken op het Symposium WK zwemmen 2010.

Tijdens het symposium delen nationale en internationale experts in samenwerking met anderen hun expertise en de nieuwste ontwikkelingen met u. Een viertal thema's worden onder de loep genomen:

- **Toegepaste trainingsleer binnen de gehandicaptensport**
Vicky Goosey-Tolfrey (Director of the Peter Harrison Centre for Disability Sport)
- **Voeding**
Gert Vriend (Sportdiëtist / lid van het expertpanel voedingsdeskundige NOC*NSF)
- **Sportblessure**
DirkJan Veeger (Hoogleraar leerstoel musculoskeletal mechanics TU Delft)
- **Classificatie**
Peter van de Vliet (Director IPC Medical en Scientific)
Julie O'Niell (Chief classifier WK zwemmen 2010)

Van 15 tot en met 21 augustus 2010 vindt het wereldkampioenschap zwemmen voor gehandicapten plaats in het "Pieter van den Hoogenband zwemstadion" te Eindhoven. Aansluitend aan het symposium wordt u in de gelegenheid gesteld om de finales van het WK zwemmen bij te wonen.

VOOR MEER INFORMATIE EN INSCHRIJVING:

<http://wkzwemmen2010.nl/HetWK/Sideevents.aspx>



WERK AAN DE WINKEL: WERF UW TOEKOMSTIGE COLLEGA!

Per jaar starten in Nederland 2850 studenten met de studie geneeskunde. Om hen te interesseren voor een carrière als revalidatiearts – en de instroom van AIOS zeker te stellen – is het van belang al in het basiscurriculum geneeskunde reclame te maken voor het vak van revalidatiearts.

Daarom is er samen met Revalidatie Nederland een flyer gemaakt die bij colleges, werkgroepen en in de coschappen kan worden gegeven aan geïnteresseerde studenten. De flyer geeft specifiek informatie over de activiteiten van de revalidatiearts.

De flyers zijn te bestellen bij het VRA-bureau in Utrecht of via www.revalidatiegeneeskunde.nl.

*Dr. G.M. (Clemens) Rommers en
drs. W.G.M. (Wip) Bakx, revalidatieartsen, UMC Groningen en
Adelante zorggroep Hoensbroek*

Voor de flyer: zie pagina's 34-37.

ICAMPAM 2011: PRELIMINARY ANNOUNCEMENT



Glasgow Caledonian University is delighted to announce that the second International Conference for Ambulatory Monitoring of Physical Activity and Movement (ICAMPAM) will take place from 24th – 27th May 2011 in GLASGOW, SCOTLAND

Expressions of interest can be made at info.ICAMPAM2011@gcal.ac.uk

Glasgow Caledonian University is a registered Scottish charity, number SC021474

*Winner: Times Higher Education's Widening Participation Initiative of the Year 2009 and Herald Society's Education Initiative of the Year 2009
<http://www.gcal.ac.uk/newsevents/news/bycategory/theuniversity/1/name,6219,en.html>*

Revalidatiegeneeskunde > investeren in kwaliteit van leven



‘Een mooi vak waarbij je de tijd hebt voor de mens als geheel.’

Revalidatiegeneeskunde is een breed vakgebied waarin je nauw samenwerkt met collega's uit vele disciplines. Maar wat is revalidatiegeneeskunde precies, wat doet een revalidatiearts en waar kun je een opleiding volgen?

Revalidatiegeneeskunde >

> richt zich op herstel van participatie en autonomie

Revalidatiegeneeskunde richt zich op herstel of verbetering van mogelijkheden van mensen met blijvend lichamelijk letsel of een functionele beperking. Als revalidatiearts help je deze patiënten bij hun participatie in de maatschappij. Vaak gaat het om complexe problematiek als gevolg van een ongeval, een ziekte of een aangeboren aandoening. De revalidatiearts richt zich op de mogelijkheden tot functioneren van een patiënt. Wat kan de patiënt nog wél?

> helpt patiënten in hun dagelijks functioneren

Revalidatiegeneeskunde heeft als doel een zo groot mogelijke zelfstandigheid van de patiënt te bereiken. Je past je medisch inhoudelijke kennis van anatomie en patho-

fysiologie toe op de sturing en organisatie van het houdings- en bewegingsapparaat in relatie tot het dagelijks functioneren. Maar je houdt je ook bezig met wondbehandeling, je injecteert gewrichten en beoordeelt röntgenfoto's en EMG's. Welke hulpmiddelen kun je voor jouw patiënt inzetten zodat hij beter kan lopen, zijn werk weer kan doen of dat hij weer kan sporten?

> kan niet zonder samenwerking

Je doet de behandeling in overleg met andere medisch specialisten in het ziekenhuis, deskundige paramedici, orthopedisch technici en psychosociale medewerkers in een interdisciplinair team. Samen werk je aan het herstel en de re-integratie van de patiënt. Als arts ben jij de medische inhoudsdeskundige, eindverantwoordelijk voor de revalidatiegeneeskundige behan-

deling en de dirigent van het orkest. Samenwerken is een essentieel onderdeel van je werk.

> probeert belemmeringen weg te nemen

Je ziet ook patiënten die een alledaagse vaardigheid niet meer kunnen uitvoeren en waarvan je collega bij de verwijzing aangeeft dat daarvoor geen somatische verklaring gevonden kon worden. De revalidatiegeneeskunde geeft deze patiënten de mogelijkheid hun disfunctioneren of pijn niet meer als belemmering in hun dagelijkse leven te ervaren.

> is een som van alle delen

Om tot één plan van aanpak te komen moet je ook de leefomstandigheden van de patiënt kennen: hoe woont hij, wat doet hij

'Het leuke van de revalidatie is dat je langdurig met mensen bezig bent op veel verschillende vlakken van hun leven. Je haalt veel waardering uit de vooruitgang van mensen, wat dat betreft is het een heel positief vak. En het is leuk om met diverse therapeuten samen te werken en samen een plan te maken hoe je mensen kunt helpen.'



'Je geeft mensen zelfstandigheid terug waardoor ze zich een volwaardig mens voelen.'



Opleiding tot revalidatiearts

- > De opleiding tot revalidatiearts kun je volgen in alle regio's in Nederland.
- > De opleiding wordt verzorgd in opleidingscircuits. In deze circuits werken ziekenhuizen (universitair én perifeer) en revalidatiecentra (volwassenen én kinderen) samen om jou een gedegen opleiding te geven.
- > Tijdens je opleiding neem je gemiddeld 10 dagen per jaar deel aan de landelijk georganiseerde scholing voor aios.
- > Wetenschappelijke vorming is een vast onderdeel van je opleiding, net als patiëntenzorg en aandacht voor je persoonlijke ontwikkeling als arts.
- > De opleiding duurt 4 jaar.

Na de opleiding kun je kiezen voor de breedte van het vak in een algemeen ziekenhuis, of voor een specifiek onderdeel zoals dwarslaesie of kinderrevalidatie in een revalidatiecentrum.

voor de kost en lukt het om samen met partner en gezin de draad van het leven weer op te pakken? Bijvoorbeeld na een beroerte of ongeval. Als je werkt in de kinderrevalidatie, dan heb je naast het (aangeboren) ziektebeeld ook te maken met de ouders en de ontwikkeling van deze kinderen. Behoort lopen tot de mogelijkheden; kunnen ze leren en later voor zichzelf zorgen? In je patiëntenzorg integreer je dus kennis van de medische aspecten, gedragswetenschappen, (oefen-)therapie en adaptatietechniek in één behandelplan.

> richt zich op maatschappelijke integratie

Revalidatiegeneeskunde is vaak een activiteit van lange adem en kijken naar de persoonlijke successen van je patiënten, veel uitleg geven over oorzaak en gevolgen van ziekten en oog hebben voor maatschappelijke integratie. Je kunt aan het werk gaan bij diverse instellingen, zoals een revalidatiecentrum of ziekenhuis. Soms ga je op huisbezoek als het patiënten echt niet lukt om naar het behandelcentrum te komen. Bijvoorbeeld bij spierziekten en progressieve neurologische aandoeningen zoals ALS.



‘Inhoudelijk een interessante combinatie van neurologie, bewegingsapparaat, sport en training en een flinke portie psychologie en techniek.’

Revalidatiegeneeskunde in Nederland in cijfers

- > 510 artsen
- > 130 in opleiding tot medisch specialist (aios)
- > 380 specialisten
- > 24 revalidatiecentra
- > 90 afdelingen in ziekenhuizen

‘Een divers vak waarbij je als team meewerkt aan zo goed mogelijk herstel.’

DE WERKDAG VAN EEN REVALIDATIEARTS

Het werk van de revalidatiearts is gevarieerd. Lees bijvoorbeeld het verhaal van Clemens Rommers, 20 jaar werkzaam als revalidatiearts. Momenteel is hij werkzaam in het UMC Groningen.

‘Mijn ochtend begint zoals in veel ziekenhuizen met de overdracht ‘s morgens op de polikliniek. Alle aanwezige aios bespreken de klinische consulten van de dag ervoor en maken afspraken over de activiteiten van de dag. De stafleden luisteren en geven advies. Samen bespreken we de behandelopties voor de verschillende patiënten. Als revalidatiearts ben je een ambassadeur van je vak voor de andere specialismen in het ziekenhuis. Dan waaiert iedereen uit over de polikliniek en de spreekuren. Ik heb spreekuur met nieuwe patiënten, doorverwezen door de huisarts, orthopedisch chirurg, neuroloog en dermatoloog. Een man van 42 met schouderklachten, die eerder door de huisarts is gezien. Een vrouw van 60 die na een hersentumoroperatie nog veel moeite heeft met de structuur van de dag en snel dingen vergeet. Een man van 35 jaar met voetklachten vraagt of schoenaanpassingen kunnen helpen. Ik zie patiënten die voor controle terugkomen en voer een aantal telefoongesprekken. Een patiënte die recent is geopereerd aan een aantal buigpezen van haar hand is druk aan het oefenen met een spalk onder leiding van een ergotherapeut. Dat gaat de goede kant uit! Ik bel patiënten met de uitslag van gemaakte röntgenfoto's en bespreek het vervolg met hen. Een chirurg uit het ziekenhuis belt me en vraagt of ik direct na het spreekuur mee kan kijken bij een heftig ontstoken voet van een diabetespatiënt: wat moeten we doen? Amputeren of toch nog aanzien?’

We komen behalve in het ziekenhuis ook in verpleeghuizen als consultant en doen spreekuur op andere plekken zoals de mytyschool of de orthopedische instrumentmakerij. Na een snelle boterham spring ik op de fiets naar het spreekuur met de orthopedisch instrumentmaker.

Vanmiddag komen diverse mensen voor controle van hun arm- en beenprothese na amputatie door ongeval, tumor of bloedvatafwijkingen. Ik vind het bewonderenswaardig hoe de mensen hun leven na amputatie weer weten op te pakken. Ik controleer de stomphuid met drukplekken door de koker. De instrumentmaker kijkt wat er veranderd kan worden aan de afstelling van de prothese. Tussendoor dicteer ik snel een brief over de patiënt zodat de huisarts ook weer op de hoogte is. De verzekering wil uiteraard de aanvragen voor de protheseaanpassingen hebben met mijn handtekening als medisch specialist. Aan het eind van het spreekuur heb ik nog even overleg met de orthopedisch schoenmaker over een lastige schoenaanpassing.

Terug op de werkplek belt een aios nog terug over een consult in het ochtendspreekuur. Na de nodige tips en adviezen kan die ook weer verder met de patiënt op de afdeling neurologie. En zo komt er weer een eind aan een drukke maar plezierige werkdag die mij opnieuw bevestigt in mijn keuze voor dit mooie vak.’

'Een positief vak, waarbij je na een ingrijpende gebeurtenis in iemands leven, toewerkt naar een goede kwaliteit van leven met oog voor de beperkingen van een persoon en aandacht hebt voor preventie van complicaties.'

'Een divers vak waarbij je als team meewerkt aan zo goed mogelijk herstel.'



Meer informatie over revalidatiegeneeskunde?

Kijk dan op de website van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen: www.revalidatiegeneeskunde.nl.

Kijk voor een overzicht van revalidatiecentra in Nederland op de website van Revalidatie Nederland: www.revalidatie.nl.

Speciaal voor kinderrevalidatie is er de website: www.kinderrevalidatie.info.

Colofon

Uitgave van Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) ism Revalidatie Nederland • Telefoon: (030) 27 39 696, Postbus 9696, 3506 GR Utrecht • Oudlaan 4, 3515 GA Utrecht • Website: www.revalidatiegeneeskunde.nl • e-mail: vra@revalidatiegeneeskunde.nl
Fotografie: Inge Hondebrink e.a. • Vormgeving: AC+M, Maarssen • Drukwerk: Tailormade, Buren

'SECZ TALK HAALT SEKSUALITEIT CHRONISCH ZIEKE JONGEREN UIT TABOESFEER' SECZ TALK MET RAPPER YES-R



Rapper Yes-R en de kenniskring Transities in Zorg van Hogeschool Rotterdam hebben spelenderwijs het nieuwe bordspel SeCZ TaLK gepromoot. Het spel is speciaal ontwikkeld voor jongeren met een chronische aandoening of lichamelijke beperking, om relaties, intimiteit en seksualiteit bespreekbaar te maken. Op woensdag 28 april tourde het promotieteam met een Londense dubbeldekker naar mytylschool Ariane de Ranitz VSO in Utrecht. Hier hebben de leerlingen op een levensgroot speelbord het spel gespeeld onder de bezielende leiding van Yes-R. Yes-R: 'Relaties en seks, dat is voor iedereen belangrijk. Als je bijvoorbeeld heel verliefd op iemand wordt kan dat leuk zijn of niet. Door dit spel te spelen met anderen praat je er makkelijker over en je kunt nog lachen ook.'

Waarom SeCZ TaLK

Je eerste zoen, vrijen en verkering krijgen; jongeren met een chronische aandoening of lichamelijke beperking komen er vaak later aan toe dan hun leeftijdgenoten. Veel jongeren ondervinden hindernissen op het gebied van relaties. Zo kan contact maken met leeftijdgenoten of uitgaan lastig zijn. Ook hebben jongeren vragen over seksualiteit, erfelijkheid, vruchtbaarheid en zwangerschap. Dit zijn gevoelige onderwerpen en praten hierover is niet altijd gemakkelijk.

Uit onderzoek weten we dat onderwerpen als relaties, intimiteit en seksualiteit weinig aan de orde komen in het ziekenhuis of op school. Jongeren met een aandoening of beperking vinden het vaak wél belangrijk om over seksualiteit en relatievorming te praten. Het nieuwe spel SeCZ TaLK helpt daarbij!

Toepassing SeCZ TaLK

Zorgverleners, leerkrachten en andere professionals kunnen het spel als werkvorm gebruiken in groepen jongeren in de leeftijd van 12 tot 25 jaar. Het spel is geschikt voor jongeren met uiteenlopende chronische aandoeningen en lichamelijke beperkingen. In het spel komen kennis, mening en communicatieve vaardigheden aan bod. Het spel kan worden gespeeld op het voortgezet speciaal onderwijs van cluster 3 scholen (bijvoorbeeld mytylscholen met een vso afdeling), in revalidatiecentra, bij activiteiten van patiëntenorganisaties en op poliklinieken waar adolescenten/jongvolwassenen voor een consult komen. Uit de eerste pilots blijkt dat jongeren en leerkrachten / zorgverleners erg enthousiast zijn over het spel. De meeste jongeren willen het nog wel eens spelen.

SeCZ TaLK staat voor Seksualiteit En jongeren met Chronische Ziekten.

Samenwerking en financiële steun

Het bordspel is ontwikkeld door het projectteam Op Eigen Benen van de Kenniskring Transities in Zorg, Hogeschool Rotterdam in samenwerking met TransitieNet, Rutgers Nisso Groep, Erasmus MC Kindergeneeskunde, Erasmus MC Revalidatie, Sophia Revalidatie en de BOSK.

De ontwikkeling en realisatie is mogelijk gemaakt door de financiële steun van ZonMw, VSBfonds, het Johanna KinderFonds en het Revalidatiefonds. Spelontwerp is van Gamesformatio.

Meer informatie over SeCz TaLK is te vinden in de bijlage of op de website: www.opeigenbenen.nu. Hier is tevens het spel gratis te bestellen voor zorgverleners of leerkrachten die met jongeren met chronische aandoeningen werken.

Zie ook artikel op blz 17 e.v. (red.)

NIEUWE FILM KLAAR? OVER! OVER BELANG VAN GOEDE TRANSITIE

De film *Klaar?Over!* laat het belang van goede transitiezorg zien voor jongeren die opgroeien met een chronische aandoening. Om de zorg rondom de transitie naar de zorg voor volwassenen beter te laten verlopen is sinds 2009 het landelijk Actieprogramma Op Eigen Benen Vooruit! gestart. In de film vertellen jongeren en ouders over hun ervaringen met zorg en laten zorgverleners uit twee teams van zorgverleners zien welke zorgvernieuwingen ze hebben doorgevoerd om de inhoud en organisatie van de transitie te verbeteren. Op www.opeigenbenen.NU is de film te zien en te bestellen. De film is gemaakt op initiatief van Kenniskring Transities in Zorg (Hogeschool Rotterdam) en het kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en wordt gefinancierd door het Innovatiefonds Zorgverzekeraars.

Het Actieprogramma Op Eigen Benen Vooruit!

In het Actieprogramma ontwikkelen teams van zorgverleners uit revalidatiecentra en ziekenhuizen een plan van aanpak om de zorg voor jongeren met een chronische lichamelijke aandoening te verbeteren. De belangrijkste uitdaging is deze jongeren in de leeftijd van 12-25 jaar beter te ondersteunen bij het verwerven van zelfmanagement en zelfredzaamheid in hun overgang naar volwassenheid. Het gaat hierbij om inhoudelijke en organisatorische verbeteringen in de transitie van kinderzorg naar de zorg voor volwassenen. Zorgvernieuwingen zijn o.a. instellen van een transitiecoördinator, een transitiepoli, het gebruik van een Individueel Transitieplan en het ontwikkelen van een gemeenschappelijk beleid. 'Het is belangrijk dat er een gemeenschappelijk beleid komt tussen de kinderarts en de internist omdat het op dit moment zo is dat we niet van elkaars manier van zorg op de hoogte zijn. En daarom is de overstap van de kinderarts naar de internist te groot en dat is denk ik één van de belangrijkste redenen dat er uitval van zorg is'. Paul van Mossevelde, Amphia Ziekenhuis Breda.

De film *Klaar?Over!*

- laat het belang van goede transitiezorg zien;
- vertelt het verhaal van jongeren, ouders en zorgverleners;
- deelt ervaringen met verschillende interventies en tools;
- is geschikt als voorlichtings- en scholingsmateriaal;
- is bedoeld om zorgprofessionals in de kinder- en volwassenenzorg te informeren en inspireren.

Film bestellen

De korte versie (7 minuten) van de film is te zien op www.opeigenbenen.NU. Ook is het mogelijk de film *Klaar?Over!* op DVD te bestellen. De DVD bevat naast de korte versie ook een uitgebreide versie van 21 minuten (plus Engelstalige ondertiteling) en kan besteld worden op www.opeigenbenen.nu tegen een betaling van €7,50 (inclusief verzendkosten).

FOLDER AANLEGSTOORNISSEN EN AMPUTATIES VAN ARM OF BEEN BIJ KINDEREN

Revalidatiecentrum De Hoogstraat in Utrecht heeft een folder gemaakt over aanlegstoornissen (reductiedefecten) of amputaties van een arm of been bij kinderen en de behandelmogelijkheden bij het revalidatiecentrum.

Speciaal behandelteam

De Hoogstraat heeft een speciaal behandelteam voor deze kinderen. Dit team geeft informatie over de aandoening, de verwachtingen voor de toekomst en over aanpassingen en voorzieningen. Daarnaast gaat het team in op de vragen die leven bij de kinderen en hun ouders en het team volgt de ontwikkeling van de kinderen. Er is een nauwe samenwerking met de technische afdelingen van het revalidatiecentrum voor het maken van protheses en andere aanpassingen en voorzieningen.

Inhoud folder

In de folder staat uitleg over de aandoeningen en de gevolgen ervan. Ook staat er informatie in over de vragen waarmee de gezinnen bij De Hoogstraat terecht kunnen, over de behandelmogelijkheden en de manier van werken van het behandelteam. Tot slot staan er gegevens van patiëntenverenigingen en informatieve websites.

Doelgroep

De folder is geschreven voor de ouders en de behandelaars van deze kinderen en voor andere geïnteresseerden.

Folders bestellen

De folder is te bestellen via bibliotheek@dehoogstraat.nl of 030-256 1230

Nadere informatie

- Afdeling voorlichting De Hoogstraat voorlichting@dehoogstraat.nl
030-256 1391
- Dr. Iris van Wijk, revalidatiearts 030-256 1329
- Zie ook www.dehoogstraat.nl/revalideren/kinderenenjongeren/
aandoening voor meer informatie en factsheets

INTEGRALE KANKERCENTRA VERBETEREN ONCOLOGISCHE REVALIDATIE

NIEUWE RICHTLIJN VOOR PROFESSIONALS EN
MEER MAATWERK VOOR PATIËNTEN



Oncologische revalidatie is volop in ontwikkeling. Een belangrijke mijlpaal is de richtlijn die de Vereniging van Integrale Kankercentra ontwikkelt als professionele standaard voor de revalidatie in alle ziektefasen bij kanker. De integrale kankercentra richten in 2010 een landelijke werkgroep oncologische revalidatie op voor de implementatie van de richtlijn in de praktijk. Hiermee wordt ook het revalidatieprogramma Herstel & Balans modulair gemaakt, voor meer maatwerk naar indicaties en ziektefasen van patiënten. Voor de kwaliteitsborging van deze revalidatie op de vele locaties werkt een groep experts aan een landelijk kwaliteitskader. De financiering van oncologische revalidatie blijft aandachtspunt. De integrale kankercentra trekken hierbij samen op met Revalidatie Nederland en de Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties in de stichting Herstel & Balans.

Richtlijn oncologische revalidatie

Een multidisciplinaire werkgroep van de Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC) ontwikkelt de evidence based richtlijn oncologische revalidatie. De afronding van de richtlijn wordt eind 2010 verwacht. De richtlijn omvat aanbevelingen voor de indicatiestelling, intake, de revalidatiebehandelingen in alle ziektefasen bij kanker en de evaluatie ervan. Op 11 november 2010 presenteert de VIKC de richtlijn voor commentaar tijdens het congres 'Oncologische revalidatie' te Amsterdam.

Differentiatie revalidatieaanbod

De differentiatie in revalidatiemodules was onderwerp van een werkconferentie in maart jl. voor de licentiehouders Herstel & Balans. De inzet was dat oncologische revalidatie modulair beschikbaar komt, naar indicaties en in alle ziektefasen van patiënten. Dit is het streven van de stichting Herstel & Balans, waarin de integrale kankercentra samenwerken met Revalidatie Nederland en de Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties. In de conferentie stonden de mogelijkheden en consequenties voor het modulair aanbieden van Herstel & Balans centraal. Voor de oncologische revalidatie in Nederland zijn landelijke coördinatie, netwerkvorming en kwaliteitsborging benoemd als essentiële punten voor de stichting Herstel & Balans.

Kwaliteitskader

Herstel & Balans is een belangrijk aanbod aan oncologische revalidatie dat beschikbaar is op 68 locaties in Nederland en België. Voor de kwaliteitsborging van het brede, modulaire aanbod van oncologische revalidatie op zoveel locaties ontwikkelt de VIKC met een groep experts een kwaliteitskader. Dit kwaliteitskader is het vervolg op de bestaande kwaliteitscriteria Herstel & Balans en is in het najaar gereed.

Netwerk en landelijke werkgroep

Het netwerk Herstel & Balans van ziekenhuizen, revalidatiecentra en eerstelijnspraktijken is een belangrijke basis voor de oncologische revalidatie in Nederland. Op regionaal niveau kunnen voor het revalidatieaanbod en de verwijzingen afspraken tot stand komen. De integrale kankercentra ondersteunen dit landelijk dekkend netwerk zodanig dat richtlijnen, protocollen, innovaties, best practices en nieuwe kennis hierin snel hun weg vinden. Als kern voor het netwerk richt de VIKC eind 2010 een landelijke werkgroep oncologische revalidatie op. Belangrijke taak van de werkgroep wordt de implementatie van de richtlijn oncologische revalidatie en kennisverspreiding in Nederland.

Financiering

Per 2010 is oncologische revalidatie voor vergoeding opgenomen in de basisverzekering. Hiervoor is echter nog geen systematiek uitgewerkt. Daarom vraagt de stichting Herstel & Balans wederom per brief in juni a.s. aan de zorgverzekeraars om Herstel & Balans voor 2011 in de aanvullende pakketten te houden. De zorgverzekeraars hebben dit voor 2010 grotendeels gehonoreerd. Daarnaast wordt gestreefd naar een regeling voor oncologische revalidatie in de basisverzekering.

Voor uw vragen is Brigitte Gijsen als coördinator van het landelijk VIKC-programma 'Herstel na kanker' graag bereikbaar via info@herstelenbalans.nl en t: 043 3254059.

'Dankzij LIVIT werk ik met de nieuwste producten'

LIVIT Orthopedie loopt voorop
in kennis en toepassing van
innovaties in de orthopedie.
We werken dagelijks intensief
samen met artsen en
leveranciers. Zo zorgen we er
voor dat de klant de best
mogelijke oplossing krijgt voor
zijn of haar bewegingsprobleem.



WalkAide,
de oplossing bij klapproet



De redressiehelm,
het hulpmiddel
bij plagiocephalie
en brachiocephalie



Orteam EVO,
de dynamische
enkel-voet orthese

Wilt u op de hoogte
blijven van onze
recente innovaties en
productontwikkelingen?
Neem dan contact met
ons op of kijk op
www.livit.nl

Otto Bock

QUALITY FOR LIFE



INDICATIE:

- ACL, PCL
- ernstige bandlaxiteit
- postoperatieve behandeling na meniscusoperaties

Genu Arexa 50K13

Een nieuwe kijk op functie en design

Autoadaptieve wings zorgen voor een perfecte fit, ook wanneer de spiermassa weer toeneemt tijdens de revalidatie. De Technogel[®] condylienpelotten zijn overtrokken met een comfortabele bekleding. Met de meegeleverde afstanderingen wordt de brace perfect passend gemaakt. Met het slimme Click2Go systeem kan de brace zonder gereedschap worden ingesteld in flexie- of extensiestanden tussen de 0° en 90°. Het tibiagebied is extra gepolst. Door het aansluitende design kan de brace onopvallend onder kleding worden gedragen.

ottobock.nl