

Wat beweegt ons....?

Rede uitgesproken door

dr. J.H. Arendzen

ter gelegenheid van het aanvaarden van het ambt van hoogleraar
in de geneeskunde op het vakgebied revalidatiegeneeskunde
aan de Universiteit Leiden op 5 april 2002.

Mijnheer de Rector Magnificus, zeer geachte dames en heren toehoorders

‘Wat beweegt ons...?’ Dat is de titel die ik aan deze openbare les heb gegeven. Niet alleen de vraag hoe wij bewegen maar ook de vraag wat ons beweegt fascineert mij. Deze fascinatie heeft ongetwijfeld mijn keuze indertijd voor de revalidatie-geneeskunde bepaald. Revalidatie richt zich op bewegingsstoornissen in het in het bijzonder op het proces van herstel van het individuele bewegen. Revalidatie heeft aandacht voor de individuele beweegredenen. Bewegen en beweging hebben nog een dimensie waarmee ontwikkeling wordt aangegeven. Deze drie aspecten van de vraag ‘wat ons beweegt’ vormen de rode draad in deze voordracht.

Achtereenvolgens komen aan de orde: enkele aspecten in de patiëntenzorg, de keuzen die we maken in het wetenschappelijk onderzoek, de samenwerking in de Leidse regio en de hervatting van het onderwijs in het medisch curriculum. Tussen de regels door hoop ik u duidelijk te maken wat mij bewogen heeft deze uitdagende functie in Leiden op mij te nemen.

Dames en heren, het gebeurt niet dikwijls dat mij de gelegenheid wordt geboden voor een groot en uitgelezen gezelschap mijn kijk op het vakgebied te schetsen. Een prettige bijkomstigheid (voor mij) is dat u hier en nu niet in de gelegenheid bent mij tegen te spreken. Van mijn kant wil ik op voorhand wel toe geven dat mijn mening ook maar ‘een mening’ is. Toch waarschuw ik mijn collega’s revalidatieartsen dat ik niet de gemakkelijkste weg kies en een hekel heb aan gemakzuchtige oplossingen. Deze cryptische opmerking wordt in het verdere betoog verduidelijkt.

enkele aspecten van de patiëntenzorg

Allereerst twee ziektegeschiedenissen. Aan de hand hiervan wil ik een beeld schetsen van veel voorkomende patiëntproblematiek en de denk- en werkwijze van de revalidatiegeneeskunde. De eerste casus is ontleend aan mijn praktijk en de tweede heb ik samengesteld op basis van publiekelijk toegankelijke informatie.

mw. H (1948)

voorgeschiedenis: 1998: progressieve pijn in R schouder.

aanvullende diagnostiek: X-foto’s schouder en thorax (geen zichtbare afwijkingen)

diagnose(huisarts): Periarthritis Humero Scapularis

behandeling: injecties met corticosteroïden (6x), transcutane zenuwstimulatie en oefentherapie

resultaat: matig. Patiënte houdt veel klachten, slaapt slecht en ontziet haar dominante rechterarm.

2001: (augustus) acuut hevige pijn nu in de Li schouder.

aanvullend onderzoek: neuroloog en orthopeed

aanvullende diagnostiek: röntgenfoto's en MRI halswervelkolom
conclusie: geen zichtbare afwijkingen en gesproken wordt over de gevolgen van overbelasting.

behandeling: injecties (3x met corticosteroïden) in de Li schouder
resultaat: geringe verbetering; de pijn vermindert maar ook de linkerarm blijft beperkt inzetbaar.

Situatie 2002 (januari):

onderzoek: een bewegingsbeperking Li schouder en een pijnlijk bewegingstraject in de Re schouder; pijnlijke halsbewegingen en pijnlijke schouderpijnen

Tot zover haar lichamelijke klachten en recente bevindingen bij het onderzoek. Is hier alleen sprake van pijnlijke en beperkt belastbare schouders? Natuurlijk niet. De schouderproblemen bestaan al een paar jaar en hebben nogal wat consequenties voor haar functioneren. Op uiteenlopende terreinen heeft zij problemen:

persoonlijke verzorging: haren kammen/ wassen

huishouding: belasting van armen geeft pijn

fietsen en autorijden geeft toename klachten en wordt vermeden

sociale rolvervulling wordt verwaarloosd

werk!

Voor betrokkene is dat wellicht het grootste probleem. Zij heeft (of had) een top-functie bij een grote gemeente in de randstad.

In de periode voor de klachten begonnen was er sprake van forse fysieke en mentale overbelasting en sinds 1998 heeft zij met wisselende tussenpozen gewerkt. Inmiddels is haar functie opgeheven en is zij in afwachting van de dingen die gaan komen.

Geleidelijk zijn er klachten en klachtjes bij gekomen en is zij de regie over haar dagelijkse functioneren volledig kwijt geraakt. Dat is opmerkelijk want zij is hoog opgeleid, had een verantwoordelijke functie en volop ambitie. Het laatste half jaar komt er niets meer uit haar handen en de vrije tijd -waar ze een paar jaar geleden zo naar snakke- glipt nu door haar vingers.

Tot zover deze eerste casus.

hr. K. (1972)

is een getalenteerd sportman. Door het intensieve trainen ontstaan er regelmatig blessures, die met locale behandelingen weer worden opgelost. In 1989 (17 jr.) besluit hij professional te worden en boekt klinkende successen. Hoogtepunt is in 1996 als hij een belangrijk toernooi wint. Nadien wordt het tobben. Pijnklachten in zijn belangrijke Re arm, waarvoor diverse specialisten worden geraadpleegd. Soms gaat het weer wat beter en traint hij, maar zijn rentree heeft hij in de afgelopen twee jaar diverse malen uitgesteld. Zoals gezegd ken ik deze patiënt niet persoonlijk en over eventuele functiestoornissen van zijn tennisarm kan ik u geen details geven. Evenmin over de inhoud van zijn revalidatie, hoewel hij daar regelmatig over schrijft op zijn eigen

website. Daarbij geeft hij ook vrijelijk de namen van zijn behandelaars. Kennelijk vinden die dat geen bezwaar ook al is het resultaat tot nu toe geen reclame voor de zaak. Het lijkt alsof deze sportman heeft geaccepteerd dat topsport en recidiverende pijn in zijn dominante Re arm niet samen gaan, want inmiddels is hij begonnen met omscholing: hij studeert rechten (en recent zijn eerste tentamen gehaald zoals we in de NRC van 30 maart j.l. hebben kunnen lezen)

Gaandeweg zal ik u duidelijk maken waarom ik deze twee ziektegeschiedenissen heb gekozen om mijn zienswijze op de revalidatiegeneeskunde te illustreren. Allereerst wil ik u wijzen op enkele overeenkomsten in de besproken patiëntproblematiek

Bij beiden is sprake van:

- progressieve pijnklachten bij chronische overbelasting,
- curatief handelen heeft geen blijvende resultaten gegeven en
- er zijn ernstige gevolgen voor het maatschappelijk aanzien want beiden waren topers en het carrièreperspectief moet drastisch worden bijgesteld.

Er zijn natuurlijk ook goed herkenbare verschillen:

- de aard van de (over)belasting verschilt aanzienlijk:

de één is fysiek goed getraind en begeleid;

de ander is ongetraind met lange werkdagen en een hoge werkdruk

- hij kiest zijn eigen specialisten en therapeuten voor zijn revalidatie en houdt de schijn op dat hij zo weer aan de top meedraait,

- zij wordt na vruchteloze diagnostiek en behandeling verwezen naar de revalidatie en beseft dat dit haar laatste halte voor het medische eindstation is.

Ik ga u niet vragen wie van beiden het beste af is, hoewel dat nog een aardige discussie zou kunnen opleveren. Ongevraagd weten u en ik dat ze beiden -kosten wat het kost- van de fysieke en mentale last verlost willen worden en weer de dingen kunnen doen waar ze goed in zijn. Beiden beseffen waarschijnlijk ook: naarmate de klachten langer bestaan nemen de kansen op volledig herstel af.

Dat brengt mij bij de kern van mijn betoog vanmiddag: wat beweegt ons in de revalidatie...? Concentreren wij ons enkel en alleen op de gevolgen en de restcapaciteiten bij ziekte en ongeval of gaan wij ook op zoek naar mogelijke oorzaken en verklaringsmodellen? Het stellen van deze vraag impliceert dat ik een antwoord heb. Dat heb ik ten dele.

Hoe je deze problemen ook benadert en zeker als je een bijdrage wilt leveren in de oplossing moet je toch tenminste weten wat hier aan de hand is. Is er een eenduidige diagnose? Zijn er veranderingen aantoonbaar in het spierweefsel, de pezen of het zenuwstelsel. Is er een pathologisch-anatomisch substraat? Chronische overbelasting

wordt bij beiden gezegd. Dat is geen diagnose, hoogstens is er een verband. Wat is dan dat verband, zeker als je kijkt naar de enorme verschillen in belasting. En wat is dan een zinvolle behandeling? Rust nemen is het voor de hand liggende antwoord. Maar..... de personen in deze casus hebben –of hadden moet ik zeggen- helemaal geen tijd voor rust. Toen de problemen manifest werden stonden beiden aan de top van hun carrière. Onderbreking van het werk -zeker als het lang gaat duren- is catastrofaal. Op dat punt zijn wij nu aangeland. De catastrofe tekent zich af en voor de één wordt de revalidatie ingeschakeld en de ander kan altijd nog rechten studeren.

Wat kan de revalidatie nu nog voor haar doen? Als u verwacht dat ik hier de geheime wapens van de revalidatie uit de kast trek moet ik u teleurstellen. Net als de andere disciplines die de pijnklachten van het bewegingsapparaat onder ogen krijgen heeft ook de revalidatie beperkte mogelijkheden. Recent refereerde huisarts Arnold uit Leiden in Medisch Contact aan studies uit Denemarken en de VS . Daarin wordt gesteld dat klachten zonder pathologisch-anatomisch substraat een groot probleem opleveren voor artsen. Ongeveer de helft van de tijd van de huisarts en de medisch specialist wordt ingenomen door patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten. Het systeem van gewrichten, spieren en het zenuwstelsel neemt bij deze registratie een prominente plaats in. Uit de cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) blijkt dat in 1999 35% en in 2000 37% van de beroepsbevolking klachten heeft aan de bovenste ledematen. Winter en Sobel stellen halverwege de jaren 90 vast dat in de norm huisartspraktijk elke week 2 tot 3 nieuwe patiënten met pijn in de schouder komen. Ondanks alle therapeutische inzet zijn de lange termijn resultaten matig tot slecht. Een review uit 1999 van de Cochrane bibliotheek laat zien dat injecties met corticosteroïden slechts kortdurend een bescheiden effect hebben op schouderklachten.

Bij dwarslaesiepatiënten die hun rolstoel met de hand voortbewegen ligt het percentage schouderklachten op ongeveer 50%). Na een beroerte met als gevolg een halfzijdige verlamming komen schouderklachten voor bij meer dan de helft van alle nieuwe patiënten. Is hier altijd sprake van overbelasting of verkeerde belasting? Bij de dwarslaesie patiënten kunnen we ons daar nog wel iets bij voorstellen, maar bij de patiënten met een CVA is dat moeilijker voorstelbaar.

Schouder- en armklachten komen voor zoals u ziet bij sterk uiteenlopende patiëntencategorieën met ongetwijfeld uiteenlopende oorzaken maar met vergelijkbare en veel voorkomende lasten. De grote vraag is: is er een somatische basis?

Huisarts Arnold pleit bij onverklaarde klachten voor het toepassen van cognitieve gedragstherapie. In het kort komt cognitieve gedragstherapie erop neer dat wij de patiënt serieus nemen, de lichamelijke klachten zijn uitgangspunt en niet zoeken naar een verklaringsmodel. Geleidelijk het activiteitsniveau verhogen, leren ontspannen en laten ervaren dat vermindering van aandacht voor de klacht heilzaam werkt. En

niet in de laatste plaats aandacht besteden aan de emotionele en sociale gevolgen. Deze aanpak doet mij sterk denken aan de pijnprogramma's zoals wij die al jaren aanbieden in de revalidatie voor patiënten met chronisch benigne pijn. Het wordt anders geformuleerd maar in essentie komt het op hetzelfde neer.

Dit wordt ook de aanpak bij mevrouw H..

Deze casuïstiek heb ik gepresenteerd met een tweeledig doel:

1. vanwege de gevolgen voor het functioneren van de patiënt. Daarmee is het per definitie voor de multidisciplinaire revalidatiegeneeskunde een belangrijk aandachtsgebied.
2. vanwege de vele open einden in vragen over neurofysiologische, en spierfysiologische aspecten. Dat vraagt dus om meer fundamenteel wetenschappelijk onderzoek.

Daar kom ik zo op terug, maar eerst wil kort wat zeggen over de specialistische revalidatie.

Specialistische revalidatie heeft als doel de gevolgen van ziekte en ongeval te verlichten en de patiënt (zo veel mogelijk) onafhankelijk van hulp een zinvolle levensinvolving te geven. Het zal duidelijk zijn dat niet alleen naar de lichamelijke functiestoornissen en de daaruit voortvloeiende beperkingen in het functioneren wordt gekeken. De mentale aspecten zijn minstens even belangrijk bij het inventariseren van het verlies van functies. Een goede inschatting van de persoon met zijn mentale en cognitieve reserve en van de omgeving van de patiënt is van essentiële betekenis bij het voorspellen van de uitkomst van een revalidatieproces. De behandeling is er steeds op gericht de restfuncties optimaal te benutten, maar ook de patiënt te laten wennen (accepteren, aan te passen) aan de nieuwe werkelijkheid. Of anders gezegd: de ervaren last van het verlies van lichamelijke functies moet worden omgezet naar nieuwe initiatieven, nieuwe perspectieven en boven alles weer een eigen regie.

Veel patiënten zijn na korter of langere tijd wel bereid tot een zekere acceptatie en de last die men ondervindt van de pijnlijk beperkte rug, nek schouder of heup neemt geleidelijk ook wel wat af. De revalidatie heeft bewezen met goed gestructureerde programma's een rol in dit proces te kunnen spelen. Met gerichte behandelingen, hulpmiddelen, ergonomische adviezen, aanpassingen aan woon- of werkomgeving en psychosociale begeleiding. En ook door inzicht te geven in de mechanismen die de klachten onderhouden. Met deze aanpak wordt de patiënt (letterlijk) geleerd "te leven met...". Deze aanpak helpt bij zeer uiteenlopende lichamelijke problematiek: bij personen met chronische pijnklachten, een dwarslaesie, maar ook bij kankerpatiënten die met chemokuren en/of radiotherapie behandeld zijn en een schaduw van zichzelf zijn geworden.

Met veel respect kijk ik naar de behandelteams die met deskundigheid, geduld en overtuigingskracht goede resultaten boeken. Ook heb ik veel waardering voor de

directies van de revalidatiecentra verenigd in de VRIN voor hun initiatieven rond kwaliteitsbeleid en de opzet van onderzoek naar de effecten van handelen bij deze complexe problemen. Toch wil ik vandaag niet te lang stilstaan bij deze kant van het vakgebied hoewel de opzet en de wetenschappelijke onderbouwing van deze programma's nog heel veel aandacht verdienen.

Weer even terug naar mijn twee hoofdpersonen met schouder en armlachten. Tot nu toe hebben de specialisten die werden geraadpleegd geen afdoende antwoord kunnen geven. Betekent dit accepteren of verder zoeken? Als de patiënt blijft zoeken noemen we dat nog niet zo lang geleden "medical shopping", maar sinds kort spreken we liever over 'vraaggestuurde zorg'. Dat klinkt wellicht wat cynisch maar moeten wij dan nog meer injecties geven, oefentherapieën voorschrijven en de patiënt opnieuw tot rust manen? Noemen wij de klachten functioneel (vervullen een functie?) omdat wij geen afdoend antwoord hebben en adviseren wij een gedragsgeoriënteerde benadering? Het helpt wel! Laat daar geen misverstand over bestaan. Ik zeg nadrukkelijk dat het helpt, maar werkt het ook? Heb ik dan een afdoend antwoord? Nee.....nog niet!

keuzen in het wetenschappelijk onderzoek

Ik voel mij bevoorrecht dat ik in een omgeving mag werken waar het stellen van deze vragen over pijn en disfunctie direct aanleiding geeft tot discussies over mogelijke onderliggende oorzaken. Dat gebeurt niet alleen in ons laboratorium voor bewegingsanalyse met Prof.dr.P.M. Rozing over de biomechanica van de schouder en elleboog, maar ook met de leden van de groep van Prof.dr.ir.F. Van der Helm uit Delft en andere leden van de Dutch Shoulder Group uit Amsterdam. Deze groep met ingenieurs, bewegingswetenschappers, en klinici werkt al jaren samen aan het biomechanische model van de schouder en elleboog. De afdeling revalidatie in het LUMC werkt inmiddels aan een biomechanisch model van de onderarm en hand gebaseerd op de opgedane ervaring. Het doel is: inzicht verwerven in de bewegingen en krachten en een theoretische basis voor het behandelen van bewegingsstoornissen. In ons bewegingslaboratorium in het LUMC sluiten wij aan met onze vragen bij het onderzoek dat door de afdeling orthopedie is opgebouwd en doen dat in goede samenwerking met de afdeling reumatologie en met de dienst fysiotherapie

Behalve biomechanische aspecten van de schouder en arm zijn er tal van andere vragen. Treden er morfologische veranderingen op in spieren bij overbelasting? Bij spastische spieren zijn duidelijke aanwijzingen dat de opbouw van de spier verandert. En wat is de rol van de stofwisseling van de spier bij spasticiteit of bij chronische spierpijnklachten?

Met de komst van Ir.Jurriaan de Groot, bioloog en postdoc, binnen de afdeling revalidatie worden geheel nieuwe gezichtspunten in gebracht en dus ook nieuwe vragen opgeworpen. Met de afdeling radiodiagnostiek zijn wij op zoek naar nieuwe beeldvor-

mende technieken die ons kunnen helpen bij deze vragen. De inspiratie stopt niet buiten de muren van het bewegingslaboratorium. De hypothesen van neuroloog dr. B. van Hilten over de gestoorde prikkeloverdracht in hersenen en ruggenmerg bij dystonie en reflexdystrofie dwingen ons heel kritisch te kijken naar de behandelprogramma's voor deze patiëntengroepen. Nadrukkelijk geldt hier de vraag: "Wat beweegt ons?"

Neurochirurg dr. M. Malessy en orthopedisch chirurg dr. R. Nelissen hebben binnen de werkgroep plexus brachialis iets een schat aan klinische gegevens verzameld in de afgelopen jaren. Uitwerken en nader analyseren van de problematiek en de effecten van handelen passen uitstekend bij onze focus op de functies en het gebruik van de bovenste extremiteit.

Wij buigen ons ook over experimentele studies bij voorbeeld naar de effecten van inspuiting van botuline toxine (tijdelijk spierverlamdend gif) op pijn en disfunctie, maar de kern van ons wetenschappelijk onderzoek komt te liggen bij het verklarende onderzoek. Wat beweegt ons daartoe?

Het zal u opgevallen zijn dat ik tot nu toe meer vragen oproep dan antwoorden heb gegeven. Dat zie ik ook als mijn belangrijkste taak voor de komende jaren. Veel vragen stellen en de juiste mensen vinden met specifieke deskundigheid en met elkaar zoeken naar antwoorden op de vragen.

Is dat wel iets voor de revalidatie? Ja dames en heren dat is -naar mijn mening - wel degelijk ook een onderzoekerterrein voor de revalidatiegeneeskunde. Niet solitair en zeker niet in elke revalidatiesetting. Academische centra met veelzijdige en specifieke deskundigheid bieden echter die mogelijkheid. De revalidatie heeft bewezen goed te kunnen samenwerken; wij hebben ervaring in het oplossen van problemen in teamverband. Ik pleit er nadrukkelijk voor dat de revalidatiegeneeskunde zich niet alleen beperkt tot de boekhouding van de patiëntenproblematiek. Zeker dat is ook nodig, maar willen wij een inspirerende toekomst voor de revalidatiegeneeskunde dan moeten wij lastige vragen niet vermijden. Wij moeten niet denken dat anderen ze zullen oplossen. De discussies over afbakenen van het vakgebied zijn aan mij niet besteed. Ik pleit niet voor het stellen van grenzen maar juist voor het verleggen van grenzen.

Als ik de indruk heb gewekt dat dit een unieke gedachte is in de wereld van de revalidatie moet ik mij verontschuldigen bij mijn collega's in Amsterdam, Rotterdam, Nijmegen, Groningen en Enschede die met hun verklarend onderzoek al een stuk verder zijn dan wij in Leiden. De enorme prikkel die door het RGO-advies en het inzetten van stimuleringsgelden is uitgegaan naar het wetenschappelijk onderzoek in de revalidatie moet naar mijn mening echter nog meer worden omgebogen naar de fundamentele aspecten van bewegen en functioneren.

Daarbij gaat het steeds weer om de vraag: wat beweegt ons? Hoe functioneert dat complexe systeem van waarnemen en bewegen. Waarom bewegen wij zoals wij bewegen. Waarom leiden bepaalde bewegingen tot overbelasting en wat is overbelasting dan precies? Wat gaat er mis bij uitval van een deel van het centrale zenuwstelsel en wat verandert er dan in het ruggenmerg en de spieren? Als antwoorden op die vragen kunnen worden gegeven is er een betere basis voor herstel van functies en van het functioneren.

De resultaten van verklarend onderzoek zullen wat langer op zich laten wachten dan bij het interventieonderzoek. Niettemin ben ik er van overtuigd dat de uitkomsten beter generaliseerbaar zijn naar de verschillende diagnosegroepen. Nu het stimuleringsprogramma onder begeleiding van ZorgOnderzoek Nederland aan de laatste fase begint pleit ik voor een heldere visie op het wetenschappelijk onderzoek in de revalidatiegeneeskunde voor de komende tien jaar. En voor een gezamenlijke uitvoering daarvan. In dat kader vind ik een uitspraak van Sir Martin Rees zeer toepasselijk: het oplossen van een klein probleem is alleen de moeite waard als het de antwoorden op de grote vragen dichterbij brengt.

de rol van de afdeling in de regio ZWN(-Noord)

Naast de uitdagingen op het terrein van het wetenschappelijk onderzoek is er een andere interessante ontwikkeling die mij verleidt heeft naar Leiden te gaan. Enkele jaren geleden is goedkeuring verkregen voor de bouw van het nieuwe Rijnlands revalidatiecentrum aan de Wassenaerseweg in Leiden. De insiders weten dat dit op een steenworp afstand is van het LUMC. Bij mijn indiensttreding ruim een jaar geleden ging de eerste paal de grond in en eind van het jaar moet het nieuwe gebouw opgeleverd worden. Dan verdwijnt na een lange en heftige geschiedenis het revalidatiecentrum uit Katwijk.

Zeker zo inspirerend als de keuze van de locatie, is de ambitie en de inzet van staf en medewerkers van het Rijnlands Revalidatiecentrum. Wij trekken nu ruim een jaar samen op en de wens actief te participeren in de verdere ontwikkeling van de revalidatie is duidelijk uitgesproken. Een raamovereenkomst en binnenkort een academiseringsovereenkomst vormen de formele basis. Voor de medische beleidsvoorbereiding werken wij al als één staf en zijn wij gezamenlijk verantwoordelijk voor de regionale taken. Voor de academische taakstelling: onderzoek, onderwijs en opleiding staan de deuren van het revalidatiecentrum wijd open. Met Sophia Centra voor revalidatie in Den Haag en Delft zijn inmiddels ook heldere afspraken gemaakt over de rolverdeling bij het wetenschappelijk onderzoek.

Wie mijn professionele levensloop kent weet dat ik al veel langer een groot voorstander ben van intensieve samenwerking tussen centrum en ziekenhuis. Dat zo'n integratieproces ook snel, soepel en geïnspireerd kan verlopen is voor mij een geheel nieuwe ervaring die een geweldige kick geeft.

Samenwerking is geen doel op zich maar heeft wel een duidelijk doel. Het is gericht op afstemming van de patiëntenzorg, maar ook op het betrekken van de behandelaars bij wetenschappelijke vragen. Hun inzet en deskundigheid helpen oplossingen te vinden voor het verbeteren van de zorg. Naar mijn mening kan dit alleen succesvol zijn als de behandelteams zich richten op specifieke problematiek en zich daarom specialiseren. Wij streven naar diagnosegerichte teams, bijvoorbeeld gericht op centraal neurologische aandoeningen. Niet locatie gebonden of gekoppeld aan de fase van het herstelproces, maar inzetbaar gedurende het hele proces op basis van specifieke deskundigheid. Een gespecialiseerd behandelteam kan ook inzetbaar worden gemaakt buiten de grenzen van het centrum. Dus in het ziekenhuis, eventueel adviserend in het verpleeghuis en in de eerste lijn.

Andere expertteam kunnen ontwikkeld worden rond de complexe orthopedisch en traumatologische zorg. Het RZH in Katwijk heeft bovendien een uitstekende hart- en longrevalidatie afdeling. Deze verhuizen ook mee naar Leiden en ontwikkelingen worden op gang gebracht om de kennis van de inspanningsfysiologie in te inpassen bij het verbeteren van de trainingsprogramma's van patiënten met een motorische handicap. De kinderrevalidatie doet ook mee aan deze boeiende ontwikkelingen. De Mytylschool uit Katwijk gaat volgend jaar naar de deels gerenoveerde en deels nieuw gebouwde school in Leiden naast het revalidatiecentrum. De Mytylschool "de Vierbot" uit Katwijk en Mytylschool Leiden zijn bestuurlijk al gefuseerd en gaan verder onder de naam "de Thermiek" met ruim 200 leerlingen. Vanaf medio 2003 vormen het revalidatiecentrum en de fusiescholen weer een functionele eenheid. Dit zijn ideale omstandigheden voor afstemming en integratie van zorg, educatie en opvoeding van kinderen met motorische en complexe aandoeningen

Na deze florissante (welhaast juichende) lofrede op de Leidse regio ook een woord van bezorgdheid. Voor de centrumrevalidatie in het algemeen geldt wat ook voor andere categorale instellingen een bedreiging is: isolement. Het is moeilijk te kwantificeren maar de frequente contacten met collega's in andere specialismen –al of niet via patiëntenzorg- zijn van onschatbare waarde. Deze interacties leiden tot nieuwe kennis, nieuwe technieken en nieuwe ideeën en zijn daarmee de belangrijkste bron voor de noodzakelijke vernieuwingen.

Het historische isolement van de revalidatiecentra heeft helaas niet bijgedragen aan een snelle ontwikkeling en goede integratie van het vakgebied. Door de revalidatie ook in de ziekenhuizen te brengen met poliklinische en consultatieve taken is de noodzakelijke uitwisseling met andere specialismen zeker toegenomen. Voor het brede zorggebied dat door de revalidatie wordt bestreken is bovendien van belang dat specialisten uit de heilkunde, orthopedie en neurologie betrokken worden bij de klinische revalidatiezorg. Dat wordt bevorderd door concentratie van activiteiten dicht bij elkaar, dus zonder verlies van reistijd over en weer. Een bijkomend

voordeel is de eenvoudige toegang tot (geavanceerde) beeldvormende en laboratorium diagnostiek.

Ik wil nog een stapje verder gaan in het besef dat ik daarmee mijn collegae in de revalidatiecentra, maar ook hun directies voor de voeten loop en wellicht op de tenen trap. Vroege overname uit het ziekenhuis heeft zijn waarde bewezen bij de revalidatie van complexe problematiek. Kijk maar naar de dwarslaesiepatiënten. Waarom gaat er van de centra zo weinig initiatief uit die kennis ook toe te passen bij de patiënt met een multitrauma of een herseninfarct die ook bewezen baat hebben bij een intense aanpak vroeg in het herstelproces? Hoe kunnen wij volhouden dat de gestructureerde multidisciplinaire revalidatie zo vroeg mogelijk in dat herstelproces van de patiënt moet worden ingezet als de centra geen complexe medische en verpleegkundige zorg meer kunnen bieden? Wat gebeurt er als de specialisten revalidatieartsen de nacht en weekendzorg over laten aan huisartsen in de buurt omdat ze zich niet vertrouwd voelen met acute medische zorg? Hoe leiden wij de nieuwe generatie revalidatieartsen op als zij niet voldoende vertrouwd worden gemaakt met de 24uurs zorg van onze klinische patiënten?

Ik besef dat dit retorische vragen zijn, maar dames en heren revalidatieartsen: ik maak mij ernstige zorgen. Als deze trend zich voortzet zie ik twee ontwikkelingen:

1. de centra verliezen meer en meer van hun klinische capaciteit die voor een deel ingevuld gaat worden door de verpleeghuizen en
2. in de grotere ziekenhuizen komen klinische afdelingen tot ontwikkeling waar revalidatieartsen met belerende specialismen de postacute zorg gaan organiseren.

Is dat wat wij willen of laten wij het gebeuren? Daarbij moet mij ook van het hart dat de poliklinisch werkzame collegae niet staan te dringen bij het invullen van de nachten weekenddiensten in de centra. Besef u niet hoe vitaal de combinatie van ziekenhuis en centrum is voor de toekomst van het vakgebied? Aan het begin van mijn oratie heb ik u al gewaarschuwd voor gemakzuchtige oplossingen. Dit is zo'n onderwerp om goed over na te denken en te bespreken binnen VRA en VRIN. Niet te lang over praten want een duidelijk beleid inzake de positie en het klinische takenpakket van de revalidatiegeneeskunde is dringend gewenst. Ook hier geldt het thema van mijn voordracht: 'wat beweegt ons?' Hoe gemotiveerd zijn wij om dit probleem gezamenlijk aan te pakken?

onderwijs

Een hoogleraar in de faculteit geneeskunde wordt geacht een goede dokter te zijn en een voortreffelijk onderzoeker. De titel echter verwijst in de eerste en niet in de laatste plaats naar zijn rol als leraar? Deze taak, dames en heren studenten, neem ik zeer serieus. Het is geen ramp, maar het is op zijn minst zorgelijk dat in Leiden vele jaargangen artsen zijn opgeleid zonder dat zij op een of andere wijze kennis hebben kunnen nemen van de denk- en werkwijze van de revalidatiegeneeskunde. De zorg voor

patiënten die door een ongeval of een (chronische) ziekte een substantieel deel van hun bewegingsvermogen hebben verloren stopt niet bij de acute opvang, de diagnose en het herstel van de vitale functies. De revalidatie leert u te kijken naar de betekenis van stoornissen in het bewegingsvermogen en naar de gevolgen die dat heeft voor de individuele patiënt.

Een goede analyse is cruciaal voor het geven van een prognose voor de toekomst, maar tenslotte gaat het natuurlijk om het optimaal benutten van de fysieke restcapaciteiten en letterlijk te werken aan een zinvolle toekomst. Behalve de overdracht van kennis en ervaring hoop ik met de inzet van de medewerkers van de afdeling revalidatie in het curriculum ook enthousiasme te kweken voor ons veelzijdige vakgebied. De 'onderwijslast' zoals de grote tijdinvestering dikwijls wordt genoemd zie ik als een investering in de toekomst. Onderwijs leidt tot nieuw talent en nieuwe collega's die uit interesse en met overtuiging kiezen voor de revalidatiegeneeskunde.

Aan het einde van deze openbare les vat ik 'mijn boodschap' als volgt samen. Ik heb u duidelijk willen maken:

- dat de ene revalidatie niet de andere is,
- dat er in de revalidatiegeneeskunde behoefte is aan meer fundamentele kennis over sturing, mechanica en stofwisseling van onze spieren,
- dat de samenwerking tussen centrum- en ziekenhuisrevalidatie vitaal is en de zorg voor de klinische revalidatie onze gezamenlijke verantwoordelijkheid is,
- dat goed en enthousiast onderwijs bijdraagt aan een betere gezondheidszorg en aan een nieuwe generatie enthousiaste collega's (ook in de revalidatiegeneeskunde) en
- dat bovenstaande ons moet bewegen om beter te worden, want (ik citeer W.Schellekens CBO, 'wie stopt met beter worden houdt op met goed te zijn'.

dankwoord

Aan het einde van deze openbare les maak ik met genoegen van de gelegenheid gebruik enkele mensen te bedanken die aan mijn persoonlijke en professionele ontwikkeling hebben bijgedragen.

Leden van het College van Bestuur van de Universiteit Leiden met mijn benoeming hebt u het vertrouwen gegeven aan een enthousiaste en op ontwikkeling gerichte bezetting van de leerstoel revalidatiegeneeskunde. Ik zal alles in het werk stellen deze benoeming tot een succes te maken.

Leden van de Raad van Bestuur van het Leids Universitair Medisch Centrum U hebt vanaf de eerste kennismaking mij duidelijk gemaakt dat u de revalidatiegeneeskunde in Leiden weer 'op de kaart wilde zetten'. Uw morele steun in de beslissingsfase maar ook in het afgelopen jaar heb ik zeer gewaardeerd.

In dit kader wil ik ook noemen Ir. Ed van Cortenberghe die als directeur van het Rijnlands Zeehospitium in Katwijk een sleutelrol heeft gespeeld bij mijn komst naar Leiden. Bedankt Ed, mede door jouw volhardendheid sta ik vandaag hier.

Management team (klein en groot) en stafmedewerkers van Divisie 1 in het LUMC als afdelingshoofd van een kleine beginnende afdeling hebt u mij vanaf het eerste moment als een volwaardig lid behandeld en alle steun gegeven die nodig is voor de opbouw. De open en directe communicatie binnen de divisie vind ik een verademing.

Hoogleraren afdelingshoofden, staf en assistenten van de heekunde, orthopaedie, neurologie, neurochirurgie en reumatologie U heeft bij herhaling blijk gegeven dat u blij bent met de terugkeer van de revalidatie in het LUMC. Ik kan u niet zeggen hoe belangrijk het is en hoeveel energie het geeft als je je welkom voelt.

Dat geldt niet alleen voor het LUMC. Directies en medewerkers van de revalidatie-instellingen in de regio Zuidwest Nederland hebben van meet af aan ook hun steun toegezegd bij de opbouw van onze afdeling.

Onze afdeling kan ik met enige trots zeggen. Een jaar gelden was het nog helemaal alleen mijn afdeling. Met de komst achtereenvolgens van Drs. K. S. de Boer, Mw.dr. M.S. van Wijlen-Hempel, Dr.ir. J.H. de Groot, Mw.drs. S.R. van Manen en in de aanvliegroute Dr.C.G.M. Meskers is het met recht onze afdeling geworden. Beste Kees, Rietje, Jurriaan, Sandra en Carel ik bewonder jullie moed om met mij in dit avontuur te stappen en ik geniet iedere keer weer van jullie enthousiasme waarmee de vele en diverse taken worden opgepakt. Dat geldt ook voor Marianne Heemskerk die haar ziel gelegd heeft in het secretariaat van de afdeling.

Medische staf van het RRC Drs.C.M van Gestel, Mw.drs. H.C.M. van der Heijden-Maessen en drs.J.R.van Ingen, Marc, Hélène en Rik formeel zijn wij nog niet één staf maar het voelt wel zo en dat voelt heel goed. Ik verheug me op jullie verhuizing naar Leiden.

Ik ben mij bewust van het feit dat elke professionele en persoonlijke ontwikkeling slechts tot stand komt doordat anderen je inspireren en uitdagen. Velen hebben op geheel eigen wijze daar aan bij gedragen en het gaat helaas te ver om ze allemaal bij naam te noemen. Voor één persoon wil ik graag een uitzondering maken en dat is Peter Kampman. Mijn voorganger in Beatrixoord en jarenlang voorzitter van de VRIN, maar vooral mijn mental coach in de lastige voorbije jaren. Bedankt Peter.

Op een dag als vandaag missen Sabien en ik beiden onze ouders nog meer dan anders. Maar de meeste pijn voelen wij bij die lege plek op rij 1 waar Sara had moeten zitten.

‘Het vergt werk om weer te wennen aan een verstoord bestaan’ schreef G.Nijhoff .
Daar moest ik steeds aan denken bij de voorbereiding van deze oratie. Mijn werk in Leiden heeft mij onmiskenbaar weer op weg geholpen. Maar het is zeker niet alleen het werk. Lieve familie en vrienden, waarde collega’s in onze donkerste dagen hebben jullie Hanne, Christiaan, Sabien en mij weer op weg geholpen zodat wij weer kunnen bouwen aan een toekomst. Dat houdt ons in beweging. Dat beweegt ons!

Ik heb gezegd

Geraadpleegde literatuur.

1. Arnold IA, Hornsveld HK. Doorbreek de vicieuze cirkel. Medisch Contact 2002; 57 -5: 85-188
2. Sobel JS, Winters JC, Arendzen JH, Groenier K, Meyboom de Jong B. Schouderklachten in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1995;38(8):342-7
3. Van der Heijden GJMG, Van der Windt DAWM, Kleijnen J, Koes BW, Bouter LM, Knipschild PG. Steroid Injections for shoulder disorders: a systematic review of randomised clinical trials. Br J Gen Pract 1996;46: 309-16
4. Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H, Koes B. Multidisciplinary Rehabilitation for fibromyalgia and musculoskeletal pain in working age adults. The Cochrane Library, Issue I, 2001. file ref. ab001984-20021
5. Green S, Buchbinder R, Glazier R, Forbes A. Interventions for shoulder pain. The Cochrane Library, Issue I, 2001. file ref. ab001156-20021
6. Vermeulen HM, Stokdijk M, Eilers PHC, Meskers CGM, Rozing PM, Vliet Vlieland TPM. Measurement of three dimensional shoulder movement patterns with an electromagnetic tracking device in patients with a frozen shoulder. Ann Rheum Dis 2002; 61:115-120
7. Picavet HSJ. Public Health Questions on Physical Disabilities and Musculoskeletal Conditions. Studies using health surveys. Thesis Wageningen Universiteit. 2001
8. Bonninger ML, Cooper RA. Repetitive strain injuries in manual wheelchair users. in: Biomedical Aspects of Manual Wheelchair propulsion. Van de Woude LHV et al (Eds) IOS Press 1999; 115-20
9. Snels IAK, Beckerman H, Twisk JWR, Dekker JHM, de Koning P, Koppe PA, Lankhorst GJ, Bouter LM. Effect of triamcinolone acetone injections on hemiplegic shoulder pain. A randomized clinical trial. Stroke. 2000; 31: 2396-2401
10. Hecht JS. Subscapular nerve block in the painful hemiplegic shoulder Arch Phys Med Rehabil 1992; 73(11):1036-39.
11. Sturm B, Quittan M, Wiesinger GF, Stanek B, Frey B, Pacher R. Moderate-Intensity Exercise Training with elements of Step Aerobics in Patients with severe Chronic Heart Failure. Arch Phys Med Rehabil 1999; 80: 746-50
12. Sir Martin Rees in NRC, 22 december 2001
13. Schellekens W CBO in: Een passie voor patiënten. Medisch Contact 2000; 55-12: 412-414
14. Nijhoff G. in: Ziekte als alledaags probleem. Medisch Contact 2002; 57-7: 244-246