

Revalidata



IN DIT NUMMER:

Leeftijd van eerste prothese fitting en functionele uitkomst op latere leeftijd bij kinderen en jongvolwassenen met een unilateraal congenitaal transversaal reductie-defect ter hoogte van de onderarm: een cross-sectionele studie

Tien vragen aan Henk Stam

Functional Prognosis of Long-term Outcome after Traumatic Brain Injury: a Prospective Cohort Study

Jaarverslag 2008 van de Werkgroep CVA Nederland

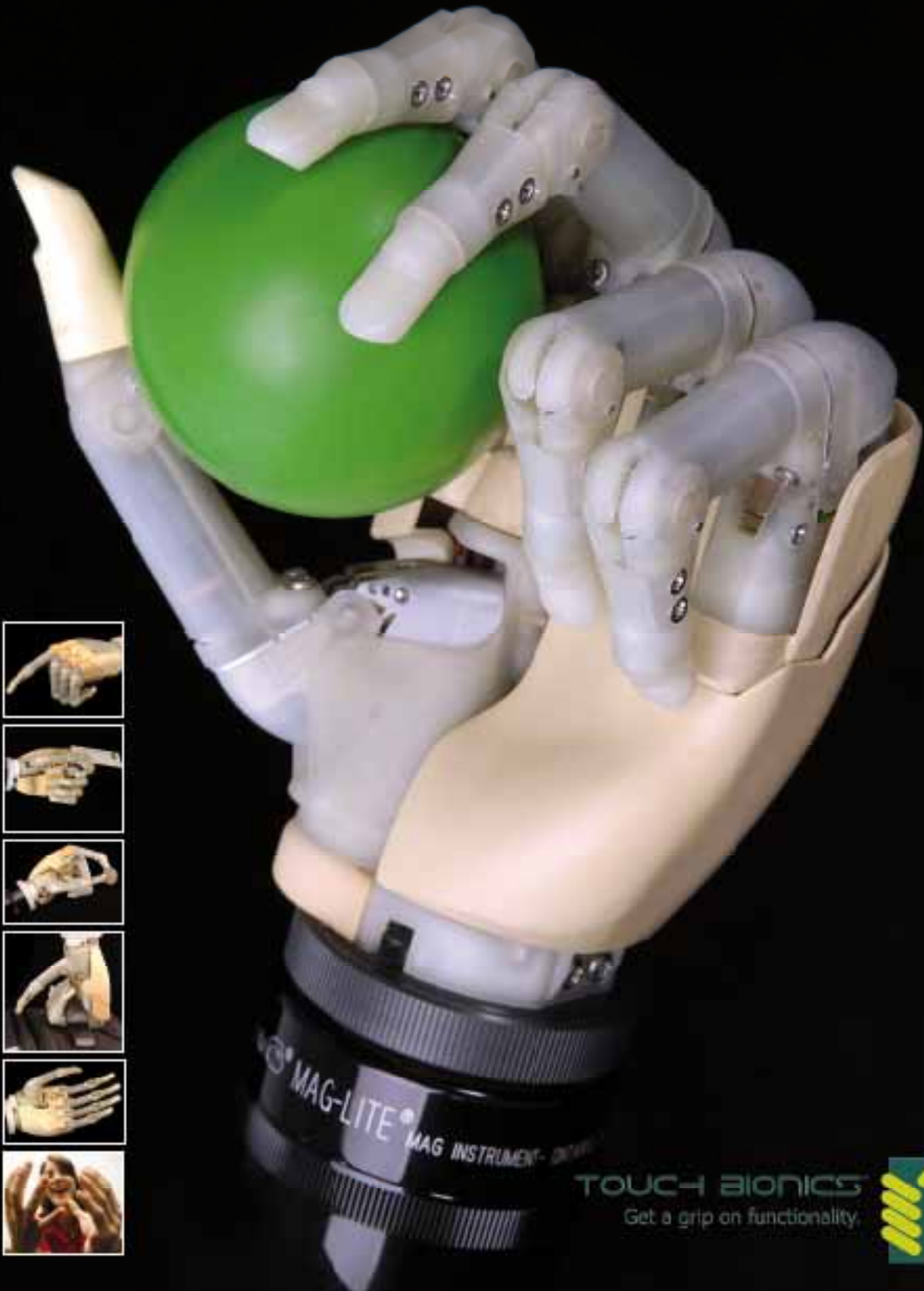
Jaarverslag 2008 Werkgroep Neuromusculaire Aandoeningen

149

31E JAARGANG
JUNI 2009

V R A

De i-LIMB Hand



COLOFON

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

DE REDACTIE WORDT GEVORMD DOOR

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

EINDREDACTIE

Drs. B. Drentje

REDACTIEADRES

Inge Zweerts de Jong

Postadres:

UMCG, Centrum voor Revalidatie

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

Postbus 30.001

9700 RB Groningen

Tel.: 050 - 361 22 95

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

UITGEVER, ADVERTENTIES EN ABONNEMENTEN

DCHG Partner in medische communicatie

Zijlweg 70

2013 DK Haarlem

Tel: (023) 551 48 88

Fax: (023) 551 55 22

E-mail: info@dchg.nl

Internet: www.dchg.nl

OPMAAK

DCHG, Haarlem

VOORPLAAT

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

Artis Bibliotheek, Bijzondere Collecties Universiteit van Amsterdam

ABONNEMENT

Jaarabonnement € 60,00.

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

INZENDING KOPIJ

Per e-mail met attachments.

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

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

Nummers in 2009/2010	Kopijsluiting datum	Week van verschijnen
150	1 juli	34
151	1 september	43
152	1 november	50
153	1 januari	8

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

Leeftijd van eerste prothese fitting en functionele uitkomst op latere leeftijd bij kinderen en jongvolwassenen met een unilateraal congenitaal transversaal reductiedefect ter hoogte van de onderarm: een cross-sectionele studie **2**

TIEN VRAGEN AAN DE HOOGLERAAR

Tien vragen aan Henk Stam **5**

PROMOTIE

Functional Prognosis of Long-term Outcome after Traumatic Brain Injury: a Prospective Cohort Study **11**

VAN DE GREMIA

Jaarverslag 2008 van de Werkgroep CVA Nederland **13**

Jaarverslag 2008 Werkgroep Neuromusculaire Aandoeningen **14**

WTR bijeenkomst in Nijmegen 13 maart 2009 **16**

ACTUEEL

Kinderrevalidatie wordt sectie en knapper! **19**

DISCUSSIE

Prestatie-indicatoren: een complexe materie **20**

NADER BEKEKEN

Cursus Revalideren met geavanceerde beenprothesen **22**

SIGNALEMENTEN

Medisch Contact Communicatieprijs **23**

MSD Prijs voor Sportgeneeskunde **24**

PERSBERICHT

Rijndam lanceert website beenamputatie **27**

ADVERTORIAL

Swing Phase Lock® 2 **28**

Leeftijd van eerste prothese fitting en functionele uitkomst op latere leeftijd bij kinderen en jongvolwassenen met een unilateraal congenitaal transversaal reductiedefect ter hoogte van de onderarm: een cross-sectionele studie

K. Huizing, H.A. Reinders-Messelink, C.G.B. Maathuis, M. Hadders-Algra en C.K. van der Sluis

INTRODUCTIE

De leeftijd waarop een kind met een unilateraal congenitaal reductiedefect van de onderarm een prothese krijgt voorgeschreven wordt bepaald op grond van empirie. In de diverse revalidatieafdelingen en revalidatiecentra in Nederland wordt een verschillend voorschrijfbeleid gehanteerd. De hypothese dat het vroegtijdig voorschrijven van een prothese (voor de leeftijd van 1 jaar) zou leiden tot beter functioneren en motorisch handelen in vergelijking met het voorschrijven op latere leeftijd, is tot nu toe niet wetenschappelijk getoetst. Eveneens is onbekend welke invloed de leeftijd van voorschrijven heeft op draagduur, tevredenheid en functionaliteit. Het tijdstip waarop een prothese bij voorkeur zou moeten worden voorgeschreven, zou bepaald kunnen worden op grond van de neurologische ontwikkeling van het kind. Het effect van een missend deel van een arm op de ontwikkeling van de armmotoriek zou m.b.v. de Neuronal Group Selection

Theory (NGST) van Edelman (1989) verklaard kunnen worden. Bij kinderen met een transversaal reductiedefect ontbreekt de representatie van de (onderarm en) hand op de cerebrale cortex met als gevolg dat er slechts een beperkt aantal motorische repertoires voor de aangedane arm zijn. Interventie op jonge leeftijd, door vroegtijdig voorschrijven van een prothese, zou volgens de NGST moeten leiden tot vergroting van de primaire neuronale netwerken die betrokken zijn bij de motorische controle van de arm. Uiteindelijk zou dit kunnen leiden tot een groter repertoire van motorische strategieën, betere motorische vaardigheden met als gevolg mogelijk meer tevredenheid en beter functioneel gebruik van de prothese.

METHODEN

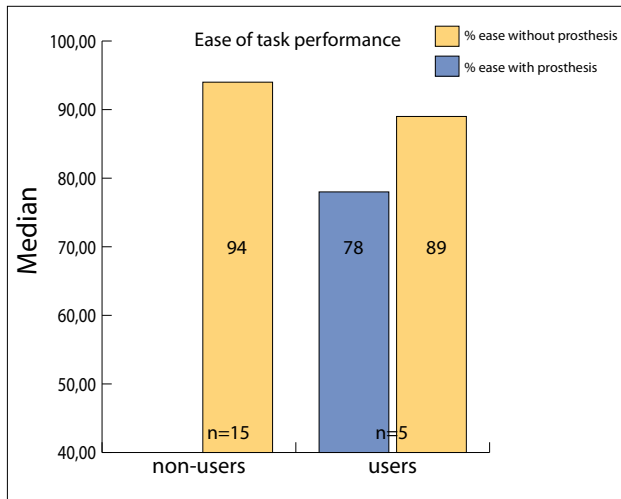
Kinderen en jongvolwassenen in de leeftijdscategorie 6-25 jaar met een unilateraal congenitaal transversaal reductiedefect ter hoogte van de onderarm werden geselecteerd uit lokale databases van het Centrum voor Revalidatie, Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) en het Centrum voor Revalidatie 'De Vogellanden' Zwolle. Het onderzoek bestond uit een algemene vragenlijst met vragen

over de prothese. Daarna werden 2 gestandaardiseerde vragenlijsten afgenomen – Child Amputee Prosthetics Project-Prosthesis Satisfactory Inventory (CAPP-PSI) and Prosthetic Upper Extremity Functional Index (PUFI) – om respectievelijk de tevredenheid met de prothese en prothese fitting te evalueren en de arm-hand functie en functioneel gebruik in kaart te brengen. De PUFI beoordeelt o.a. de mate waarin iemand daadwerkelijk de prothese, c.q. de aangedane arm, gebruikt voor dagelijkse activiteiten. Daarna werd een functionele test – Skill Index Rating Scale (SIRS) – afgenomen om de kwaliteit van de motoriek te beoordelen. Tien gestandaardiseerde vaardigheden werden op video opgenomen. Prothesegebruikers werden zowel met als zonder prothese getest.

RESULTATEN

Van de 35 kinderen en jongvolwassenen die geschikt waren om deel te nemen aan het onderzoek waren er 20 bereid mee te werken (8 jongens, 12 meisjes). De leeftijd van de participanten varieerde tussen 6 en 21 jaar (gemiddeld 14 jaar). Van de participanten waren er 13 die voor de leeftijd van 1 jaar hun eerste prothese kregen en 6 na de leeftijd van 1 jaar. Er waren 5 prothesegebruikers

*Drs. K. Huizing, Dr. H.A. Reinders-Messelink, Dr. C.G.B. Maathuis, Prof. Dr. M. Hadders-Algra en Dr. C.K. van der Sluis
Centrum voor Revalidatie en Afdeling Kindergeneeskunde – Ontwikkelingsneurologie, Universitair Medisch Centrum Groningen.*



Figuur 1.

en 15 niet-prothesegebruikers waarvan 1 nooit een prothese had gedragen.

Wanneer de prothese was voorgeschreven in het eerste levensjaar, dan werd deze langer (vijf jaar of meer) gedragen (Fisher $p = 0.01$). Het vroegtijdig voorschrijven van een prothese (voor de leeftijd van 1 jaar) bleek echter niet te leiden tot een beter functioneel gebruik van de prothese, betere motorische vaardigheden of grotere tevredenheid met de prothese. De tevredenheidsscores op de CAPP-PSI waren relatief hoog, zowel voor prothesegebruikers als voor niet-prothesegebruikers. Ouders van niet-prothesegebruikers refereerden aan de laatst gedragen prothese van hun kind. De ouders van de prothesedragers antwoorden positiever op de vraag of de prothese een toegevoegde waarde had bij dagelijkse activiteiten vergeleken met de ouders van niet-prothesedragers. Niet-prothesegebruikers voerden de vaardigheden gemakkelijker uit dan prothesegebruikers (PUFI, Fig I, $p=0.003$). Daarnaast was er een trend dat prothesedragers de vaardigheden makkelijker uitvoerden zonder prothese dan met prothese ($p=0.08$).

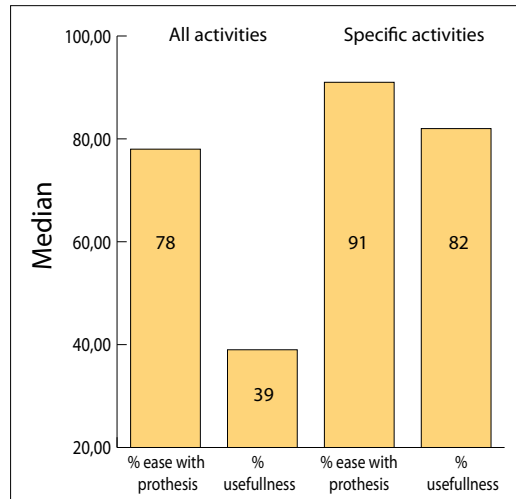
Prothesegebruikers vonden hun prothese bruikbaar in slechts 39% van de algemene dagelijkse activiteiten. Echter, de prothese werd als zeer bruikbaar gewaardeerd

bij het uitvoeren van specifieke activiteiten (zoals fietsen, knippen, sporten). Er werd een discrepantie gevonden tussen de PUFI items 'ease of performance with prosthesis' en 'usefulness of the prosthesis' (Fig II). Dat veel vaardigheden met prothese gemakkelijk uitgevoerd kunnen worden, betekent niet automatisch dat de prothese ook nuttig wordt gevonden. Een andere discrepantie was dat prothesedragers hun prothese kunnen gebruiken in 92% van de activiteiten (actief of passief), maar dat de PUFI liet zien dat de participanten de prothese daadwerkelijk in slechts 44% van de activiteiten gebruiken.

Bij de beoordeling van de motoriek bleken 6 van de 20 individuen een beperkte adaptatie van bewegingen te hebben in minstens 3 van de 10 taken. Twee van de zes kinderen/jong volwassenen waren prothesegebruikers en beiden scoorden slechter met prothese dan zonder prothese.

CONCLUSIES

Prothesefitting van kinderen met een congenitaal transversaal reductiedefect voor de leeftijd van 1 jaar heeft slechts een beperkt effect op prothesegebruik tijdens latere levensfasen. Dit beperkte effect zou kunnen betekenen dat de voordelen die geassocieerd zijn met vroegtijdig voorschrijven (zoals een vergroot repertoire van



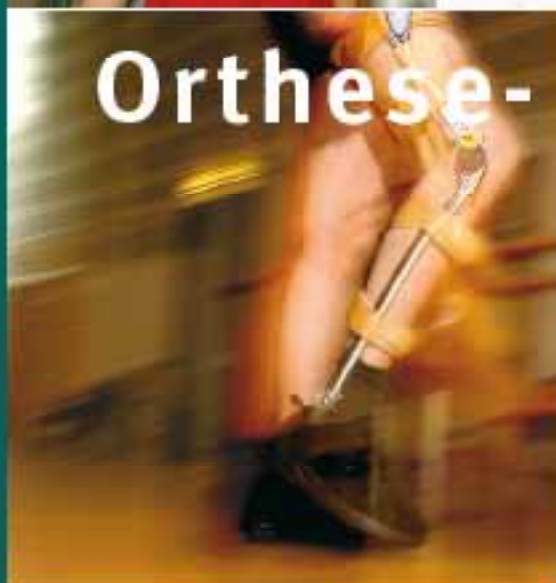
Figuur 2.

motorische strategieën) niet opwegen tegen de nadelen van prothesegebruik op jonge leeftijd (zoals verstoring van de sensorische ontdekking bij het gebruik van de aangedane arm). Een opvallende en geruststellende uitkomst van het onderzoek was dat kinderen en jongvolwassenen in het dagelijks leven goed kunnen functioneren met hun aandoening en dat het dragen van een prothese daarop niet van invloed is. De stomp wordt actief gebruikt in bimanuele activiteiten. Kinderen en jongvolwassenen die de prothese wel dragen doen dat met name voor specifieke activiteiten als bijvoorbeeld fietsen, knippen, sporten. Ook het uiterlijk speelt een (belangrijke) rol voor het blijven dragen van een prothese. Het onderzoek laat zien dat kinderen en jongvolwassenen de prothese voor veel activiteiten kunnen gebruiken, maar velen zien geen toegevoegde waarde van hun prothese.

Onze data suggereren dat de neuro-motorische situatie (aan- of afwezigheid van lichte neurologische dysfunctie) één van de factoren is die bepaalt of iemand met een unilateraal congenitaal transversaal reductiedefect ter hoogte van de onderarm zal profiteren van een prothese – deze suggestie moet echter nader onderzocht worden in de toekomst.



Orthese- en prothesetechniek



Wanneer u een blijvende beperking heeft aan het houdings- en bewegingsapparaat, bent u minder zelfstandig. Met de moderne orthesetechnieken kan het lichaam op passende wijze ondersteund worden en krijgt u weer meer grip op het leven. Uitgangspunt bij het ontwikkelen is de vraag wat u straks weer wil bereiken.

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

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

Pom

Vermaakt de beweging

Tien vragen aan de hoogleraar

Deze rubriek is nieuw in *Revalidata*. Wij laten daarin een hoogleraar revalidatiegeneeskunde aan het woord. Getracht wordt enerzijds de persoonlijke opvattingen en ambities van een hoogleraar met een bepaalde deskundigheid in het specialisme te achterhalen, anderzijds ook na te gaan welke richting ons vak in zou moeten slaan volgens de mening van de hoogleraar. De opzet is verder als volgt: naar aanleiding van enkele thema's zijn vragen geformuleerd. Deze zijn tevoren opgestuurd. Er wordt een keuze gemaakt welke vragen beantwoord zullen worden. De uitwerking is in de vorm van een interview. De bedoeling is dat de weergave van dit interview dermate prikkelend is dat de lezer er op kan reageren.

Henk Stam, hoogleraar revalidatiegeneeskunde aan het Erasmus Medisch Centrum te Rotterdam, bijt het spits af.

1. Waarom heb je voor het vak revalidatiegeneeskunde gekozen?

Net zoals bij veel andere collega's is hierbij sprake van een grote toevalsfactor. Feitelijk wist ik niet wat ik aan het einde van mijn studie geneeskunde zou doen. Ik had verschillende belangstellingen, onder andere voor psychiatrie en sportgeneeskunde. Psychiatrie viel al vrij snel af. Via de militaire dienst kreeg ik belangstelling voor het Sport Medisch Advies Centrum van de Landmacht. Er was helaas geen vacature en daarom werd ik geplaatst in het Militair Revalidatiecentrum Doorn. Hier werd de overlap met de revalidatiegeneeskunde al vrij snel duidelijk, waardoor mijn interesse werd gewekt.

Er deed zich een vacature voor in Rotterdam, het toenmalige Dijkzigt Ziekenhuis, op de afdeling revalidatie bij professor Bangma. Zo is de bal gaan rollen.

2. Wat wil je in de komende periode in je carrière realiseren en welke persoonlijke ambities spelen daarbij een rol?

Het belangrijkste wat ik wil doen is een boek editen. Ik heb besloten om een internationaal boek te schrijven over 'acute rehabilitation medicine'. Dit richt zich met name op de eerste dagen of weken na het ontstaan van een aandoening of incident. Het gaat met name om de twilight zone waarin de primair verantwoordelijke behandelend arts de verantwoordelijkheid geleidelijk overdraagt aan de revalidatiearts. Om deze overgang zo soepel mogelijk te laten verlopen, is het noodzakelijk dat de revalidatiearts vanaf het begin van het proces betrokken is. In Nederland

hebben we de luxe dat hierin in het algemeen wel kan worden voorzien, echter in het buitenland is vaak in deze fase geen revalidatiearts voorhanden. Anderen, bijvoorbeeld de behandelend chirurg of een verpleegkundige, zouden dan de initiële werkzaamheden in het kader van de revalidatie moeten oppakken. In deze fase moeten medische handelingen geplaatst worden tegen de achtergrond van een langdurige revalidatiefase met beperkingen. Ik doel hierbij op blaasbeleid, decubitusbeleid, contractuurpreventie en dergelijke. Het boek is dus in eerste instantie bedoeld voor revalidatieartsen die in deze acute fase werken, maar ook voor andere behandelaars die in deze fase betrokken zijn, zoals fysiotherapeuten en verpleegkundigen. Het zal dus een heel pragmatisch geschreven boek moeten worden.

Het is de bedoeling dat het boek na gereed komen ook zo snel mogelijk wordt aangeboden aan het internet. Ik heb inmiddels een raamwerk voor het boek gemaakt met een hoofdstukindeling. De hoofdredactie is reeds gevormd en veel auteurs in binnen- en buitenland hebben hun medewerking toegezegd.

Behalve dat ik vind dat lang niet alle revalidatieartsen betrokken zijn in deze fase van revalidatiegeneeskundig handelen, heb ik natuurlijk ook een persoonlijke ambitie: ik schrijf en publiceer graag en daarbij komt dat elke hoogleraar 'iets bijzonders' gedaan moet hebben. In dit academisch centrum hebben wij veel ervaring met acute geneeskunde. Ons consulentenschap dienaangaande

is zodanig ingericht dat we veelal betrokken zijn bij alle grote traumatologie, al of niet gepaard gaande met hersenletsel. Zelf heb ik dit consulentchap als chef de clinique indertijd ook ingevuld, ik heb dus met dit onderwerp veel ervaring. In deze fase is snel handelen vereist en er moet goed samengewerkt kunnen worden met collega's want in deze fase kan veel mis gaan, waardoor je later met de brokken blijft zitten.

3. Vind je dat de revalidatiegeneeskunde voldoende in de belangstelling staat? Heb je suggesties om deze belangstelling te verbeteren?

Het is maar hoe je het bekijkt. Enerzijds heeft de revalidatiegeneeskunde zich goed ontwikkeld de laatste jaren, er zijn bijna geen blinde vlekken meer; alle collega's zijn goed opgeleid, er is een actieve vereniging en er is een zeer actieve branchevereniging. Met name wat dit laatste betreft beseffen wij wel eens te weinig wat deze allemaal bewerkstelligt. Anderzijds is de revalidatiegeneeskunde geen heroïsch vak. De heroïek bestaat uit het behandelen van mensen die aan hun aandoening dood dreigen te gaan. De heroïek bestaat niet uit het behandelen van mensen die zo goed mogelijk willen overleven. De heroïek wordt goed betaald, er is geen enkele discussie over een vergoeding van zeer dure maatregelen. Bijvoorbeeld het plaatsen van een nieuwe knie bij een hemofiliepatiënt kost in zijn totaliteit een ton. Hierover is geen enkele discussie met zorgverzekeraar. Daarentegen moeten wij wel hemel en aarde bewegen om in andere gevallen de toepassing van een nieuwe techniek vergoed krijgen. Zelfs simpele voorzieningen ter bestrijding van een voetheffersparese, zoals de WalkAid, wordt niet eens vergoed. Wij zullen dus steeds uit een soort achterstandspositie de verbeterde situatie voor onze patiënten moeten bevechten. Er zijn weliswaar geen witte vlekken meer op het gebied van de revalidatiegeneeskunde in

Nederland, mogelijk wel in de ziekenhuizen. Lang niet altijd worden de mogelijkheden van revalidatiegeneeskunde geëxploreerd. Wij moeten goed beseffen dat wij een heleboel collega's voor een deel het werk uit handen kunnen nemen. Dit is een luxe positie in Nederland waarbij dokters genoeg werk hebben, dit in tegenstelling tot veel andere landen waar teveel dokters zijn, zoals België en Duitsland. Het is dus zeer belangrijk dat wij een aantal taken van collega's in de sfeer van nazorg kunnen overnemen en daarbij goede kwaliteit leveren. Toch zullen wij voortdurend moeten blijven werken aan PR, maar deze moet wel inhoud hebben. Belangrijk is om aan te haken bij het speerpuntenbeleid van het ziekenhuis en ons te manifesteren in de Medische Staf en ziekenhuiscommissies.

4. Geneeskundige zorg staat onder druk, er moet meer gepresteerd worden tegen een lagere prijs, de vraag naar revalidatie zal toenemen onder andere door de vergrijzing. Welke suggesties heb je om goede zorg te kunnen blijven bieden?

Ja, over de vergrijzing heb ik nog wel wat op te merken, ik refereer daarbij ook aan mijn artikel betreffende de afsluitende presentatie van het jaarcongres in 2008, die ik mocht houden. (*Revalidata* 146, blz. 17 EV, red.). De revalidatiegeneeskunde richt zich het meest op jongere ouderen tussen de 50 en de 65 jaar. In de toekomst zullen minder mensen in de zorg werken en er zullen meer ouderen zijn. Er zullen meer duurdere geneesmiddelen zijn en duurdere operaties; er zullen dus keuzes gemaakt moeten worden in de gezondheidszorg bij een gelijkblijvend budget. Deze keuzes zullen eerder gaan naar het genezen van mensen met een ziekte die vroeger dodelijk was. De keuze zal minder gericht zijn op revalidatie. Moeten wij ons daarom niet afvragen of onze manier van werken aan herziening toe is. We zullen een conferentie moeten houden over innovatie in de revalidatie. Hierin komen ook vragen

naar voren of alles wat de revalidatiearts doet, ook in de toekomst door de revalidatiearts gedaan moet worden: het gebeurt al vaak dat bepaalde controlesprekuren door nurse practitioners worden verricht. Intakeprocedures kunnen voor een deel elektronisch plaatsvinden, ook robotica zal in de toekomst beroepsmatig gebruikt kunnen worden. Aan robotica zitten 2 aspecten: een robot kan iets doen wat jij niet kan. Een ander aspect is dat een robot een deel van de therapie overneemt. We moeten misschien in dit verband wel minder denken aan de vertrouwde één op één patiënt/therapeut relatie. Uiteindelijk blijft een belangrijk element van ons werken het leren of aanleren van vaardigheden. Vaardigheden beheersen leer je alleen maar door het vaak te doen: een pianist zal vele duizenden uren moeten studeren voordat hij enigszins kan optreden in een zaaltje van de muziekschool. Een persoon met beschadigd brein zal er nog veel langer over doen. Revalideren in een één op één patiënt/therapeut relatie schiet dus in wezen niet op. Kun je dat proces, weliswaar met inachtneming van de belastbaarheid van de patiënt, niet versnellen? Ik denk hierbij veel meer aan interventies met behulp van technieken die het zelf oefenen bevorderen. Een patiënt kan met andere patiënten oefenen, een patiënt kan oefenen op de computer, denk aan Wii. We zijn bezig met een project diabetes II patiënten om hen training te geven om hun risicoprofiel in gunstige zin te beïnvloeden. Zij komen 1x per week bij ons, de rest van de week oefenen ze thuis achter de computer. De trainer heeft met behulp van een cameraatje deze groep patiënten in beeld waarbij de patiënten ook onderling contact kunnen hebben. Scheelt tijd en reistijd en dus geld. In feite hoeft hier helemaal geen nieuwe technologie voor uitgevonden te worden. Met bestaande technologie kunnen we dus meer bereiken met dezelfde mensen en met minder budget. Een ander project

bij ons zijn de levertransplantatiepatiënten waarbij het wetenschappelijk onderzoek een belangrijk speerpunt is van het Erasmus Medisch Centrum. Met behulp van moderne communicatietechnieken voorkom je dat patiënten 2x per week naar Rotterdam moeten komen.

Terug naar de vraag: in de afweging van toekomstige maatregelen zullen steeds keuzes gemaakt worden tussen langer leven en gezond leven. Ik vraag me in dit verband ook af of politiek gezien wel goede keuzes worden gemaakt. We hebben een Minister van Volksgezondheid, wat deze de laatste jaren gedaan heeft, is zich storten op kostenbeheersing in de vorm van marktwerking en het hervormen van het verzekeringsstelsel in plaats van het bevorderen van gezondheid. Mogelijk zijn we daardoor afgezakt naar de 30e plaats als het gaat om levensduur en kindersterfte. Er wordt te weinig aandacht besteed aan preventie (*Johan Mackenbach, hoogleraar maatschappelijke gezondheidszorg*).

5. Revalidatiegeneeskunde is een breed specialisme. Discussies over de grenzen van het vak vinden moeizaam plaats, hoe komt dat volgens jou?

In feite wordt de breedte van het vak bepaald door 2 dingen. Ten eerste is er sprake van een hoge mate van traditionalisme. Terugkijkend naar de ontwikkeling van ons vak houden wij ons bezig in ruime zin met het bewegingsapparaat, hiervoor worden we betaald. We zijn begonnen met reumatische en orthopedische problemen, later amputaties en neurologische afwijkingen, maar op een of andere manier vindt er toch nog veel weerstand plaats, als we binnen hetzelfde kader van het bewegingsapparaat met stoornissen en beperkingen ons bezighouden met diabetesrevalidatie of patiënten met een levertransplantatie, waarbij ook sprake is van sterk verminderd functioneren van het bewegingsapparaat, verminderde belastbaarheid, verlies

van werk, verminderd cognitief functioneren. Als je zo ook tegen diabetesrevalidatie of kankerrevalidatie kijkt, hebben wij nog genoeg te doen en is er natuurlijk geen enkel bezwaar dat andere collega-specialisten zich met de revalidatieaspecten bezighouden: een cardioloog met cardio-revalidatie en een longarts met COPD-revalidatie. Weliswaar is dit geen specialistische revalidatie maar om over deze grenzen te discussiëren is nutteloos, zolang dit werk met goede kwaliteit wordt geleverd. Anderzijds is het zo dat, als er geen duidelijke grenzen van het vak zijn, andere collega-specialisten ook niet goed weten welke vragen zij aan revalidatieartsen kunnen stellen. Dit is niet erg zolang wij voldoende werk hebben en zolang patiënten vaker genezen, zullen er meer patiënten zijn met stoornissen en beperkingen en zullen wij nieuwe bronnen kunnen aanboren. In dit verband praten we toch wel over vergroting en uitbreiding van ons vak. De grenzen zullen dus veel eerder bepaald worden door opleidingsvragen, uitbreiding van opleidingscapaciteit, de wens om parttime te kunnen werken, het doen van wetenschappelijk onderzoek; dat remt dus het werken in aanpalende gebieden.

6. In welk opzicht onderscheidt de opleiding zich hier van andere opleidingen tot revalidatiearts?

In feite zijn er geen verschillen meer in de opleidingen. De regelgevingen met betrekking tot kwaliteit, visitaties, leerplan, het wetenschappelijk onderzoek, met name in de academische opleidingscentra, is goed gestructureerd. Kortom veel verschillen zijn er niet. Verschillen komen niet meer vanuit de opleidingen, maar meer door de dokter zelf, zijn ambitieniveau, het enthousiasme voor het vak. Eén van de weinige dingen die ons onderscheidt, is de halfjaarlijkse kennistoets waar ook Den Haag aan meedoet. Deze is gekoppeld aan de thematiek van de basis cursus die het lokaal cursorisch onderwijs stuurt. Het is

een goed middel om tussentijdse beoordelingsgesprekken te kunnen voeren.

Ook het wetenschappelijk onderzoek is op de meeste plekken goed gestructureerd in de circuits samen met de academische centra. In Nederland is dus de opleiding tot revalidatiearts op gelijkwaardig en hoog niveau.

Vergeleken met de landen om ons heen merken we wel dat de opleiding tot basisarts in de ons omringende landen vaak anders is. In ons circuit hebben we een tijd lang Belgische artsen gehad, waarbij je merkt dat hun kennisniveau hoger ligt dan bij onze Nederlandse basisartsen. Daarentegen zie je een cultureel verschil: Belgische artsen hebben een ander communicatievaardigheden niveau en een andere bejegening van personeelsleden en patiënten.

In dit verband is het veel belangrijker dat we jonge collega's enthousiast maken voor het vak. In de huidige structuur van de basisopleiding heeft Rotterdam een verplicht coschap van een week aan het einde van de opleiding. Je kunt dus zeggen dat wij niet alleen afhankelijk zijn van keuzestudenten die facultatief een keuzeschool of onderwijs anderszins in de revalidatie volgen. Deze week is natuurlijk wel veel te kort. Een andere vraag is, hoe wék je de belangstelling bij jonge studenten voor het vak revalidatiegeneeskunde. Het zou mooi zijn als wij tijdens de basisopleiding de mogelijkheid hadden om studenten te kunnen scouten. Je zou op meerdere momenten in de opleiding een keuzeaanbod kunnen doen, bestaande uit onderzoek of kliniek en met behulp daarvan beoordelingen kunnen doen of iemand geschikt is voor de opleiding. Thans is het zo dat het steeds moeilijker wordt om uit de huidige sollicitatieprocedures een geschikte kandidaat te halen. Vaak denk je het is niet goed genoeg, maar we moeten wel iemand aannemen om de tent draaiende te houden.

Je kunt je vervolgens afvragen hoe je de structuur van de basisoplei-

ding kunt verbeteren om goed te kunnen spotten, curriculumwijzigingen zijn bijzonder moeilijk door te voeren als je een klein vak bent. De accenten van belangrijke curriculumwijzigingen betreffen in de regel de grote vakken. Een kleine wijziging kun je alleen maar doorvoeren door er zelf voor te vechten en voortdurend een voet tussen de deur te houden. Wel biedt de bachelor-master structuur kansen. We spelen nu met het idee voor het aanbieden van een 'minor', een vorm van keuzeonderwijs in het 3e jaar van de opleiding. We zijn bezig een 'minor' uit te werken voor revalidatiegeneeskunde, sportgeneeskunde en fysiotherapie, bestemd voor een groep van 30 studenten in het 3e jaar van de opleiding. Dit biedt natuurlijk een ideale mogelijkheid om te spotten, want er zullen altijd een paar tussen zitten die zo enthousiast worden voor het vak, dat ze wellicht geschikt zijn voor de opleiding. Het is dus zaak om in de basisopleiding je niet zo zeer te richten op het verbeteren van het vak maar het creëren van enthousiasme voor revalidatie.

7. Er is altijd gezegd dat het doen van wetenschappelijk onderzoek belangrijk is voor de ontwikkeling en de status van het revalidatiegeneeskundig specialisme. Hoe kijk jij daar tegen aan?

Ik wil de stelling in deze vraag graag nuanceren. Volgens mij hebben we het belang van wetenschappelijk onderzoek in dit verband ernstig overschat. Voor het opleiden tot een goede dokter is wetenschappelijk onderzoek irrelevant. Er moet echter wel een wetenschappelijke attitude ontwikkeld worden. Het doen van wetenschappelijk onderzoek is hiervoor niet de belangrijkste voorwaarde. De meeste AIOS hebben voor wetenschappelijk onderzoek onvoldoende belangstelling en ambitie. Het doet ook tekort aan echte wetenschappers die 4-5 jaar gestudeerd hebben om wetenschapper te worden, een vak op zich.

Je kunt een wetenschappelijke attitude veel beter ontwikkelen door begeleiding van het lezen van artikelen, kritisch lezen van advertenties van de farmaceutische industrie, kritisch zijn naar dat wat je doet, leren artikelen op te zoeken in pubmed. Het echt doen van wetenschappelijk onderzoek met alle aspecten die daar aan vastzitten, is zeker voor de niet-talentvolle AIOS in 10% van de opleiding niet te doen en dus zonde van de tijd.

Je kunt veel beter aan het begin van de opleiding 3 opties invoeren: de een zegt ik wil graag wetenschappelijk onderzoek doen en promoveren, een ander zegt ik wil een klein onderzoekje doen wat leidt tot een wetenschappelijk artikel en als derde mogelijkheid zou je met een klein groepje een poster kunnen samenstellen voor een VRA-symposium.

Er zijn in dit verband dus geen verkeerde ambitieniveaus, maar dit ambitieniveau moet wel aan het begin van de opleiding duidelijk zijn.

Het doen van wetenschappelijk onderzoek is natuurlijk wel erg belangrijk, maar moet je los zien van de opleiding. Bij het verrichten van wetenschappelijk onderzoek begeef je je in een internationale competitie, waarbij je hoog scoort, als je artikel in een belangrijk wetenschappelijk tijdschrift geplaatst weet te krijgen. Nederland scoort qua wetenschappelijk onderzoek in de revalidatie zeer hoog. Wij staan op de derde plek na Amerika en Engeland. Het is de vraag echter of het aanzien van ons vak nou wel zo verbeterd is, doordat we zoveel wetenschappelijk onderzoek doen.

8. Hoe werken academische centra met elkaar samen in een competitieve omgeving?

Hoogleraren werken intensief samen in het hoogleraarconvent, ik ben daar voorzitter van. Binnen deze samenwerking bespreek je de zaken betreffende opleiding, wetenschappelijk onderzoek, positie van de afdeling binnen het academische complex. Op het gebied van wetenschappelijk on-

derzoek zelf zijn we met elkaar in competitie. Het geld kan maar één keer worden uitgegeven, we doen daarbij een beroep op tweede, derde en vierde geldstroom. Daarbij geldt heel sterk dat wie het beste projectvoorstel schrijft het geld krijgt. Die competitie is goed, het stimuleert de kwaliteit van het wetenschappelijk onderzoek. Daarentegen, als je van mening bent dat je met z'n tweeën een grotere kans maakt om het geld te krijgen, dan werk je samen. Het kan dus zijn dat er 2 academische centra op het ene gebied samenwerken en op het andere gebied concurreren. Dus samenwerken waar het niet anders kan, maar maak het niet te complex in afstemming en overleg.

9. Je bent immediate past president of the European Society. Hoe kijkt men vanuit het buitenland tegen ons aan?

We hebben als klein land een groot voordeel ten opzichte van andere landen. We hebben een dicht netwerk van gezondheidszorginstellingen, een goede structuur, een goede arbeidsongeschiktheidswetgeving en voorzieningwetgeving. We hebben dus een goed vangnet voor mensen met blijvende beperkingen. Vaak zijn er in het buitenland belangrijke verschillen. Het komt vaak voor dat een arbeidsongeval wel een uitkering oplevert, maar een soortgelijk ongeval in de thuissituatie niet. Zoals eerder gezegd hebben dokters in Nederland voldoende werk. We lijden niet, zoals in andere landen, aan het waterhoofd van teveel dokters, wat eerder gezondheidszorg verslechterend werkt dan verbeterend, hoewel een tekort zoals in Engeland natuurlijk ook niet goed is. Een ander verschil is dat alle revalidatieartsen in Nederland in loondienst zijn. In het buitenland moet men vaak per patiënt het inkomen verdienen met als gevolg nutteloze diagnostische en therapeutische ingrepen. We leven wat dat betreft in een paradijs in ons dichte netwerk van gezondheidszorginstellingen. Ik vraag me wel af in hoeverre dat in

de toekomst stand kan houden. Ik denk wel eens dat wij in Nederland met een drie- tot vijftal klinische revalidatiecentra ruim toe kunnen. We hebben tegenwoordig revalidatiecentra in alle grote steden en hier en daar op het platteland. In Zuid-Nederland is een hele rij klinische centra op korte afstand: Goes, Bergen op Zoom, Breda, Tilburg, Eindhoven, 's-Hertogenbosch, Nijmegen, ik noem dat wel eens de Gordel van Smaragd. Wat is dat inefficiënt. Al die instellingen hebben personeelsfunctionarissen nodig, een zelf opgebouwd kwaliteitssysteem, kortom al die mensen die vanuit de eisen van het Ministerie in centra werken en niet aan het primaire proces deelnemen. Enkele grote centra bieden ook weer heel andere mogelijkheden, met name als het gaat bijvoorbeeld om het opleiden van specialistische therapeuten, bijvoorbeeld een dwarslaesie-therapeut. Ook voor het wetenschappelijk onderzoek zijn al die centra rampzalig. Als je onderzoek wilt doen met een voldoende patiëntenincludering moet je samenwerken en je onderzoek dus op meerdere plekken tegelijkertijd organiseren. Bovendien zijn

mensen in het algemeen bereid om lange afstanden te rijden om goede en gespecialiseerde zorg te ontvangen. Naast enkele klinische centra is het wel van belang dat er een dicht netwerk aan poliklinische voorzieningen bestaat.

10. De redactie van Revalidata denkt veel na over de toekomst van ons verenigingsblad. Wat vind jij van Revalidata?

Revalidata voldoet meer dan voldoende als mededelingen en informatieperiodiek. Het blad ziet er uitermate goed verzorgd uit, daar zit veel werk en energie in. Ik vind het daarom al onmisbaar voor de vereniging.

Ik denk niet dat het zich moet ontwikkelen tot wetenschappelijk tijdschrift, al is het de vraag wat je daaronder precies verstaat. Een wetenschappelijk tijdschrift staat nogal eens ten dienste van de auteurs, minder van de gebruiker. Het is uitermate belangrijk dat nieuwe ontwikkelingen vanuit de wetenschap laagdrempelig aan de lezer, gebruiker wordt aangeboden. Als instelling of opleidingsinstituut kun je ook anderen laten zien waar je mee bezig bent. Je kunt hier zelfs beleid op voeren,

bijvoorbeeld wij willen 2x per jaar in *De Monitor*, het blad van het Erasmus MC, een artikel plaatsen gekoppeld aan patiëntenzorg en wetenschappelijk onderzoek. Het gaat niet om eer en roem of zo, maar het is heel operationeel: als iemand iets uitgezocht heeft dan wil hij dat de lezer daar ook gebruik van kan maken. Je zou ook als beleid kunnen opperen om bijvoorbeeld 4 keer per jaar in *Revalidata* te staan met een verslag van een cursus, met een korte samenvatting van een wetenschappelijk onderzoek of met een copie van een poster, etc., enerzijds met het doel de lezers te informeren over nieuwe ontwikkelingen en anderzijds te werken aan je zichtbaarheid en aan je reputatie als academische afdeling. *Revalidata* in deze vorm biedt dan veeleer een vertaalslag of uitleg van wetenschappelijk onderzoek wat gedaan is. Die gebruikers zijn niet alleen revalidatieartsen, dat kunnen ook patiëntenverenigingen of zorgverzekeraars zijn die op hun beurt ook weer als opdrachtgever kunnen fungeren.

Ben Drentje



Transfemoral solutions When safety and confidence mean everything

U kent onze gebruikers en hun specifieke behoeften en problemen. U bent tevens de deskundige die precies weet wat hij nodig heeft om een perfecte prothese te vervaardigen. Wij gaan u dus niet vertellen hoe u uw werk moet doen, we willen echter wel alles in het werk stellen om ervoor te zorgen dat u over de juiste producten en de juiste mensen kunt beschikken.

- Juiste producten voor uw gemiddeld actieve gebruiker: Total Knee® + Iceross Seal-In® X5 TF liner + Talux®
- Juiste producten voor uw hoog actieve gebruiker: Mauch Knee® + Iceross Seal-In® X5 TF liner + Ceterus®
- Right people: gait trainers, certified CPOs, product experts.

Doe een beroep op ons - wij zijn er om uw succesvolle resultaten te ondersteunen.

www.ossur.nl



Eggs Without Knees™

Functional Prognosis of Long-term Outcome after Traumatic Brain Injury: a Prospective Cohort Study

A. Willemse

Op woensdag 28 januari promoveerde Agnes Willemse op het proefschrift "Functional Prognosis of Long-term Outcome after Traumatic Brain Injury: a Prospective Cohort Study" (ISBN 978-90-8559-474-1)

Agnes is één van de psychologen die in vrij korte tijd promoveren op de afdeling Revalidatiegeneeskunde van het Erasmus MC.

Zij is pas later met de psychologiestudie begonnen na omzwervingen in verschillende functies. Na haar afstuderen in 2002 begon zij direct met haar promotietraject naar de lange termijn gevolgen van traumatisch hersenletsel. Later werd haar functie uitgebreid met deelname aan een internationale validatiestudie van de QOLIBRI, een kwaliteit van leven vragenlijst in opdracht van de afdeling Neurochirurgie.

Als promotor trad op Henk Stam; haar co-promotor was Gerard Ribbers.

De redactie van *Revalidata* feliciteert de promovendus met het behaalde resultaat en dankt haar voor de bijgaande samenvatting die zij speciaal voor *Revalidata* samenstelde.

SAMENVATTING

De prognose na een traumatisch hersenletsel (THL) varieert van een dodelijke afloop tot en met compleet herstel, maar de meeste patiënten hebben langdurige beperkingen.¹ In Nederland ervaart 45 tot 67% van de patiënten 3 tot 7 jaar na het letsel nog situationele, cognitieve, emotionele of gedragsmatige beperkingen als gevolg van het letsel.² Opmerkelijk is dat 41% van de patiënten participatie restricties heeft als gevolg van deze beperkingen,³ maar dat slechts 10% gebruik maakt van revalidatievoorzieningen.² Andere Nederlandse rapporten⁴⁻⁶ beschrijven de volgende problemen voor patiënten met hersenletsel:

- 1) onvoldoende kennis bij patiënten, familieleden en professionals over het letsel en de consequenties;
- 2) het bestaan van een hiaat tussen zorgbehoefte en zorgaanbod;
- 3) een ontoereikende coördinatie en continuïteit van de zorg. Hierdoor is het grotendeels een kwestie van toeval en geluk of iemand adequate zorg krijgt na een hersenletsel.⁴⁻⁶

Deze zorgwekkende situatie is de aanleiding geweest voor het Rotterdam THL-onderzoek: onderzoek naar de prognose, het beloop en determinanten van het te bereiken niveau van activiteiten en participatie. Daarnaast is geëvalueerd hoe vaak men gebruik maakte van gezondheidsvoorzieningen en of dit overeenstemde met de behoeften die patiënten hadden. In totaal namen 119 patiënten deel uit drie ziekenhuizen: het Erasmus MC,

het Medisch Centrum Haaglanden (locatie Westeinde) en het Universitair Medisch Centrum Utrecht.

Allereerst is er gekeken naar de voorspellende waarde van de genetische factor Apolipoproteïn ε4 (APOE-ε4) voor het voorspellen van uitkomsten na een THL. Het dragen van het APOE-ε4 allel werd geassocieerd met een ongunstig herstel na een THL. In dit onderzoek werd gekeken of APOE-ε4 ook voorspelend was voor beperkingen in activiteiten en participatie en of dit verschilde voor diverse tijdstippen na het letsel. Van de 79 patiënten hadden 17 patiënten (22%) tenminste één APOE-ε4 allel. Het dragen van het APOE-ε4 allel bleek niet voorspellend voor beperkingen in activiteiten en participatie. Dragerschap van het APOE-ε4 allel werd wel geassocieerd met globaal functioneel herstel na een THL (gemeten met de Glasgow Outcome Scale). In tegenstelling tot andere studies werd een beschermend effect van het APOE-ε4 allel gevonden; de patiënten met het APOE-ε4 allel hadden een beter globaal functioneel herstel dan patiënten zonder het APOE-ε4 allel, vooral op 12, 18, 24 en 36 maanden na het letsel. Als verklaring voor het contrast met studies die geen of een negatieve invloed van het APOE-ε4 allel vonden, veronderstelden we dat er meerdere en mogelijk concurrerende mechanismen door het APOE-ε4 allel geïnduceerd worden. Daarnaast hebben polymorfismen slechts een klein effect op de uiteindelijke uitkomst en kan dit effect gemakkelijk gemaskeerd worden door omgevingsfactoren.

Mevr. dr. A. Willemse, psycholoog, afdeling Revalidatiegeneeskunde, Erasmus MC, Rotterdam

Een belangrijk onderdeel van het onderzoek betrof de vragen: Wat is het beloop van participatie in de eerste 3 jaar na het letsel en wat zijn determinanten van de maatschappelijke integratie na 3 jaar? Het beloop van maatschappelijke integratie toont een verslechtering van de gemiddelde scores kort na het letsel in vergelijking met de gemiddelde niveaus voor het letsel. Daarna werden geleidelijke verbeteringen gevonden. De grootste vooruitgang werd geboekt in het eerste jaar na het letsel, maar er was ook nog vooruitgang voor de gemiddelde scores van maatschappelijke integratie, sociale integratie en voor productiviteit. Het niveau 3 jaar na het letsel was echter nog steeds onder het premorbide niveau. Dit met uitzondering tot functioneren in de thuissituatie, dat wel weer hersteld was tot het niveau van vóór het letsel.

De belangrijkste determinanten voor maatschappelijke integratie 3 jaar na het letsel waren: de postacute Barthel Index score, de leeftijd ten tijde van het letsel en de premorbide maatschappelijke integratie ($R^2=52\%$). Hoewel er onzekerheden blijven omtrent de prognose kunnen deze determinanten gebruikt worden om patiënten en hun naasten te informeren en om een onderscheid te maken tussen patiënten die extra risico lopen op een slechte participatie in de sociale context.

Door de beperkingen in activiteiten en participatie op lange termijn hebben veel patiënten gezondheidsvoorzieningen en sociale voorzieningen nodig. Er is gekeken of het gebruiken (of niet gebruiken) van deze voorzieningen bepaald werd door gezondheidsgerelateerde behoeften en sociaaldemografische factoren of dat andere factoren hierop ook van invloed waren. Wanneer individuele omstandigheden, zoals de regio waar men woont, of individuele gezondheidsopvattingen bepalend zijn voor het wel of geen gebruik

maken van voorzieningen, dan kan dit wijzen op een onbillijkheid in de verdeling van voorzieningen. Om te bepalen of hiervan sprake was zijn 4 categorieën gezondheidsvoorzieningen geëvalueerd bij 79 patiënten: de huisarts, medisch specialisten, revalidatie en ondersteunende voorzieningen. Na 3 tot 5 jaar gebruikten 26 patiënten (32%) geen gezondheidsvoorzieningen. De huisarts werd het meest bezocht (door 48% van de patiënten), 42% had contact met medisch specialisten, 38% kreeg revalidatie en 16.5% gebruikte ondersteunende voorzieningen. Gezondheidsgerelateerde behoeften, zoals participatie restricties en co-morbiditeit waren bepalend voor alle typen gezondheidszorg. Dit suggereert dat de meeste patiënten die voorzieningen nodig hebben, deze ook ontvangen. Echter, gezondheidsovertuigingen zoals een externe locus of control of een interne locus of control bleken mede bepalend voor het wel of niet gebruik maken van medisch specialistische en ondersteunende zorg. We konden onbillijkheid voor deze categorieën dan ook niet uitsluiten.

Tot slot is er gekeken of individuele patiënten nog onvervulde behoeften hadden. Voor patiënten en verwanten kan het moeilijk zijn om te bepalen welke ondersteuning ze nodig hebben voor hun gezondheidsgerelateerde restricties. Onbekendheid met de beschikbare zorgvoorzieningen speelt daar een rol in. Bovendien kunnen THL patiënten uit het gezondheidszorgsysteem verdwijnen, waardoor nieuwe behoeften door veranderde omstandigheden onopgemerkt kunnen blijven. Op de lange termijn hadden 13 van de 78 patiënten (17%) nog onvervulde behoeften op het gebied van autonomie en participatie. Vooral op domeinen als werk (31%), onderwijs (45%) en bij het zelf kunnen steunen van anderen (46%) wilden patiënten ondersteuning. Patiënten met een mogelijke klinische

depressie rapporteerden vaker onvervulde zorgbehoeften 3 tot 5 jaar na het letsel. Het aantal onvervulde behoeften suggereert dat het aanbod van voorzieningen op de lange termijn niet voldoende of niet goed afgestemd is op de vraag.

Samenvattend kan geconcludeerd worden, dat er op de lange termijn ook nog diverse problemen spelen voor THL patiënten. Het is daarom ook te adviseren, dat ook op de lange termijn de revalidatie voor THL patiënten een goed gecoördineerd proces blijft waarbij de behoeften van patiënten en familie voorop staan.

Literatuur

1. Thurman DJ, Alverson C, Dunn KA, Guerrero J, Sniezek JE. Traumatic brain injury in the United States: A public health perspective. *J Head Trauma Rehabil* 1999; 14: 602-615.
2. Balen HG van, Mulder T, Keyser A. Towards a disability-oriented epidemiology of traumatic brain injury. *Disabil Rehabil* 1996;18:181-190.
3. Balen HGG van. Mensen met een traumatisch hersenletsel: probleeminventarisatie. [Traumatically brain-damaged people: an investigation of their problems]. Utrecht: Gehandicaptentraad, 1992.
4. Carlier JM, Zeggelt FC, Harmsen J. Een kwestie van toeval en geluk. Utrecht: Prismant, instituut van en voor de zorg, 2000.
5. Landelijk Coördinatiepunt Niet-aangeboren Hersenletsel. *Zorg in de thuissituatie voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel*. Utrecht: Landelijk Coördinatiepunt Niet-aangeboren Hersenletsel, 1996.
6. Abbringh SW, Os MCM den. *De problematiek van mensen met niet-aangeboren hersenletsel in Zuid-Holland: een kwalitatieve beschrijving*. Den Haag: Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Zuid-Holland, 1997.

Jaarverslag 2008 van de Werkgroep CVA Nederland

Leden van de werkgroep: 38; 18 uit RC, 17 uit ZH
Buitengewoon lid: 5

SAMENSTELLING VAN HET BESTUUR:

voorzitter: mw.dr. J.M.A. Visser-Meily
vice-voorzitter: drs. G.J. Renzenbrink
penningmeester: drs. T. Semeijn
secretaris: mw.drs. T.A. Veenis

Vergaderdata: 17/1, 20/3, 15/5, 18/9, 20/11

Plaats: 'de Kastanjehof' te Apeldoorn

DEELNAME AAN COMMISSIES:

C. Smallenbroek: Bestuur SAN, KWACO
S. Geurts: Training Neurorevalidatie
P. Koppe: Landelijk Expertpanel Stroke Service,
Stuurgroep Cognitieve Revalidatie
A. Visser: Raad van Advies van 'Nederlandse Vereniging Samen Verder'
Adviescommissie Psychosociale Zorg van de Hartstichting
CBO Commissie: Herziening Consensus CVA
WECO
Kennisnetwerk CVA Nederland, Werkgroep Scholing
G. Renzenbrink: Consilium
G. Balk: VRA bestuur
L.Heijnen: Kennisnetwerk CVA NL, CBO Commissie CVA

INTERNE WERKGOEPEN:

Klinimetrie:
R. Meijer, R. Rambaran,
C. Smallenbroek, M. Tepper en
A. Visser
Klinimetrie BE:
M. Tepper, L. Heijnen, G. Bos
Basiscursus CVA 2009:
S. Schiemanck, L. v.d. Dussen,
M. Tepper, D. de Groot
WCN-dag 2008:
F. Lem, Th. Semeijn,
H.M. Kruitbosch
Verpleeghuisartsendag:
Th. Semeijn, L. de Boer,
H.M. Kruitbosch

ACTIVITEITEN T.B.V. KENNIS-OVERDRACHT:

- Deelname aan organisatie basiscursus CVA 2009 voor revalidatieartsen.
- Organisatie WCN themadag 29 maart:
 - Thema: Cognitie
 - Doelgroep: multidisciplinaire teams
 - 120 deelnemers
- Organisatie Verpleeghuisartsendag 17 september:
 - Thema: Complexe problemen na beroerte.
 - Doelgroep: revalidatieartsen en verpleeghuisartsen
 - 75 deelnemers

- Symposium 20 november:
 - Thema: Motorisch leren.
 - Doelgroep: revalidatieartsen en aios
 - 50 deelnemers

BECOMMENTARIËN:

Zorgboek NAH Hersenstichting:
door C. Smallenbroek

Lezingen:

J. Claassen: Cardiovasculair risicomanagement
M. Tolsma: Blaasbeleid bij CVA
S. Geurts: (concept) Meetprotocol L300
H. van Genderen: Single dose of fluoxetine increases muscle activation in chronic stroke patients
T. van Besij: Slaapapnoe bij CVA
J. Ruijgrok: Intrathecale Baclofen bij CVA
E. van Asseldonk: Restitution and compensation in the recovery of function in the lower extremities of stroke survivors
K.H. Woldendorp: Muziekrevalidatie bij CVA
J. den Boer: Resultaten L300
C. van Heugten: De CLCE-24
C. van Heugten: Awareness

Maart 2009
Mw.drs. T.A. Veenis
Secretaris Werkgroep CVA Nederland

Jaarverslag 2008 Werkgroep Neuromusculaire Aandoeningen

De werkgroep neuromusculaire ziekten heeft als doel de verbetering van de kwaliteit van de revalidatiezorg in de breedte aan mensen met een neuromusculaire aandoening.

Ruim 78 revalidatieartsen, werkzaam op 42 revalidatie-instellingen verspreid over heel Nederland zijn lid van deze werkgroep. Men vergadert drie maal per jaar. De werkgroep is geaccrediteerd door de Nederlandse Vereniging voor Revalidatieartsen (VRA) en werkt nauw samen met de patiëntenorganisatie Vereniging Spierziekten Nederland (VSN). Deze samenwerking resulteert in een breed scala aan activiteiten op meerdere terreinen. In dit jaarverslag zijn de belangrijkste activiteiten van de werkgroep van het afgelopen jaar kort verwoord.

ONTWIKKELING EVIDENCE BASED RICHTLIJN VOOR HET GUILLAIN BARRÉ SYNDROOM

In 2008 is de werkgroep samen met de Vereniging Spierziekten Nederland gestart met de ontwikkeling van de evidence based multidisciplinaire richtlijn voor patiënten met het Guillain Barré Syndroom. De richtlijn wordt bij uitstek multidisciplinair. Ruim 20 verschillende disciplines zijn bij de ontwikkeling betrokken. De VRA is samen met de VSN mede-eigenaar van deze richtlijn.

CURSUS LONG VOLUME REKRUTERENDE TECHNIEKEN

De werkgroep zet zich al enkele jaren in om het airstack een plaats te geven binnen de revalidatie aan mensen met een neuromusculaire aandoening. Dit heeft ondermeer geresulteerd in de cursus Long Volume Rekruterende technieken (LVR) die twee maal per jaar wordt gehouden door het Centrum voor Thuisbeademing van het UMC Utrecht. Afgelopen jaar is deze cursus door

de werkgroep geëvalueerd. Afgesproken is deze cursus voorlopig te handhaven. Daarnaast heeft de werkgroep CVZ aangeschreven met de vraag om airstack-hulpmiddelen op te nemen in het vergoedingenpakket.

ONDERZOEKSWENSEN VANUIT PATIËNTENPERSPECTIEF

In 2008 is het onderzoek naar onderzoekswensen vanuit patiëntenperspectief afgerond. Dit onderzoek werd uitgevoerd binnen het eerste revalidatieprogramma van ZonMw i.s.m. de VSN, het ISNO en deze werkgroep. Het onderzoek werd uitgevoerd door de onderzoeksgroep uit Maastricht onder leiding van Tineke Abma. Opvallend resultaat is dat mensen met een spierziekte (naast natuurlijk onderzoek gericht op genezing) groot belang hechten aan onderzoek dat mogelijk leidt tot verbetering van het dagelijks leven. Aspecten als training, pijn, vermoeidheid, maar ook mobiliteit en relaties, werden genoemd. Het onderzoeksrapport is te verkrijgen via de Vereniging Spierziekten Nederland: tessa.dingelhoff@vsn.nl.

ENQUÊTE SAMENWERKING REVALIDATIEARTSEN MET ANDERE MEDISCHE SPECIALISTEN

In 2008 is een enquête gehouden onder de revalidatieartsen van deze werkgroep. Doel was zicht krijgen op de diverse samenwerkingsverbanden met andere medisch specialisten met betrekking tot patiënten met een spierziekte. Er was een respons van 65%. N.a.v. deze enquête is de

werkgroep van plan om in 2009 aanbevelingen op te stellen voor de samenwerking met medisch specialisten, werkzaam in algemene ziekenhuizen en in de - in neuromusculaire ziekten gespecialiseerde - multispecialistische teams binnen de UMC's.

DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING

De werkgroep was in 2008 inhoudelijk verantwoordelijk voor de Paog-cursus neuromusculaire ziekten. Op de reguliere vergaderingen van de werkgroep zijn ook verschillende presentaties gehouden. Hier een greep uit de onderwerpen: kwaliteit van leven bij volwassenen met Duchenne, het project ALS en zorgcoach, motor function measure scale: MFM, SMA, standards of care, de derde partijrol van de VSN bij zorginkoop, richtlijn orthesen naar maat, behandeling en begeleiding myotone dystrofie, groei naar zelfstandigheid van jongeren met een neuromusculaire ziekte.

INFORMATIE VOOR PATIËNTEN

Revalidatieartsen hebben op de patiëntendagen van de VSN veelvuldig lezingen gehouden voor patiënten met een spierziekten. Zeven revalidatieartsen zijn tevens medisch adviseur van diagnosegebonden werkgroepen van de VSN en hebben in die hoedanigheid diverse activiteiten voor de leden van de VSN uitgevoerd.

VERANDERDE OPZET WERKGROEPVERGADERINGEN

In 2008 is gewerkt met een nieuwe opzet voor vergaderingen. Het eerste deel is een vergadering waarin beleidsmatige onder-

werpen worden besproken. In het tweede deel wordt inhoudelijke informatie gegeven. Voor dit laatste deel is accreditatie vanuit de VRA verkregen. Om deze inhoudelijke lezingen goed te kunnen voorbereiden is het bestuur in 2008 uitgebreid. Deze nieuwe werkwijze bevalt goed.

SAMENSTELLING BESTUUR

- *Voorzitter* M.J. van Tol-de Jager, revalidatiearts revalidatiecentrum de Hoogstraat / WKZ Utrecht
- *Vice-voorzitter* W.G.M. Janssen, revalidatiearts Erasmus Medisch Centrum Rotterdam
- A.D. van Velzen, revalidatiearts Stichting revalidatiecentrum Breda - REVANT
- J.M.P.I. van Haelst, revalidatiearts revalidatiecentrum Tolbrug, Werkgroep NMA
- R.F. Pangalila, revalidatiearts Rijndam Revalidatiecentrum
- R.D.J. Margry, revalidatiearts revalidatiecentrum Heliomare
- *Secretaris* A.M.C. Horemans, beleidsmedewerker Vereniging Spierziekten Nederland

WTR bijeenkomst in Nijmegen

13 maart 2009

Het wetenschappelijk deel van de WTR voorjaarsvergadering in Nijmegen werd 13 maart 2009 ingevuld met een symposium over ketenzorg in de traumatologie. De traumaketen begint op straat en eindigt zodra de patiënt weer optimaal functioneert en participeert in de maatschappij. De traumaketen is een lange en complexe keten, transmuraal en zeer multidisciplinair. In Nijmegen zijn de laatste jaren in de hele keten maatregelen genomen en ketenprocessen onderzocht om de kwaliteit van zorg rond opvang en behandeling van traumapatiënten op alle momenten te optimaliseren. Zo is in de kop van de traumaketen de beschikbaarheid van traumazorg versneld door de inzet van een mobiel medisch team en werd er onderzoek gedaan naar het effect van de inzet van traumahelikopters. Op het symposium werd dit deel van de keten toegelicht door collega Verstappen, traumachirurg van het CWZ in Nijmegen en door collega van Vugt, traumachirurg en hoofd eerste hulp van het UMC St Radboud te Nijmegen. Midden in de keten werd de diagnostiek verbeterd en is door de inzet van

traumachirurgen de kwaliteit van behandeling verbeterd. In dit kader heeft de brede inzet van de CT scan zijn intrede gedaan. Collega Edwards traumachirurg van het UMC St. Radboud gaf aan welke de voordelen en nadelen zijn van CT scanonderzoek bij traumapatiënten.

Vervolgens kwam de focus van het symposium te liggen op de revalidatie. Collega Van de Meent, revalidatiearts van het UMC St. Radboud, presenteerde een state-of-the-art multidisciplinaire keten richtlijn voor de ziekenhuisrevalidatiefase van traumatisch ruggenmergletsel en collega Hemmen, revalidatiearts van het SRL Hoensbroeck, presenteerde een pilotstudie van de Fast-Track Trauma Revalidatie Service. Deze studie was een voorbereidende studie van de in oktober 2008 gestarte multicentre trial waarbij een speciaal 'Fasttrack' traumarevalidatieprogramma, zoals dat ontwikkeld is in het circuit SRL-Hoensbroeck, vergeleken wordt met de standaard traumarevalidatie in het UMC St. Radboud te Nijmegen. Collega Vos, neuroloog in het UMC St. Radboud hield daarna

een presentatie over de lange termijn gevolgen van licht schedel hersenletsel. Uit de traumaregistratie is gebleken dat specifieke klachten (hoofdpijn, misselijkheid, etc.) in de vroege fase na een licht schedel hersenletsel voorspellend zijn voor klachten en werkhervatting op langere termijn.

In de middagsessie werden 2 capita selecta behandeld op het gebied van de amputatie chirurgie. Collega Aschoff, plastisch chirurg van de Sanakliniken in Lübeck (D), presenteerde een patiënt en een case serie van 40 patiënten met een zogenaamde Endo-exoprothese. Collega Aszman, plastisch chirurg, van de Wiener Uniklinik te Wenen presenteerde een casus van een patiënt met een bilaterale armamputatie waarbij met een nieuwe chirurgische techniek de zenuwen van de arm werden geïmplanteerd in de pectoralis spier. De spiercontracties van de pectoralis konden zo gebruikt worden voor het aansturen van een nieuwe generatie myoelektrische prothese. Het middagprogramma werd afgesloten met twee voordrachten over revalidatie op afstand via het internet.

Otto Bock®

QUALITY FOR LIFE



1C30 Trias

Moeiteloos variëren in snelheid

De Trias is een voet met een progressieve werking. Het design is, behalve aantrekkelijk om te zien, vooral zeer functioneel. Tijdens verschillende bewegingsstadia en bij tempowisselingen reageert deze voet op passende wijze. De dubbele lamelstructuur en de natuurlijke driehoekige vorm van de hiel- en voorvoetveren zorgen ervoor dat eerst de afzonderlijke veren worden belast. Bij verhoging van de belasting komen de dubbele veren tegen elkaar aan, waardoor ze veel meer weerstand geven.

Geschikt voor alle amputatieniveaus en voor matig tot normaal actieve personen.

ottobock.nl



Alpha® Liner *Comfortabele bescherming*

Judith Flickinger | winkelt graag | hulpverleenster | schrijfster | carrière vrouw | sociaal bewogen | prothesegebruikster



De Alpha Liner biedt de meeste comfort en bescherming voor mensen zoals Judith, altijd bezig zijn met allerlei dingen. Voor veel prothesegebruikers zijn de Alpha Liners synoniem met comfort. De op minerale olie gebaseerde Alpha gel met vitamine E, biedt een optimale ondersteuning van het been of de arm voor meer comfort en bescherming tegen wrijving en beschadigingen van de huid. Alpha Liners hebben een duurzame stof aan de buitenzijde waardoor de Liner makkelijker in de prothese gaat.

Alpha Liners:

Alpha Original (gemiddeld actief) •
Alpha Spirit (minder actief of beperkte handfunctie) • Alpha MAX (zeer actief) •
Alpha AK (bovenbeen) • Alpha UE (bovenarm) • Alpha P-POD™ (voor kinderen) • Alpha DESIGN® (maatliners)



ECHTE OPLOSSING VOOR ECHTE MENSEN



OHIO WILLOW WOOD
from the body, for the spirit

VOOR MEER INFORMATIE KIJKT U OP WWW.OWWCO.NL OF NEEM CONTACT OP MET +31 (0)341 428781

Kinderrevalidatie wordt sectie en knapper!

P. de Koning

Met de vaststelling van het handvest kinderrevalidatie onlangs, is 'het kinderplatform' de 'sectie kinderrevalidatiegeneeskunde' geworden. Een belangrijke mijlpaal in de ontwikkeling van de kinderrevalidatie in Nederland, gevolg van de inspanningen en ontwikkelingen op behandelinhoudelijk, wetenschappelijk en kwalitatief terrein. Eén van de activiteiten van de sectie is het verzorgen van scholing voor kinderrevalidatieartsen. De eerste scholingsdriedaagse vond afgelopen januari met veel succes plaats en zal in juni herhaald worden.



De scholing is gericht op het uitbreiden van kennis en vaardigheden die direct in de praktijk kunnen worden toegepast. Dat betekent naast theoretische voordrachten, vooral workshops, waar de handen uit de mouwen moeten. Door een enthousiaste groep collega's is een driedaags programma samengesteld. Per dagdeel wordt een onderwerp bij de kop genomen. De eerste keer in januari kwamen onder andere visus, gehoor, communicatie, gesprekstechniek en wetenschappelijk onderzoek aan de orde. De organisatoren hebben hun contacten en netwerk gebruikt om interessante sprekers uit te nodigen. Om de interactie te

vergroten wordt de groep beperkt gehouden, er kunnen maximaal 30 personen meedoen. En er wordt verwacht dat iedereen overnacht op de cursuslocatie. Dat is overigens geen straf. Als locatie werd 'de Hoorne Boeg' uitgekozen, een gezellig landgoed ten zuiden van Hilversum, temidden van bos en hei.

Inmiddels is dus het eerste programma achter de rug. De evaluatie liet grote tevredenheid over programma en locatie zien. Iedere cursist zal zo zijn herinneringen hebben, maar de hilarische gebarencursus (om te kunnen communiceren met niet of nauwelijks sprekende kinderen) en

de gesprekstechniek training 'de lastige ouder' inclusief rollenspel met toegewijde acteurs zal ieder nog bijstaan. Het programma werd als 'intensief' ervaren, maar waardevol en gezellig, niet in het minst ook vanwege de onderlinge contacten. Een zeer goed verzorgd sociaal programma met de mooie Spaanse film 'Vengo' heeft daar zeker aan bijgedragen.

In juni zal het programma herhaald worden. Het scholingsprogramma voor kinderrevalidatieartsen zal een vaste activiteit van de sectie kinderrevalidatiegeneeskunde blijven. De voorbereidingen voor de tweede cyclus, in 2010, zijn alweer gestart.

Prestatie-indicatoren: een complexe materie

Revalidata 2009; 147 (31): 38-42.

Naschrift in reactie op stuk van Post et al. in *Revalidata* 2009; 148 (31): 41-43.

R. Meijer, J. van Limbeek

Wij willen Marcel Post et al. danken voor hun uitgebreide antwoord op onze open brief en hun uitleg over de USER. Zo hebben zij enkele mogelijke misverstanden aangaande de USER opgehelderd. Niettemin gaan zij in hun stuk niet erg diep in op het centrale thema van ons artikel, namelijk de (on)mogelijkheid om met één generieke indicator de uitkomsten van het revalidatieproces voor één of meerdere categorieën patiënten vast te stellen onafhankelijk van doel en mogelijkheden van de individuele patiënt. In navolgende gaan wij daar nog eens kort op in.

Zij noemen ADL de eerste, maar niet enige indicator van uitkomst van revalidatie. Zij bedoelen hier mee, dat ADL de eerste indicator is, die zij willen meten vanwege het belang bij klinische patiënten, voor wie het behalen van ADL zelfstandigheid veelal een belangrijk doel is. Deze argumentatie kunnen wij onderschrijven. In het algemeen zouden we geen professionele en/of maatschappelijke prioritering willen geven aan te behalen behandeldoelen, omdat de doelen per doelgroep, per patiënt en per behandellocatie zeer kunnen verschillen. Zo zal in een poliklinische behandelsetting ADL doorgaans geen behandelgoal zijn; veelal zal het voor die populatie gaan om extended ADL, of b.v. communicatie. Een niet onbelangrijk detail hierbij is, dat consensus vereist is over wat ADL inhoudt, zoals dit ook geldt voor de andere domeinen die we straks als prestatie-indicator gaan kiezen. Deze discussie is voor zover wij weten nog niet gevoerd. De huidige wereldstandaard van

ADL is de Barthel Index (BI), zoals wij die in Nederland doorgaans gebruiken. Daarnaast kent de BI vele modificaties, waarvan die van Shah het bekendst zijn. Tevens zijn er nog vele andere ADL schalen, zoals de Katz ADL Index. Toch is men ondanks de veronderstelde theoretische verbeteringen altijd bij de 'oude' BI als 'criterium standaard' gebleven, omdat die prima voldoet. Nu is er met de ontwikkeling van de USER als generieke maat voor zelfstandigheid, zoals Post et al. dit omschrijven, weer een nieuwe ADL schaal gemaakt. Echter, we moeten ons realiseren, dat, ofschoon elke ADL schaal pretendeert een zelfde construct te meten, de uitkomsten een betekenis hebben afhankelijk van hetgeen in de items gevraagd of gesteld wordt. Zo verschilt de USER ook van het 'construct' van de BI. Om ons antwoord niet te lang te laten worden, willen we ons hier beperken tot enkele opmerkingen over het item 'lopen van langere afstanden'. Het lopen van langere afstanden, een item dat de USER heeft opgenomen bij de mobiliteitssectie, kan van belang zijn voor extended ADL activiteiten, zoals voldoende ver kunnen lopen om de boodschappen te kunnen doen. Een langere afstand kunnen lopen is niet nodig om je basaal in en om je huis zelfstandig te kunnen redden. En dat is nu juist zo fijn van de BI. Bij een hoge score van 18 tot 20 weten we gewoon, dat de patiënt zich thuis, al dan niet met aanpassingen en/of voorzieningen, zelfstandig kan redden. Dus een score tegen of op het plafond geeft 'garantie' van zelfstandigheid in basale ADL.

Willen we iets weten over extended ADL, zoals het vermogen om boodschappen te doen, of de was te doen, dan dienen we daarvoor een ander instrument te gebruiken, dat nu juist die extended ADL gericht in kaart brengt en/of de voorwaarden hiervoor, zoals een loopfunctie. We moeten in ieder geval niet een extended ADL schaal gelijkschakelen met een basale ADL meting.

Qua visie zijn we het er dus niet mee eens om het lopen van langere afstanden als onderdeel van de basale ADL in een instrument op te nemen en daarmee af te wijken van de 'gouden standaard', die de BI, ondanks alle bezwaren ertegen, nu eenmaal is. Ook gaan we dan een ander construct gebruiken als de rest van de wereld en dat is geen goede zaak voor vergelijking van uitkomsten. Patiënten, die wel zelfstandig zijn, kunnen dan toch niet de maximum score behalen, omdat hun loopfunctie daarvoor niet goed genoeg is, hoewel die voor hun zelfredzaamheid thuis voldoende is.

Post et al. benadrukken, dat de motorische score van de USER beter geschikt is als uitkomstmaat voor de klinische CVA-revalidatie dan de BI, omdat deze laatste bij klinische CVA-patiënten een veel te sterk plafondeffect kent. Psychometrische termen (plafondeffect) kunnen op zich geen positieve of negatieve lading hebben. De waarde van een instrument hangt af van de visie die je hebt over het doel dat het meetinstrument dient te hebben.

In het geval van de Barthel Index bij de klinische CVA-populatie geeft het behalen van het plafond

Ronald Meijer, revalidatiearts-epidemioloog/onderzoekscoördinator Revalidatie Medisch Centrum Groot Klimmendaal Arnhem
Jacques van Limbeek, arts-epidemioloog/directeur Research Development & Education Sint Maartenskliniek Nijmegen

juist de gewenste informatie. De schaal meet precies wat je wilt weten, namelijk zoals hierboven vermeld of de patiënt zelfstandig is in basale ADL activiteiten. Bij opname in het revalidatiecentrum zal bij de meeste CVA-patiënten de score van de BI variëren tussen de 6 en de 12 en bij ontslag tussen de 16 en 20, mede afhankelijk van het herstelpotentieel van de patiënt en het moment van ontslag en de hulp, die in de thuissituatie aanwezig is. Als we de BI afnemen bij een zeer zorgbehoeftige verpleeghuispopulatie, dan krijgen we een bevestiging van wat we al weten, namelijk dat de scores alle op de bodem zullen liggen. Nemen we de BI daarentegen af bij een poliklinische revalidatiepopulatie, dan kunnen we plafondscores verwachten. Als je desalniettemin het meetdoel hebt, dat je deze informatie wilt verkrijgen, dan geven deze bodem-, dan wel plafond scores precies het goede antwoord. Wat betreft basale ADL kan de BI dus uitstekend als indicator gebruikt worden. Quod erat demonstrandum.

Doorgaans zul je echter bij een zorgbehoeftige populatie willen weten hoeveel zorg nodig is en zal een zorgzwaarte instrument deze vraag beter kunnen beantwoorden. Bij de poliklinische patiënt zul je meer geïnteresseerd zijn in zijn extended ADL activiteiten en derhalve een instrument gebruiken, dat dit domein meet.

Onze boodschap is en blijft: kies je instrument zo nauwkeurig mogelijk en weet ook welk antwoord het instrument je geeft. Al eerder pleitten wij nadrukkelijk voor **1 domein schalen** (of voor schalen waarin de domeinen als afzonderlijk geheel zijn opgenomen en afzonderlijk gewaardeerd kunnen worden). Zo kiezen wij voor de **basale ADL** nog steeds voor de **BI** en voor de extended ADL voor een andere schaal, zoals de Modified Frenchay Activities Index uit de Dutch stroke clinimetric core sets van de WCN.

Het commentaar van Post et al. weerlegt naar onze mening niet onze basale stelling, dat wanneer je revalidatie doelen als uitkomst van revalidatiebehandeling neemt, je doelspecifiek en populatiespecifiek moet meten om valide uitkomsten te krijgen. Desalniettemin willen zij een generiek instrument hiervoor gebruiken en dit verder exploreren. Zij pleiten ervoor om delen van behandelgoalspecifieke en populatiespecifieke klinimetric sets van instrumenten te vergelijken met de USER. Hun visie is, dat een instrument dat niet diagnosespecifiek is, toch diagnosespecifieke beperkingen zou kunnen meten. Als voorbeeld noemen zij, dat de bulbaire symptomen van ALS wel degelijk met de USER gemeten worden.

Een generiek instrument kan in onze optiek onmogelijk voor alle diagnoses de crux van de betreffende diagnose pakken. De informatie zal noodgedwongen veel globaler zijn en veelal niet de kern van de aandoening raken en daarmee niet valide zijn. De USER meet weliswaar 2 bulbaire symptomen van ALS op activiteitsniveau, te weten het spreken en het eten, echter bij deze aandoening karakteristieke symptomen, zoals speekselproductie, slikken, benauwdheid, ademhalingstekort, gebruik van beademing of PEG, zitten niet in de schaal. De ALS Functional Rating Scale heeft deze items wel en bovendien is de scoring anders en veel relevanter op de aandoening geënt. Zo heeft een ALS patiënt geen problemen met begrip. Dus deze vraag uit de USER is niet van toepassing. In dit voorbeeld meet de USER niet wat een behandelaar wil weten aangaande bulbaire symptomen. Het zich verslikken is nu juist een cruciale stoornis, waardoor de patiënt ernstig ziek kan worden en voor welke stoornis tijdig interventie noodzakelijk is. Hiervoor is ook monitoring van de ademfunctie noodzakelijk. Het wel of niet hebben van ernstige bulbaire symptomen heeft grote impact op het behandelbeleid en

op de door de behandelaars en de instelling te leveren behandelresultatie. Zowel voor evaluatie tijdens de behandeling, maar ook als uitkomstmaat en indicator dienen derhalve valide gegevens verzameld te worden.

Samenvattend: bij elk domein bepaalt de diagnose op welke wijze dit domein beperkt kan zijn. Zo is het domein communicatie bij een CVA patiënt, een Parkinson patiënt of een ALS patiënt wezenlijk anders aangedaan. Het matig ernstig beperkt zijn van de communicatie betekent bij deze voorbeelddiagnosen een geheel ander type beperkingen gestoeld op andersoortige stoornissen, hoewel we daar op abstract niveau bij alle de term communicatie aan verbinden. Beperkingen en stoornissen op communicatief gebied dienen bij al deze diagnoses op een andere wijze vastgesteld en gemeten te worden, want ze verschillen immers structureel. Bij elke van deze diagnoses kan vervolgens vanuit de diagnosespecifieke scores eenvoudig de vertaalslag gemaakt worden naar niet-, licht-, matig-, ernstig- of zeer ernstig beperkt. Een generiek instrument als de USER mist de items en de juiste gewogen scoring om ditzelfde op valide wijze te realiseren. De patiënt bepaalt tenslotte, zijn beperkingen valide in beeld gebracht zijnde, waaraan hij in de revalidatieperiode wil werken en wat hij/zij wil bereiken binnen de grenzen van zijn mogelijkheden.

Ronald Meijer, revalidatiearts-epidemioloog/onderzoekscoördinator Revalidatie Medisch Centrum Groot Klimmendaal Arnhem
Jacques van Limbeek, arts-epidemioloog/directeur Research Development & Education Sint Maartenskliniek Nijmegen

CORRESPONDENTIE:

E-mail: r.meijer@grootklimmendaal.nl

CURSUS REVALIDEREN MET GEAVANCEERDE BEENPROTHESEN

Doelstelling van de cursus

Wanneer een amputatiepatiënt een nieuwe beenprothese krijgt, wordt vaak verondersteld dat hij als ervaringsdeskundige met elke beenprothese overweg kan. De technologische vooruitgang claimt beter functioneren, vertraging van de slijtage van het lichaam, beter participeren in de maatschappij. De realiteit is echter dat de patiënt bij een vervolgvverzorging niet meer, of onvoldoende wordt begeleid door het revalidatieteam om zijn hulpmiddel ten volle te kunnen benutten.

Daarom voorziet de Otto Bock Academy in een postacademische driedaagse cursus voor fysiotherapeuten die werken met amputatiepatiënten en andere geïnteresseerde (para-)medici die zich bezighouden met deze problematiek.

De deelnemers zijn na de cursus in staat om beengeamputeerden, die in aanmerking komen voor een geavanceerd prothesesysteem, op een objectieve manier te indiceren, te begeleiden en te trainen zodat deze personen optimaal kunnen participeren in de maatschappij en hierbij ten volle gebruik kunnen maken van alle functiemogelijkheden die het geavanceerde beenprothesensysteem biedt.

Programma en digitale brochure vindt u op www.ottobock.nl/nieuws/academy/

De brochure wordt u op aanvraag toegestuurd, samen met het inschrijfformulier.

Accreditatie

De cursus is geaccrediteerd door de KNFG voor 25 punten.

De cursus is geaccrediteerd bij de VRA voor 21 punten.

Data van de cursus 2009

5-6 november en 20 november

De cursusdata voor 2010 zijn nog niet bekend.

Cursussen op aanvraag mogelijk. Minimum aantal deelnemers 6.

Locatie

Otto Bock Benelux BV

Ekkersrijt 1412

5692 AK Son en Breugel

Op aanvraag is de cursus op een andere locatie mogelijk.

Minimum aantal deelnemers 6.

Prijs

€ 890,- inclusief BTW, naslagmap, maaltijden, consumpties en examen.

MEDISCH CONTACT COMMUNICATIEPRIJS 2010

Medisch Contact
Communicatieprijs



U kent vast mensen in uw omgeving of instelling, die zich op creatieve wijze inspannen voor goede communicatie met en voorlichting aan patiënten. Zou het niet mooi zijn als deze mensen in het zonnetje worden gezet en daardoor aandacht en (hopelijk) navolging van hun initiatief krijgen?

Medisch Contact en de Stichting Voorlichting Patiënten (SVP) vinden het verspreiden van goede initiatieven zo belangrijk dat we hier een speciale prijs 'De Medisch Contact Communicatieprijs' voor hebben ingesteld. Het is een tweejaarlijkse prijs die voor het eerst is uitgereikt in 2006. Uit ruim 50 inzendingen heeft de jury toen het fotoboek voor patiënten met borstkanker 'Borstbeelden' gekozen. In 2008 heeft zowel het publiek als de vakjury het project van de Vereniging Spierziekten Nederland en het Nederlands Huisartsen Genootschap 'De patiënt als informatiedrager' gekozen uit 77 inzendingen. 'Een patiëntenbeweging die dit bedenkt en opzet, is echt volwassen en verdient de eerste prijs', aldus het juryrapport.

De prijs bestaat uit een fraai kunstwerk, een geldbedrag van € 2.000 én media aandacht.

Kent u mensen, een project of initiatieven die voor de prijs in aanmerking komen, dan hoeft u niets anders te doen dan ons een korte beschrijving van het project te mailen. Kijk daarvoor op de website www.medisch-contact.nl onder communicatieprijs. Misschien heeft u zelfs wel een prijswinnaar in huis. Wees dus niet te bescheiden. Uiteraard kan iedereen een persoon, project of initiatief nomineren.

Wij hopen met deze prijs een bijdrage te leveren aan de verbetering van de relatie tussen hulpverlener en patiënt door het enthousiasmeren en verspreiden van initiatieven op dit vlak.

Wij danken u bij voorbaat voor het meedenken bij het vinden van – dan wel het aandragen van een terechte winnaar.

Met vriendelijke groet,



Ben V.M. Crul
Hoofdredacteur Medisch Contact



Rob Bakker
Voorzitter Stichting Voorlichting
Patiënten

MSD PRIJS VOOR SPORTGENEESKUNDE

De Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG) wil middels de MSD Prijs voor Sportgeneeskunde het wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de sportgeneeskunde in de ruimste zin, bevorderen.

De MSD prijs is onder te verdelen in een geldprijs van € 500,- voor het beste wetenschappelijke artikel en een geldprijs van € 2750,- voor het beste proefschrift.

Beide prijzen worden uitgereikt tijdens het VSG-congres (3 december 2009) en zijn vrij te besteden.

Wetenschappelijke proefschriften en wetenschappelijke tijdschrift-artikelen met praktische relevantie voor de sportgeneeskunde die in 2007 en/of 2008 zijn gepubliceerd/geaccepteerd (en nog niet eerder hebben meegedongen), dienen **vóór 1 augustus 2009** in tienvoud te worden verstuurd naar:

Vereniging voor Sportgeneeskunde

t.a.v. de Jury van de MSD Prijs voor Sportgeneeskunde

Postbus 52

3720 AB BILTHOVEN

vsg@sportgeneeskunde.com



federatie

PAS

www.federatie-pas.nl

PAS | altijd een passend antwoord

BUCHRNHORNEN

Lopen zonder zorgen

PROFESIONAAL ORTHOPEDISCH - GASTROPODI - FARMACIE - 20000

www.buchrnhornen.nl



www.footcare.nl



Penders Voetzorg

Samen je vrij

www.pendersvoetzorg.nl

Pom

Versmakt de beweging

www.pomnijmegen.nl

Samenwerkende producenten
van orthopedische maatschoenen
en voethulpmiddelen

oim
orthopedie

www.oim.nl

geef om dit kind

giro 7 800 800

's-Hertogenbosch



Liliane Fonds

Idriss Kabral is vier jaar en woont in Kameroen. Zijn benen zijn vergroeid, daarom loopt hij met beugels. Idriss gaat graag naar school. In de pauze voetbalt hij samen met zijn vriendjes.

Zolang hij groeit, heeft Idriss begeleiding nodig. De kosten voor zijn revalidatie tot nu toe bedragen 114,76 euro.

Het Liliane Fonds helpt kinderen zoals Idriss; kinderen die zonder steun geen kans maken op medische en of sociale revalidatie.

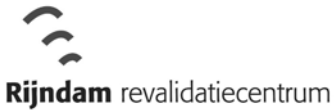
Helpt u mee?



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

Hét speciale fonds voor kinderen met een handicap in ontwikkelingslanden

RIJNDAM LANCEERT WEBSITE BEENAMPUTATIE



Voor mensen die een beenamputatie hebben ondergaan, hun familieleden en andere geïnteresseerden is er sinds kort de website **www.rijndam.nl/beenamputatie**. Alles wat tijdens de revalidatiebehandeling in Rijndam revalidatiecentrum aan bod komt, staat erop. Er is medische uitleg en informatie over verzorging, mobiliteit, protheses, voorzieningen en hulpmiddelen, thuissituatie, dagbesteding en sociaal maatschappelijke onderwerpen. De informatieve teksten worden begeleid door foto's, tekeningen en korte filmpjes.

Met de informatie op de website kunnen mensen zich voorbereiden op hun revalidatieperiode. Maar ook tijdens de behandeling en erna is het enorm prettig als de verstrekte adviezen en tips nog eens thuis te bekijken zijn, in een rustige omgeving.

De website is te vinden via www.rijndam.nl (revalideren -> volwassenen -> beenamputatie) of rechtstreeks op **www.rijndam.nl/beenamputatie**.

Meer informatie over dit bericht kunt u opvragen bij:

Naomi Bosch, ergotherapeut
Rijndam revalidatiecentrum
Westersingel 300
3015 LJ Rotterdam
telefoon: (010) 241 24 12
e-mail: n.bosch@rijndam.nl
website: www.rijndam.nl

SWING PHASE LOCK® 2

Gemodificeerd kniescharnier nu in een complete Prepreg orthese of als los component verkrijgbaar.

Basko Healthcare heeft het sinds jaren gewaardeerde SPL scharnier doorontwikkeld. Vanaf maart is de nieuwe versie „SWING PHASE LOCK 2„ (SPL 2) met verbeterd aanslagmechanisme en veiligheidsstops beschikbaar.

Deze veiligheidsstops vergrendelen het scharnier zelfs als er onverwacht geen volledige extensie wordt bereikt. De bijzondere functie van ver- en ontgrendelen, onafhankelijk van grondreactie krachten, blijft gehandhaafd. Hierdoor kan het scharnier eventueel ook zonder voetdeel gebruikt worden en is geen mechanische dan wel elektronische verbinding met de voet benodigd.

Basko Healthcare biedt het SPL 2 nu ook aan in een complete Prepeg carbonorthese. Hiervoor is slechts een gipsnegatief en een maatwerkformulier nodig. Dankzij de pasvormgarantie worden alle foutenrisico's uitgesloten en krijgt de gebruiker een ultralichte maar rigide orthese.

Verdere details betreffende het „SPL 2 „kunt u vinden op www.basko.com



bewegingsvisie



Met zestien 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 Diner Orthopedie • Tilburg |
Van Diner 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 | Siel Orthopedie • Vries |
Vernolen O.M.S. • Wijchen | Wouda Orthopedie • Hengelo

Bewegingsvisie, persoonlijk in Orthopedie

SWING PHASE LOCK 2

Met zekerheid
een SPL



NIEUW

COMPLETE MAATWERK CARBONORTHESE MET PASVORMBARANTIE

De Swing Phase Lock 2 is het kniescharnier voor artrose en bij knie-instabiliteit. Het vergrendelt en ontgrendelt mechanisch op basis van de zwaartekracht. Grondreactiekracht, belastingen en elektronica zijn overbodig. Dat maakt de SPL 2 uitzonderlijk betrouwbaar. Prachtig om te weten: Basko Healthcare kan ook de complete Frapag carbonorthese voor u verzorgen. Dankzij de pasvormgarantie sluit u alle foutenrisico's uit. Kijk, zo bleef Basko Healthcare niet alleen de patiënt maar ook u de beste ondersteuning. Meer weten? Bel (076) 513 16 18 of kijk op basko.com.



NEDERLAND
TEL. 076-5131613, FAX 076-5130379
E-MAIL: MERKOPF@BASKO.COM

DEUTSCHLAND
TEL. 049-354187-0, FAX 049-354187-11
E-MAIL: MERKOPF@BASKO.COM

ÖSTERREICH
TEL. 01-2632380, FAX 01-2632382
E-MAIL: MERKOPF@BASKO.COM

BELGIË
TEL. 02-5022154, FAX 02-5021112
E-MAIL: INDIANE.INSTROMMONT@BASKO.COM

WWW.BASKO.COM

AMSTERDAM - HAMBURG - WIEN