ABSTRACTBOOK DCRM 2026

In dit abstractbook staan de volgende abstracts:

- Keynote sprekers
- Free paper sessies
- Workshops & mini-symposia
- Debat & PhD Award
- Posters

Programma

De voertaal van het DCRM 2026 is Nederlands, een enkele presentatie is in het Engels.

Donderdag 12 november

Tijd	Sessie
09.00 – 09.50	Registratie deelnemers
09.50 – 10.00	Inloop
10.00 – 10.15	Opening congres: **Nicole Voet MD PhD** en **Casper van Koppenhagen MD PhD**
10.15 – 10.45	**Keynote 1**: Casper van Koppenhagen MD PhD
10.45 – 11.35	**Keynote 2**: Prof. Anne Visser-Meily MD PhD en Prof. Caroline van Heugten PhD
11.35 – 11.50	**Poster pitch top 8**
11.50 – 12.50	**Lunchpauze** inclusief bezoek aan **posters en sponsoren**
12.50 – 13.20	**Postersessie**
13.20 – 15.40	**Parallel sessie A/B: extra lange workshops (2u 15min**)
13.20 – 14.20	**Parallel sessie A: orals (mondelinge presentaties)**
14.25 – 15.40	**Parallel sessie B**: **workshops en mini-symposia**
15.40 – 16.20	**Middagpauze** inclusief bezoek aan **posters en sponsoren**
16.20 – 17.50	**Algemene Ledenvergadering VRA**
16.20 – 17.50	**Bijeenkomst voor niet-VRA leden**: **“Zet je expertise in de spotlight: visuele communicatie door effectieve infographics”**
17.50 – 19.30	Vrije tijd
17.50 – 18.30	***Aiosborrel***
19.30 – 00.00	***Diner en feest***

Vrijdag 13 november

Tijd	Sessie
08.30 – 09.00	Registratie deelnemers
09.00 – 10.15	**Parallel sessie C: workshops en mini-symposia**
10.15 – 10.55	**Koffiepauze** inclusief bezoek aan **posters** en **sponsoren**
10.55 – 11.25	**Keynote 3:** Jorik Nonnekes MD PhD
11.35 – 12.35	**Parallel sessie: PhD thesis sessie en Debat** D1. PhD thesis sessie: presentaties van de beste Nederlandse PhD proefschriften D2. Debat
12.35 – 13.45	**Lunchpauze** inclusief **posters, netwerken en sponsoren**
13.45 – 14.15	**Postersessie**
14.15 – 15.30	**Parallel sessie E: workshops en mini-symposia**
15.30 – 16.05	**Middagpauze** inclusief bezoek aan **posters en sponsoren**
16.05 – 16.15	**Prijsuitreiking: beste PhD thesis, beste presentatie en beste poster**
16.15 – 16.45	**Keynote 4**: Prof. Sicco Bus PhD
16.45 – 16.55	Afsluiting van DCRM 2026

Keynotes



dr. Casper van Koppenhagen

Revalidatiearts np en podcastmaker KopCast



Prof. dr. Anne Visser-Meily

Hoogleraar Revalidatiegeneeskunde, Medisch Afdelingshoofd UMC Utrecht



Prof. dr. Caroline van Heugten

Hoogleraar neuropsychologie aan de Universiteit Maastricht



dr. Jorik Nonnekes

Revalidatiearts, onderzoeksgroepsleider en expert op het gebied van neurologische loopstoornissen bij het Radboudumc in Nijmegen



Prof. dr. Sicco Bus

Hoogleraar Revalidatiegeneeskunde, Amsterdam UMC

dr. Casper van Koppenhagen

“The hell with facts, let’s tell stories” – Verhalen zeg ik, geen grafieken en tabellen.

Iedere revalidatieprofessional kent de verhalen van patiënten die, na een ingrijpende gebeurtenis, hun leven opnieuw moeten vormgeven. Maar wat als je zelf voor die uitdaging komt te staan?

In deze inspirerende keynote verweeft Casper persoonlijke ervaringen met wetenschappelijke inzichten over geluk, veerkracht, rouw en herstel. Zijn promotie in 2012 naar kwaliteit van leven en fitheid bij mensen met een dwarslaesie vormt voor hem de basis van thema’s waartoe hij zich al decennia aangetrokken voelt. Dit klinkt door in zijn betrokkenheid bij initiatieven als de HandbikeBattle en Moving Beyond Limits, maar ook in zijn podcast *KopCast*, waarin hij in gesprek ging over wat een leven betekenisvol maakt.

Toen Casper afscheid moest nemen van zijn werk als revalidatiearts en bestuurder, werd zijn professionele interesse een persoonlijke zoektocht. Hoe hervind je jezelf na verlies? Waar haal je de energie vandaan om opnieuw te beginnen? En welke wetenschappelijke inzichten kunnen daarbij houvast bieden?

Met openheid, humor en relativeringsvermogen laat Casper zien dat veerkracht geen aangeboren eigenschap is, maar iets wat groeit in verbinding met anderen, door betekenis te geven aan wat je creëert of meemaakt en door ruimte te maken voor een nieuw perspectief.

Tegelijkertijd houdt hij een warm pleidooi voor storytelling in de revalidatie. Want achter alle data van een artikel, schuilt een menselijk verhaal. Verhalen over verlies, hoop, moed, persoonlijke groei en veerkracht. Verhalen die niet alleen raken, maar ook inspireren, verbinden en de essentie van ons vak zichtbaar maken. Zoals schrijver Ken Kesey treffend zei: **“The hell with facts, let’s tell stories.”**

Laat u inspireren door een keynote die wetenschap en persoonlijke ervaringen samenbrengt en u uitnodigt om met nieuwe ogen te kijken naar veerkracht, herstel en de verhalen die de revalidatie zo bijzonder maken.

Casper van Koppenhagen’s tocht door het medische landschap bracht hem als sportarts bij de KNVB, als revalidatiearts in Zwitserland, De Hoogstraat, het UMCU, het ErasmusMC, als Raad van Bestuur bij Basalt Revalidatie. Casper promoveerde in 2012 op het onderwerp “kwaliteit van leven en fitheid bij mensen met een dwarslaesie”. Hij combineerde zijn werk altijd met ‘buitenschoolse activiteiten’. Dit leidde tot de erkenning van de Vereniging van Revalidatieartsen in 2009 tot meest veelbelovende aios revalidatiegeneeskunde, in 2016 de “Docent van het jaar”-award alsook in 2024 tot de Hoytema trofee in 2024 voor zijn brede positieve profilering van het vak, als dagvoorzitter, blogger en podcastmaker KopCast. In deze podcast, ruim 130 afleveringen, aandacht voor zorg, leiderschap, geluk, diversiteit, sport & bewegen, kunst en leven met een beperking of chronische aandoening.

Prof. dr. Anne Visser-Meily en Prof dr. Caroline van Heugten

Van inzicht naar impact: de kracht van samenwerking

De vakgebieden revalidatiegeneeskunde en neuropsychologie zijn onafhankelijk van elkaar ontwikkeld in dezelfde richting: het doel is om mensen te leren omgaan met (mogelijk blijvende) beperkingen ten einde een optimaal niveau van activiteiten en participatie te bereiken. Beide disciplines zijn vertrokken vanuit een medisch model en op geschoven naar een biopsychosociaal

model. Het gedeelde perspectief wordt versterkt door de complementaire insteek van de beide vakgebieden. Wij hebben deze complementariteit nadrukkelijk opgezocht in onze samenwerking.

Naast samenwerking op inhoud, is er ook samenwerking op het kruispunt tussen wetenschappelijk onderzoek en klinische praktijk. Wetenschappelijke vraagstukken en resultaten dragen bij aan een verbeterde zorg in de dagelijks praktijk. Tegelijkertijd kunnen de zorgbehoeften van de revalidant en diens naasten leidend zijn voor de opzet van nieuw onderzoek. Deze samenwerking brengt multidisciplinaire evidence-based producten, zoals meetinstrumenten en behandelprotocollen, voort.

In onze presentatie lichten we onze samenwerking toe aan de hand van een SWOT-analyse rondom de thema's waar we al enkele decennia samen aan werken: activiteiten & participatie, persoonlijke factoren en family-centered zorg. De vele publicaties, promovendi en producten (zoals het ZonMw Restore4stroke onderzoek) laten de *strengths* zien. De *opportunities* zien we in de internationale maatschappelijke trend in de richting van functioneren in het dagelijks leven, naast mortaliteit en morbiditeit De kloof tussen wetenschap en praktijk speelt ons soms parten (*weaknesses*) en de druk op de zorg en veranderende financiering herkennen we gezamenlijk als *threats*.

Prof. dr. *Anne Visser-Meily* *is hoogleraar Revalidatiegeneeskunde, medisch afdelingshoofd in UMC Utrecht en hoofd van het KennisCentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht (samenwerking tussen UMC Utrecht en de Hoogstraat Revalidatie) (https://www.kcrutrecht.nl). Ze draagt met enthousiasme het multidisciplinair werken en belang van het kennen van de mens achter de diagnose uit in het Utrechtse academische ziekenhuis. Haar onderzoek richt zicht op het verbeteren van de sociale participatie van patiënten (jong en oud) met neurologische aandoeningen (zoals hersenletsel, spierziekte en dwarslaesie) en hun naasten. De onderzoeksvragen sluiten nauw aan bij de klinische praktijk en de uitdagingen waarmee patiënten in het dagelijks leven worden geconfronteerd. "Het is niet alleen van belang om fysieke en cognitieve problemen te herkennen en behandelen maar ook om mensen strategieën aan te leren meer grip te krijgen op hun veranderd leven. Revalideren gaat vaak over verandering van gedrag". Anne heeft rond de 390 artikelen gepubliceerd en meer dan 50 promovendi begeleid. Ze heeft meerdere functies binnen de VRA bekleed (redactie NTR, WeCo, Concilium (als aios)) en nu lid van algemeen bestuur van de VRA namens het hooglerarenconvent van de VRA.*

Prof. dr. Caroline van Heugten *is hoogleraar neuropsychologie aan de Universiteit Maastricht. Haar onderzoek richt zich op neuropsychologische interventies voor mensen met hersenletsel vanuit de volgende drie onderzoekslijnen: 1) ontwikkeling en evaluatie van meetinstrumenten, 2) ontwikkeling en evaluatie van de klinische en kosteneffectiviteit van interventies en 3) evaluatie van factoren die uitkomsten kunnen beïnvloeden. Caroline voert toegepast, patiëntgebonden onderzoek uit in nauwe samenwerking met de praktijk. Zij is hoofd van het Expertisecentrum Hersenletsel Limburg (EHL; www.hersenletsellimburg.nl), een samenwerkingsverband tussen de onderzoeksgroep, zorg- en patiëntenorganisaties. Het EHL biedt de mogelijkheid om onderzoeksresultaten te vertalen in praktisch bruikbare producten zoals behandelprotocollen en informatiemateriaal. Caroline heeft zo'n 400 internationale wetenschappelijke artikelen gepubliceerd en bijna 40 promovendi succesvol begeleid. Momenteel is zij de voorzitter van de Special Interest Group on Neuropsychological Rehabilitation (SIG-NR) onder de vlag van de WFNR.*

---

dr. Jorik Nonnekes

Van verwondering naar vooruitgang: nieuwe inzichten in loopstoornissen bij Parkinson

Wetenschap begint met verwondering en nieuwsgierigheid. In deze keynote laat dr. Jorik Nonnekes zien hoe observaties uit de dagelijkse klinische praktijk kunnen uitgroeien tot nieuwe onderzoeksvragen, wetenschappelijke doorbraken en uiteindelijk betere zorg voor mensen met neurologische loopstoornissen.

Aan de hand van loopstoornissen bij de ziekte van Parkinson neemt hij het publiek mee langs de volledige onderzoeksketen: van klinische observatie tot implementatie in de praktijk. Loopstoornissen behoren tot de meest invaliderende symptomen van Parkinson en variëren van subtiele veranderingen in het looppatroon tot *bevriezen van lopen,* waarbij mensen plotseling het gevoel hebben dat hun voeten aan de grond vastgeplakt zitten. Opvallend genoeg kan het lopen soms spectaculair verbeteren door het toepassen van compensatiestrategieën, terwijl angst of stress juist tot een sterke verslechtering kan leiden.

Deze intrigerende observaties vormden het vertrekpunt voor een reeks fundamentele en translationele studies naar de neurobiologische mechanismen van lopen en compensatie. Dr. Nonnekes laat zien hoe deze inzichten hebben geleid tot innovatieve revalidatiestrategieën en hoe zij hun weg hebben gevonden naar de dagelijkse klinische praktijk, zowel in Nederland als in regio's waar toegang tot revalidatie afwezig is. Daarnaast bespreekt hij hoe deze bevindingen de basis vormen voor de eerste preventieve interventiestudies gericht op het voorkomen van *bevriezen van lopen,* een veelbelovende nieuwe ontwikkeling binnen het Parkinsononderzoek.

Tot slot reflecteert hij op een vaak onderbelicht aspect van wetenschappelijk succes: toponderzoek is nooit het werk van één individu. Hij zal het belang benadrukken van sterke multidisciplinaire teams, internationale samenwerking en een organisatie die talent, creativiteit en innovatie actief faciliteert.

Dr. Jorik Nonnekes *is revalidatiearts, onderzoeksgroepsleider en internationaal erkend expert op het gebied van neurologische loopstoornissen bij het Radboudumc in Nijmegen. Zijn klinische werk en onderzoek richten zich op de revalidatie van mensen met neurologische loopstoornissen, met een specifieke focus op de ziekte van Parkinson, erfelijke bewegingsstoornissen en niet-aangeboren hersenletsel. Voor zijn onderzoek ontving hij diverse prestigieuze subsidies en onderscheidingen, waaronder een ZonMw Veni- en Vidi-beurs, een Early Career Award van de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen (KNAW) en een Early Career Award van de International Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ISPRM). Hij geeft leiding aan meerdere internationale onderzoeksconsortia, waaronder UNITE-PD en AnTi-FREEZE, die zich richten op het verminderen van loopstoornissen bij mensen met de ziekte van Parkinson.*

Prof. dr. Sicco Bus

These shoes are made for walking….over de rode loper van het hulpmiddelenfestival

Traditioneel worden de effectiviteit en het gebruik van individueel aangepaste (orthopedische) schoenen geëvalueerd en beoordeeld aan de hand van bijvoorbeeld pijn, een wond, een andere complicatie die ontstaat en wat de gebruiker zelf rapporteert. In de laatste 15 jaar is deze manier van evalueren geëvolueerd tot een veel meer kwantitatieve en objectieve methode, waarbij de biomechanische risicofactoren en het schoen-draaggedrag gemeten kunnen worden en gebruikt worden om de schoen qua functionaliteit en draaggedrag te optimaliseren. Hiermee wordt beoogd de voet effectiever te beschermen tegen genoemde complicaties. In de lezing zal ik deze ontwikkeling bespreken aan de hand van wetenschappelijk onderzoek dat binnen dit veld van de hulpmiddelenzorg gedaan is, om tot meer kwantitatief onderbouwde en data-gedreven

schoenvoorzieningen te komen bij patiënten voor wie een aangepaste schoen een absolute must is. Een onderzoek dat belicht zal worden is de net afgeronde landelijke trial DIASSIST, naar de doelmatigheid van een multimodale behandeling van mensen met diabetes ter voorkoming van voetcomplicaties, waarin de schoentechnische voorzieningen een belangrijke rol speelden. Een mooie gelegenheid om het onderzoek naar deze parel van de loophulpmiddelenzorg in de schijnwerpers te zetten, in lijn met het thema van het congres.

Sicco Bus is bewegingswetenschapper, hoogleraar klinische biomechanica en werkzaam als hoofdonderzoeker bij de afdeling Revalidatiegeneeskunde van het Amsterdam UMC. Hij promoveerde op onderzoek naar de structurele en functionele aspecten van de neuropathische voet bij diabetes. Binnen de afdeling Revalidatiegeneeskunde leidt hij onderzoek naar de biomechanica van de onderste ledematen en blessurepreventie bij diabetes en sport. Sicco is bestuurslid en programmaleider 'Revalidatie & Ontwikkeling' van het onderzoeksinstituut Amsterdam Movement Sciences. Daarnaast maakt hij deel uit van de redactieraad en de werkgroepen voor ulcuspreventie en drukontlasting van de International Working Group Diabetic Foot (IWGDF), die zich bezighoudt met richtlijnontwikkeling. Ook is hij voorzitter van het International Symposium on the Diabetic Foot (ISDF) 2027 en voorzitter van de Nederlandse studiegroep Neurovasculaire Complicaties bij Diabetes.

Parallelsessie A: mondelinge presentaties (orals)

Orals / parallelsessie A3: Top 5 presentaties

O1: BreeZe: ontwikkeling en implementatie van een zelfmanagementinterventie in de nazorg voor mensen met brandwonden – *Sharon Blok*

O2: Transformatie van ALS-zorg met ALS@Home: ervaringen met landelijke opschaling en thuismonitoring– *Anna Schmidt*

O3: Visuele aandacht meten zonder taal of motoriek: een impliciete eye tracking taak voor jonge kinderen – *Marinke Hokken*

O4: MOE! – Meedoen, Opladen, Energie! – een blended interventie om vermoeidheidsklachten bij adolescenten met niet-aangeboren hersenletsel te verminderen: pilot studie – *Marjolijn De Koning*

O5: Compensatietraining via virtual reality voor mensen met hemianopsie: ontwikkeling van een hybride zorgpad voor vroegtijdige thuisrevalidatie – *Imre Nieuwenhuis*

Tijdens het congres reikt een delegatie van de Commissie Wetenschap & Innovatie van de VRA de prijs voor **Beste Mondelinge Presentatie** uit. De toekenning van deze prijs is gebaseerd op de volgende criteria (wetenschappelijke kwaliteit; kwaliteit van de inhoud van het abstract; klinische relevantie; innovatief) en de kwaliteit van de presentatie op het congres. De prijs wordt toegekend aan een 'early career' onderzoeker (assistent in opleiding, revalidatiearts max. 3 jaar klaar met de opleiding of promovendus/onderzoeker max. 3 jaar geleden gepromoveerd).

Orals / parallelsessie A4: Kinderrevalidatie

O6: Van vragen naar richting: Een gezamenlijke kennisagenda voor kinderen en jongeren met NAH+ – *Merel van Manson*

O7: OPTIMA 2.0: Co-creatie in het kinderrolstoelverstrekkingsproces – *Agnes Kloosterman*

O8: Aansluiten bij ondersteuningsbehoeften van ouders van jonge kinderen met (een kans op) cerebrale parese: concrete aanbevelingen vanuit ouderperspectief – *Jet Van Der Kemp*

O9: Transitie van kinderrevalidatie naar volwassenenzorg; jongeren aan het woord – *Gitte Berkers*

O10: Van behoefte naar co-creatie: de ontwikkeling van het "Complexity Classification System" voor kinderen en jongeren met NAH Christiaan – *Gmelig Meyling*

Orals / parallelsessie A5: Hersenletsel en Beroerte 1

O11: Terug naar huis na een herseninfarct: Informatiebehoeften van patiënten rondom cognitieve en emotionele gevolgen – *Céline Didderen*

O12: Ervaringen van patiënten en zorgprofessionals met predictiemodellen en prognostische informatie in de neurorevalidatie: een systematische review – *Zoë Van Hulten*

O13: De patiënt in de spotlight: Gebruikersparticipatie in het SMART-project. – *Ruth Huurneman*

O14: Preventie na beroerte door verbetering van 24-uurs beweeggedrag: resultaten van de gerandomiseerde gecontroleerde RISE trial – *Camille Biemans*

O15: De waarde van ervaringsdeskundige ondersteuning na niet-aangeboren hersenletsel vanuit patiënten perspectief: een verkennende studie. – *Ruth Langeveld-Wobma*

Orals / parallelsessie A6: Hersenletsel en Beroerte 2

O16: Verwardheid en slaapstoornissen tijdens de subacute fase van matig tot ernstig traumatisch hersenletsel (THL): een review – *Frank Verkaik*

O17: Breinstraat 5 jaar: doorontwikkeling van het digitale platform voor en door jongeren met NAH – *Roeli Wierenga*

O18: Ontwikkeling en psychometrische evaluatie van een patiënt-gerapporteerde barthel index na een beroerte – *Lisanne Gilhuis*

O19: Waarden en emoties van mensen met niet-aangeboren hersenletsel als vertrekpunt voor netwerkzorg – *Milou Baumgartner-Dupuits*

O20: Biomarkerresponse op inspanning bij mensen na een beroerte – een systematische review – *Bregje Hegeman-seves*

Orals / parallelsessie A7: diverse diagnose groepen 1

O21: Elke stap telt: de IC-herstelkaart voor persoonsgerichte revalidatie – *Hélène Krijger*

O22: Gepersonaliseerde revalidatie voor mensen met myositis en ernstige vermoeidheid (PRO-FIT): eerste resultaten van een pilot gerandomiseerde studie – *Nienke Heida*

O23: Implementatie van Exposure in Vivo voor aanhoudende pijn in Nederland. Gewoon doen! – *Marissa Gerards*

O24: Haalbaarheid en validiteit van de Adjust-EVO voor het optimaliseren van de stijfheid van enkel-voetorthesen bij neuromusculaire aandoeningen – *Yvette Keij*

O25: Integratie van bio-elektrische impedantie analyse (BIA) in de zorg voor mensen met amyotrofische laterale sclerose (ALS) – *Merle Kuiper*

Orals / parallelsessie A8: diverse diagnose groepen 2

O26: Perspectieven, ervaringen en tevredenheid met partiële hand- en vingerprothesen – *Corry Van Der Sluis*

O27: Thuismonitoring na beenamputatie. Zorg op afstand en de juiste amputatie patiënt op het spreekuur! – *Christof Smit*

O28: Pijn en functionele uitkomst in patiënten met een amputatie van de onderste extremiteit: een systematisch literatuuronderzoek. – *Guus A.H. Tendijck*

O29: Veiligheid en effectiviteit van botulinetoxine type A bij pijn en discomfort bij kinderen en volwassenen met ernstige meervoudige beperkingen – *Esther Calame*

O30: Prospectieve pilotstudie naar het effect van neuromusculaire elektrische stimulatie op brain-derived neurotrophic factor en cognitie bij mensen met een dwarslaesie – *Danée Kleijnen*

O1

BreeZe: ontwikkeling en implementatie van een zelfmanagementinterventie in de nazorg voor mensen met brandwonden

Sharon Blok[1,2,3], dr. Sven Geelen[1,3], dr. Sonja Scholten-Jaegers[1], dr. Anuschka Niemeijer[1], Irma Visser[4], Gerbrig Bijker[1], dr. Paul van Zuijlen[5], dr. Cornelis van der Vlies[6], dr. Eelke Bosma[1,7], prof. dr. Corry van der Sluis[2], dr. Marianne Nieuwenhuis[1,3,8]
[1]Alliantie Brandwondenzorg, Brandwondencentrum Martini Ziekenhuis, [2]Rijksuniversiteit Groningen, Universitair Medisch Centrum Groningen, Afdeling Revalidatie , [3]Onderzoeksgroep Healthy Ageing, Allied Health Care and Nursing, Hanze Hogeschool, [4]Vereniging van Mensen met Brandwonden, [5]Alliantie Brandwondenzorg, Brandwondencentrum Rode Kruis Ziekenhuis, [6]Alliantie Brandwondenzorg, Brandwondencentrum Maasstad Ziekenhuis, [7]Martini Ziekenhuis, Afdeling Chirurgie, [8]Rijksuniversiteit Groningen, Universitair Medisch Centrum Groningen, Afdeling Bewegingswetenschappen

A3 - Top 5 orals, november 12, 2026, 13:20 - 14:20

Na een brandwondenongeval staan veel patiënten voor een complex revalidatieproces vanwege de langdurige fysieke, psychologische en sociale gevolgen. Zelfmanagement speelt hierin een belangrijke rol, aangezien patiënten moeten leren omgaan met deze gevolgen in het dagelijks leven. Zorgverleners kunnen hierbij helpen via gerichte zelfmanagementondersteuning. Binnen de brandwondenzorg ontbrak echter een gestructureerde aanpak voor zelfmanagementondersteuning. Tussen 2021 en 2024 werd een systematisch en theoretisch onderbouwd ontwikkelproces doorlopen, dat uiteindelijk resulteerde in BreeZe: een zelfmanagementinterventie op basis van wetenschappelijke inzichten, theoretische kaders en intensieve stakeholderbetrokkenheid. BreeZe richt zich op het versterken van intrinsieke motivatie en zelfeffectiviteit, met vier belangrijke kerncomponenten: 1) holistische werkwijze, 2) doel- en actieplanning, 3) motiverende en oplossingsgerichte gespreksvoering en 4) casemanagement. Daarnaast maakt BreeZe gebruik van concrete hulpmiddelen, zoals het zelfmanagementweb, patiëntenwerkboek en een training voor zorgverleners. In de praktijk doorlopen patiënten meerdere fasen in eigen tempo, waarbij ze hun belangrijkste problemen identificeren, doelen stellen en systematisch toewerken naar verbetering.
In 2024 is BreeZe geïmplementeerd in de drie Nederlandse brandwondencentra. In totaal zijn 92 patiënten en 11 zorgverleners geïncludeerd in de evaluatiestudie naar effectiviteit en implementatie-uitkomsten. De dataverzameling hiervoor is bijna voltooid. Eerste resultaten tonen een significante verbetering in zelfeffectiviteit van zelfmanagementondersteuningsvaardigheden bij zorgverleners 12 maanden na het volgen van de BreeZe-training ($p=0.013$).
BreeZe biedt niet alleen een model voor de brandwondenzorg, maar ook mogelijke aanknopingspunten voor toepassing bij andere patiëntgroepen binnen de revalidatiegeneeskunde, dankzij de systematische en theoriegedreven ontwikkelaanpak, gecombineerd met intensieve stakeholder co-creatie. Verdere evaluatie van de effectiviteit en verkenning van bredere toepasbaarheid vormen belangrijke vervolgstappen.

O2

Transformatie van ALS-zorg met ALS@Home: ervaringen met landelijke opschaling en thuismonitoring

MSc Anna Schmidt[1,2], PhD Eline Scholten[1,2], MD, PhD Ruben van Eijk[3,4], Drs Pieter Struyf[5], Drs Annette Bruinings[6], Drs Wijland Scheepstra[7], Drs Nely Bouma-Kollerie[8], Drs Janet Wielenga-Boiten[9], Drs Irene Jetten[10], MD, PhD Joke de Kroon[11], Drs Ineke Kortland[12], MD, PhD Ilse de Coo[13], Drs Nicole Zusterzeel[14], MD, PhD Anne Visser-Meily[1,2], PhD Anita Beelen[1,2]
[1]Afdeling Revalidatie, Fysiotherapiewetenschap & Sport, UMC Utrecht Hersencentrum, [2]Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht, samenwerking tussen De Hoogstraat Revalidatie en het UMC Utrecht Hersencentrum, [3]Afdeling Neurologie, UMC Utrecht Hersencentrum, [4]Biostatistics & Research Support, UMC Utrecht Julius Center, [5]Adelante Zorggroep, [6]Basalt, [7]Dijklander Ziekenhuis, [8]Klimmendaal, [9]Meander Medisch Centrum, [10]Revalidatie Friesland, [11]Spaarne Gasthuis, [12]Tolbrug Specialistische Revalidatie, [13]Treant Ziekenhuis, [14]Zuyderland Medisch Centrum

A3 - Top 5 orals, november 12, 2026, 13:20 - 14:20

Introductie: In 2025-2026 werd het zorgconcept ALS@Home verder uitgerold binnen het landelijke ALS-zorgnetwerk met als doel thuismonitoring structureel te integreren in de standaardzorg en de impact van deze transformatie op kwaliteit en duurzaamheid te onderzoeken.
Methode: ALS@Home werd geïmplementeerd in tien centra met 19 ALS-behandelteams, begeleid door een multidisciplinaire projectgroep bestaande uit zorgprofessionals, managers, patiënten en naasten. Om zowel de impact op de ervaren kwaliteit van zorg als de praktische toepasbaarheid van thuismonitoring in kaart te brengen, werden twee vragenlijstonderzoeken uitgevoerd: A) ervaren kwaliteit van zorg vóór en circa 6 maanden na implementatie onder patiënten met ALS, PSMA en PLS (pALS), gemeten met de Patient Experience Measure in ALS (PEMALS,16 items; score 1-10; hogere score = positievere zorgervaring). B) Evaluatie van gebruiksvriendelijkheid van thuismonitoring onder pALS en zorgverleners, gemeten met de System Usability Scale (SUS; 10 items; score 0-100, ≥68 acceptabele gebruiksvriendelijkheid).
Resultaten: In juni 2026 werkten alle centra met ALS@Home. De ervaringen met de ALS-zorg, gemeten met de PEMALS bleef hoog en stabiel (n=68, mean 8.9 [SD 1.13] voormeting; n= 71 van 4 centra, mean 8.9 [SD 1.26]). De gebruikersvriendelijkheid van ALS@Home ervaren pALS (n=45, mean 78, SD 13.2) en zorgcoaches (n=8, mean 70, SD 18.0) als acceptabel en zorgverleners (n=43, mean 61, SD 15.9) als redelijk acceptabel.
Conclusie: Binnen het ALS-zorgnetwerk bieden de meeste erkende ALS-behandelteams juni 2026 thuismonitoring middels ALS@Home aan als standaardzorg. Na de transformatie ervaren pALS een blijvend hoge kwaliteit van zorg en met een goede gebruiksvriendelijkheid van thuismonitoring.

O3

Visuele aandacht meten zonder taal of motoriek: een impliciete eye tracking taak voor jonge kinderen

Dr. Marinke Hokken[1], dr. Ir. Johan Pel[4], Judig Blaauw[5], Cornelie Ensing-van Dorp[3], dr. Marlou Kooiker[2]
[1]Utrecht Universiteit, [2]Koninklijke Visio, [3]Bartiméus, [4]Erasmus MC, [5]Basalt Revalidatie
A3 - Top 5 orals, november 12, 2026, 13:20 - 14:20

Cerebral Visual Impairment (CVI) is de meest voorkomende visuele beperking bij kinderen en omvat alle visuele stoornissen die het gevolg zijn van vroege hersenschade of een afwijkende hersenontwikkeling. Visuele aandachtsproblemen komen bij kinderen met CVI vaak voor. Het vaststellen van CVI bij jonge kinderen is echter een uitdaging, omdat geschikte meetinstrumenten schaars zijn en veel bestaande tests afhankelijk zijn van taalvaardigheden of motorische responsen. Om deze reden werd een impliciete visuele zoektaak ontwikkeld die geen verbale instructies of motorische responsen vereist.
Twintig jonge kinderen van 2-5 jaar met CVI, twintig kinderen met een medisch risico op CVI en 73 neurotypische kinderen namen deel. De zoektaak werd aangeboden op een monitor met een remote eye tracker en bestond uit vier subtaken met uiteenlopende taakeisen. Visuele zoekprestaties werden beoordeeld aan de hand van accuraatheid en reactietijd. Hoewel kinderen met CVI en kinderen met een CVI-risico minder betrouwbare oogbewegingsdata hadden dan neurotypische leeftijdsgenoten, lieten de beschikbare gegevens duidelijke en consistente groepsverschillen zien. Kinderen met CVI vonden minder doelfiguren dan beide andere groepen en waren trager dan neurotypische kinderen. Deze verschillen waren zichtbaar over de gehele voorschoolse leeftijdsrange en traden al op bij de eenvoudigste zoektaak. Bovendien hingen zwakkere zoekprestaties samen met door ouders gerapporteerde visuele problemen in het dagelijks leven, wat de ecologische validiteit van het paradigma ondersteunt.
Deze bevindingen laten zien dat impliciete, eye tracking gebaseerde zoektaken een veelbelovende methode vormen om visuele aandacht bij jonge kinderen met CVI in kaart te brengen, zonder afhankelijk te zijn van taalvaardigheden of fijne motoriek.

O4

MOE! - Meedoen, Opladen, Energie! - een blended interventie om vermoeidheidsklachten bij adolescenten met niet-aangeboren hersenletsel te verminderen: pilot studie

Drs. Marjolijn De Koning[1], Dr. Florian Allonsius[1], Drs. Andrea Haccou, Drs. Roeli Wierenga[1], Dr. Frederike van Markus-Doornbosch[1], Prof. dr. Thea Vliet Vlieland[1,2], Dr. Maaike Gademan[2], Dr. Menno van der Holst[1,2]
[1]Basalt, [2]Leids Universitair Medisch Centrum

A3 - Top 5 orals, november 12, 2026, 13:20 - 14:20

Introductie: Vermoeidheid is een aanhoudende klacht bij adolescenten met niet-aangeboren hersenletsel (NAH) in de revalidatie. De blended, multidisciplinaire interventie Meedoen, Opladen, Energie (MOE!) is ontwikkeld om vermoeidheidsklachten te verminderen.
Doel: Het evalueren van de preliminaire effectiviteit van de MOE!-interventie.
Klinische relevantie: Vermoeidheid heeft grote gevolgen voor participatie en kwaliteit van leven (KvL) bij adolescenten met NAH, maar een gestructureerde interventie ontbreekt.
Patiëntenparticipatie: De inhoud en uitvoering van de MOE!-interventie zijn met patiënten afgestemd.
Methode: Pilotstudie (2025) in vier revalidatiecentra bij adolescenten (12–19 jaar) met NAH en vermoeidheid die het dagelijks leven belemmert. De 12-weekse MOE!-interventie combineerde cognitieve gedragstherapie en graded activity training op locatie en met eHealth-thuisoefeningen. Effecten op vermoeidheid, participatie, KvL en fitheid werden voor en na de interventie gemeten met de PedsQL™Multidimensional-Fatigue-Scale (PedsQL™MFS), Child&Adolescent-Scale-of-Participation (CASP), PedsQL™Generic-Core-Scale (PedsQL™GCS) (0–100, hogere score is beter functioneren) en 6-minutenwandeltest (meters). Analyses zijn uitgevoerd met de gepaarde t-test of Wilcoxon signed-rank test.
Resultaten: Er werden 15 deelnemers geïncludeerd, waarvan 10 de interventie voltooiden (50% jongens; gemiddelde leeftijd 16 jaar (SD 1.5)). Vijf deelnemers vielen uit door tijdsgebrek en/of ziekte. De gemiddelde verandering (95%-betrouwbaarheidsinterval) na interventie op de PedsQL™MFS was 6.1 (-2.0; 14.2), op de CASP 4.5 (-3.7; 12.7), op de PedsQL™GCS 9.6 (-0.5; 19.6) en op de 6-minutenwandeltest 19.6 (-33.4; 72.6) meter. Zes deelnemers (60%) verbeterden op alle uitkomstmaten.
Klinische boodschap: De MOE!-interventie lijkt veelbelovend voor verbetering van vermoeidheid, participatie, KvL en fitheid bij adolescenten met NAH, alleen beperkt de tijdsbelasting de deelname. Vervolgonderzoek met een controlegroep is nodig om effectiviteit/haalbaarheid te bevestigen.

O5

Compensatietraining via virtual reality voor mensen met hemianopsie: ontwikkeling van een hybride zorgpad voor vroegtijdige thuisrevalidatie

Imre Nieuwenhuis[1], Dr. Minke de Boer-Veldman[2], Dr. Gera de Haan[1,3], Dr. Tanja Nijboer[4], Prof. Dr. Joost Heutink[1,3]
[1]Rijksuniversiteit Groningen, [2]Universitair Medisch Centrum Groningen, [3]Koninklijke Visio, [4]Universiteit Utrecht

A3 - Top 5 orals, november 12, 2026, 13:20 - 14:20

Onderwerp: Hemianopsie, halfzijdige blindheid ten gevolge van bijvoorbeeld een beroerte, beperkt mensen in dagelijkse activiteiten zoals mobiliteit en maatschappelijke participatie. Compensatietraining is erop gericht mensen beter te leren omgaan met hun gezichtsvelduitval door ander kijkgedrag toe te passen. Omdat de toekomstbestendigheid van deze training onder druk staat, wordt binnen het VR4eVR-project (Virtual Reality for enriched Visual Rehabilitation) een virtual reality (VR)-applicatie en nieuw hybride zorgpad ontwikkeld. Hierdoor kunnen al vóór de start van hun reguliere revalidatietraject thuis trainen.

Relevantie: De revalidatiezorg staat onder druk door toenemende zorgvraag, beperkte capaciteit en verschillen in toegankelijkheid. De VR training maakt vroegtijdige thuisrevalidatie mogelijk, vermindert reisbelasting en ondersteunt monitoring op afstand door therapeuten. Hiermee kan gespecialiseerde visuele revalidatie mogelijk toegankelijker en efficiënter worden gemaakt.

Doelgroepparticipatie in het innovatieproces: De applicatie wordt ontwikkeld in co-creatie met de mensen met hemianopsie en therapeuten. Tijdens fieldlabs leveren ze input via interviews en geven ze feedback op demonstraties. Hun ervaringen, behoeften en suggesties worden gebruikt voor iteratieve verbeteringen van de applicatie en het bijbehorende zorgpad.

Huidige status: Momenteel bevindt de innovatie zich in de prototypefase. De bestaande interventie wordt vertaald naar VR en integreert eye-tracking voor objectieve monitoring van kijkgedrag. Op basis van diverse co-creatiesessies zijn meerdere ontwerpiteraties uitgevoerd.

Plan van aanpak: In het najaar van 2026 start een pilotstudie gericht op haalbaarheid en proof-of-concept. Vervolgens wordt de applicatie verder ontwikkeld en geëvalueerd in een effectstudie, met als doel implementatie binnen een geïntegreerd zorgpad van stroke-unit tot gespecialiseerde visuele revalidatie.

O7

OPTIMA 2.0: Co-creatie in het kinderrolstoelverstrekkingsproces.

ir Agnes Kloosterman[1], MSc OT Koen van Dijk[2], dr. Monique Berger[1], dr. Linda Valent[4], dr. Hanneke van Dongen[3], dr. Margo Hartingsveldt[2]
[1]De Haagse Hogeschool, [2]Hogeschool van Amsterdam, [3]Vrije Universiteit Amsterdam, [4]Heliomare

A4 - Kinderrevalidatie, november 12, 2026, 13:20 - 14:20

Uit het OPTIMA-onderzoek (2023) naar het rolstoelverstrekkingsproces (RVP) voor kinderen bleek dat slechts 53% van de ouders en kinderen de ontvangen rolstoel passend vindt bij de daadwerkelijke behoefte. Daarnaast bedraagt de gemiddelde doorlooptijd negen maanden en zijn de proceskosten bijna gelijk aan de kosten van de rolstoel zelf. Deze bevindingen vormden de aanleiding voor het vierjarige vervolgonderzoek OPTIMA2.0 (2025–2029). OPTIMA2.0 onderzoekt of optimalisatie van het verstrekkingsproces leidt tot een kortere doorlooptijd, een betere match tussen kind en rolstoel en verbeterde kosteneffectiviteit. De studie richt zich op kinderen die gebruikmaken van een handbewogen (met of zonder hulpaandrijving) of elektrische rolstoel, en hun rolstoel krijgen via Reade, Heliomare en Basalt.

Voor het ontwerp van een nieuw verstrekkingsproces zijn in drie proeftuinen co-creatiesessies georganiseerd volgens Design Thinking (Empathize, Define, Ideate, Prototype, Test). Hierbij zijn alle relevante stakeholders betrokken, waaronder ouders, kinderen, zorgprofessionals, patiëntenorganisaties en netwerkpartners. Gezamenlijk is een prototype ontwikkeld voor een geoptimaliseerde inrichting van het lokale aanvraagproces. Dit prototype wordt iteratief getest in de praktijk en bijgesteld op basis van ervaringen van betrokkenen.

De eerste resultaten tonen een gezamenlijk ontworpen en transparant proces waarin rollen, verantwoordelijkheden en processtappen duidelijk zijn vastgelegd. Vroege multidisciplinaire afstemming bevordert gezamenlijke besluitvorming, vermindert de belasting voor ouders en versterkt de communicatie tussen betrokken partijen.

De centrale hypothese is dat intensieve samenwerking en afstemming tussen alle betrokken partijen leidt tot snellere verstrekking van passende hulpmiddelen, en daarmee de mobiliteit, zelfstandigheid en participatie van het kind versterkt.

O8

Aansluiten bij ondersteuningsbehoeften van ouders van jonge kinderen met (een kans op) cerebrale parese: concrete aanbevelingen vanuit ouderperspectief

Jet Van Der Kemp[1], Dr. Leonie Visser[2,3], Dr. Ingrid Rentinck[4], Sharon Bontje[5], Eva Maršálková[5], Ilona van Wijngaarde[5], Prof. dr. Manon Benders[6], Prof. dr. Jan Willem Gorter[7,8], Dr. Marjolijn Ketelaar[1]
[1]Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht, samenwerking tussen De Hoogstraat Revalidatie en het UMC Utrecht Hersencentrum, [2]Afdeling Bioethics & Health Humanities, Julius Centrum, Universitair Medisch Centrum Utrecht, [3]Afdeling Medische Psychologie, Amsterdam UMC – locatie AMC, [4]Afdeling Medische Psychologie & Maatschappelijk werk, Wilhelmina Kinderziekenhuis, Universitair Medisch Centrum Utrecht, [5]Ervaringsdeskundige ouder en lid van de Familie Adviesraad , [6]Afdeling Neonatologie, Wilhelmina Kinderziekenhuis, Universitair Medisch Centrum Utrecht, [7]CanChild, Center for Childhood-Onset Disability Research, McMaster University, [8]Afdeling Revalidatie, Fysiotherapiewetenschappen & Sport, Universitair Medisch Centrum Utrecht

A4 - Kinderrevalidatie, november 12, 2026, 13:20 - 14:20

Introductie: De periode waarin ouders horen dat hun kind (een kans op) cerebrale parese (CP) heeft, is vaak zeer ingrijpend. In deze onzekere tijd hebben ouders verschillende ondersteuningsbehoeften. Hoe zorgverleners het beste in deze behoeften kunnen voorzien, is onvoldoende bekend.

Doel: Het vertalen van ondersteuningsbehoeften van ouders naar concrete aanbevelingen voor de klinische praktijk gebaseerd op het perspectief van ouders.

Patiënten/doelgroep: Ouders van jonge kinderen met (een kans op) CP.

Klinische relevantie: Met concrete aanbevelingen kunnen we de zorg en ondersteuning voor deze ouders en gezinnen verder verbeteren.

Patiëntenparticipatie: Een Familie Adviesraad (FAR) van vijf ervaringsdeskundige ouders was gedurende het gehele project betrokken.

Methode: In twee werkgroepsessies formuleerde de FAR concrete aanbevelingen op basis van eerder geïdentificeerde ondersteuningsbehoeften. Zorgverleners vulden deze aan, waarna vergelijkbare aanbevelingen werden geclusterd en bediscussieerd met de FAR.

Resultaten: Er werden meer dan 50 aanbevelingen geformuleerd, verdeeld in clusters gericht op zowel het gedrag van individuele zorgverleners (zes clusters), de organisatie van zorg (twee clusters), als beiden (zeven clusters). Voorbeelden zijn het maken van persoonlijk contact, het betrekken van maatschappelijk werk en het standaard plannen van een vervolgafspraak na de diagnose.

Discussie en conclusie: De aanbevelingen vormen geen one-size-fits-all aanpak, maar bieden een breed palet aan mogelijkheden. Het doel is zorgverleners en zorgorganisaties te inspireren te kiezen wat past, met ruimte voor verschillende accenten per gezin.

Klinische boodschap: In co-creatie met ouders zijn concrete aanbevelingen ontwikkeld om de ondersteuning voor ouders van jonge kinderen met (een kans op) CP te verbeteren.

O9

Transitie van kinderrevalidatie naar volwassenenzorg; jongeren aan het woord

Dr. Gitte Berkers[1], Prof. dr. Jan Willem Gorter[1], Dr. Esther Kruitwagen[1]
[1]Afdeling Revalidatie, Fysiotherapiewetenschap & Sport – Universitair Medisch Centrum Utrecht

A4 - Kinderrevalidatie, november 12, 2026, 13:20 - 14:20

Introductie
De overgang van kinderzorg naar volwassenenzorg – ook wel transitie in zorg – is een belangrijk moment voor jongeren met een chronische aandoening. In veel gevallen verloopt de transitie niet optimaal mede door verschillen in organisatie, structuur, financiering en cultuur tussen kinderzorg en volwassenenzorg. In 2022 heeft de Federatie Medisch Specialisten (FMS) een kwaliteitsstandaard met aanbevelingen gepubliceerd om organisaties te ondersteunen bij het optimaliseren van transitiezorg. In dit onderzoek hebben wij de ervaringen van jongeren met betrekking tot hun transitie geëvalueerd en hen gevraagd naar hun mening over de aanbevelingen uit de kwaliteitsstandaard.

Methode
Jongeren van 16-25 jaar met een neuromusculaire aandoening die onder behandeling waren in het UMC Utrecht bij de kinderrevalidatiearts en/of volwassen revalidatiearts zijn uitgenodigd voor het invullen van een vragenlijst om het transitieproces en de FMS-richtlijn te evalueren.

Resultaten
In totaal hebben 36 jongeren de vragenlijst ingevuld. Jongeren beoordeelden het transitieproces gemiddeld met een 7.4 (sd 1.6) op een schaal van 1 tot 10. De aanbevelingen uit de kwaliteitsstandaard werden wisselend beoordeeld, waarbij het percentage jongeren dat een aanbeveling relevant vond varieerde van 36% tot 94%.

Discussie en conclusie
De resultaten van dit onderzoek laten zien dat er ruimte is voor verbetering in het transitieproces bij jongeren met een neuromusculaire aandoening. Daarnaast was het opvallend dat de aanbevelingen uit de kwaliteitsstandaard transitiezorg die door jongeren als weinig relevant werden beoordeeld in de literatuur vaak naar voren worden gebracht als belangrijke interventies voor het verbeteren van de transitiezorg.

O10

Van behoefte naar co-creatie: de ontwikkeling van het “Complexity Classification System” voor kinderen en jongeren met NAH

Dr Christiaan Gmelig Meyling[1,2], Dr Ilse van Rijssen[1,2], Dr Merel van Mansom[1,3], Dr Jeanine Voorman[4], Dr Bas Oude Ophuis[4], MSc Geeke Blenk[5], Dr Hannemieke van der Lei[6], Jos Berends[7], Sandra Bakker[1], Marike Reinders[1], Dr Mireille Donkervoort[1,3], Prof. Dr. Jan Willem Gorter[1]
[1]Netwerk Kind&NAH, [2]Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht , [3]Windesheim Hogeschool, [4]Wilhelmina Kinderziekenhuis, UMC Utrecht, [5]Amarant, [6]Heliomare, [7]Zozijn
A4 - Kinderrevalidatie, november 12, 2026, 13:20 - 14:20

Onderwerp
De ontwikkeling van een classificatiesysteem om de mate van complexiteit in het dagelijks functioneren en ondersteuningsbehoeften bij kinderen en jongeren met NAH+ in kaart te brengen.

Relevantie
Kinderen en jongeren met complex niet-aangeboren hersenletsel (NAH+) laten variatie zien in ontwikkeling, dagelijks functioneren, ondersteuningsbehoeften en zorggebruik. Een uniforme methode om deze complexiteit te beschrijven ontbreekt. Hierdoor is het uitdagend om zorg, onderwijs en begeleiding afgestemd in te zetten. Het Complexity Classification System (CCS) wordt ontwikkeld om professionals te ondersteunen bij indicatiestelling en interprofessionele besluitvorming. Voor kinderen en gezinnen kan dit bijdragen aan tijdige toegang tot de juiste zorg op de juiste plek.

Patiëntparticipatie
Ouders van kinderen met NAH+ zijn vanaf de start actief betrokken bij de ontwikkeling van het CCS. In co-creatiesessies werken zij samen met professionals en onderzoekers aan de inhoud en toepasbaarheid van het instrument. Daarbij vormen hun ervaringen een belangrijke basis voor de ontwikkeling.

Huidige status
Een literatuurverkenning bracht bestaande instrumenten voor het meten van complexiteit, functioneren en ondersteuningsbehoeften in kaart. Daarnaast zijn interviews uitgevoerd met professionals uit zorg, onderwijs en het sociaal domein. De resultaten zijn gebruikt om een prototype te ontwikkelen.

Plan van aanpak
Het prototype van het CCS wordt in de praktijk getest op haalbaarheid en bruikbaarheid. Op basis van de resultaten wordt het instrument geoptimaliseerd en voorbereid voor nadere evaluatie en implementatie. Het uiteindelijke doel is een breed toepasbaar classificatiesysteem dat zorgcoördinatie ondersteunt, interprofessionele samenwerking versterkt, en richting geeft aan passende financiering voor kinderen en jongeren met NAH+ en hun gezinnen.

011

Terug naar huis na een herseninfarct: Informatiebehoeften van patiënten rondom cognitieve en emotionele gevolgen

Msc Céline Didderen[1,2,3], Dr. Nick Weaver[3], MSc Veerle Brouwer[4,5,6], Prof. Geert Jan Biessels[3], Prof. Anne Visser-Meily[1,2], Dr. Joris De Graaf[1,2]
[1]Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde, UMC Utrecht Brain Center, Universitair Medisch Centrum Utrecht en de Hoogstraat Revalidatie, [2]Afdeling Revalidatie, Fysiotherapiewetenschap & Sport, UMC Utrecht Brain Center, Universitair Medisch Centrum Utrecht, [3]Afdeling Neurologie en Neurochirurgie, UMC Utrecht Brain Center, Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht, Nederland, [4]AxionContinu, [5]Afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde, Universitair Medisch Centrum Leiden, [6]Universitair Netwerk voor de Care sector Zuid-Holland, Universitair Medisch Centrum Leiden

A5 - Hersenletsel/beroerte 1, november 12, 2026, 13:20 - 14:20

Introductie
Een aanzienlijk deel van de mensen met een herseninfarct gaat na ziekenhuisopname direct naar huis. Ondanks een gunstige fysieke uitkomst ervaren zij vaak cognitieve en emotionele problemen die een negatieve invloed kunnen hebben op participatie en kwaliteit van leven. Omdat nazorg voor deze groep relatief kort is, is adequate informatievoorziening des te belangrijker.

Doel
Inzicht krijgen in wat patiënten willen weten over cognitieve/emotionele gevolgen van een herseninfarct met betrekking tot inhoud en timing.

Patiënten/doelgroep
Volwassenen (18+) met een acuut herseninfarct die vanuit ziekenhuisopname direct naar eigen woonomgeving zijn gegaan en cognitieve/emotionele klachten ervaren.

Klinische relevantie
Resultaten bieden inzicht in informatiebehoefte van de patiënt, en daarmee aanknopingspunten voor verbeterde informatievoorziening.

Methode
17 patiënten werden 2-12 maanden na ontstaan van het herseninfarct geïnterviewd middels semigestructureerde interviews. Transcripten werden thematisch geanalyseerd.

Interim-resultaten
De gewenste inhoud van informatie verschilt per herstelfase (acuut, subacuut, chronisch). Bij ontslag staan vragen over oorzaak, recidiefrisico en korte-termijngevolgen centraal. In de eerste weken zoeken patiënten normering — is wat zij ervaren gebruikelijk? Wanneer deze informatie ontbreekt ontstaat onzekerheid. Naarmate activiteiten worden hervat, vindt een verschuiving naar individuele, context specifieke vragen plaats.

Discussie/conclusie

Naarmate patiënten activiteiten hervatten, stuiten zij op nieuwe, individuele vragen. Hierdoor verschuiven informatiebehoeften van algemeen naar context specifiek. Het is belangrijk om in latere fases ruimte te bieden voor individuele vragen, bijvoorbeeld via een aanspreekpunt of gepersonaliseerde follow-up.

Klinische boodschap
Behoefte aan informatie over cognitieve en emotionele gevolgen van een herseninfarct stopt niet wanneer de nazorg stopt, en de gewenste inhoud hiervan verschilt per herstelfase.

O12

Ervaringen van patiënten en zorgprofessionals met predictiemodellen en prognostische informatie in de neurorevalidatie: een systematische review

Zoë Van Hulten[1], Tessa Verhoeff[1,2], Prof. Anne Visser-Meily[2], Dr. Jord Vink[1,2]
[1]Translational Neuroimaging group, UMC Utrecht , [2]Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht, UMC Utrecht

A5 - Hersenletsel/beroerte 1, november 12, 2026, 13:20 - 14:20

Doel: Deze literatuurstudie onderzoekt de ervaringen van patiënten en zorgprofessionals met prognostische informatie en predictiemodellen, in de (neuro)revalidatie.

Klinische relevantie: Er is veel onzekerheid rondom (neurologische) herstel- en revalidatie trajecten. Een mogelijke manier om deze onzekerheid te verminderen is het gebruik van predictie modellen. Inzichten uit deze studie kunnen bijdragen aan de ontwikkeling en implementatie van predictiemodellen binnen de (neuro)revalidatiezorg.

Zoekstrategie en selectie: Deze studie betreft een gestructureerde literatuurreview (PRISMA) uitgevoerd in de PubMed-database. Studies over prognostische informatie, uitkomstvoorspellingen en predictiemodellen werden geïncludeerd. De geïncludeerde studies richtten zich op patiënten en zorgprofessionals binnen de (neuro)revalidatie. Een kwalitatieve thematische synthese werd uitgevoerd om terugkerende patronen in de perspectieven van patiënten en zorgverleners te identificeren.

Patiënten participatie: De perspectieven van patiënten uit de literatuur zijn geraadpleegd.

Conclusie: Deze literatuurreview is gebaseerd op 24 studies, waarvan 10 gericht op beroerte en 14 op andere patiëntpopulaties, waaronder neurotrauma en ALS. 10 studies naar patiëntervaringen laten zien dat patiënten over het algemeen positief staan tegenover predictiemodellen en behoefte hebben aan meer gepersonaliseerde prognostische informatie. Daarnaast blijkt uit 4 studies dat patiënten vaak een groter herstel verwachtten dan ze uiteindelijk doormaakten. 7 studies naar de ervaringen van zorgprofessionals rapporteerden zorgen over de accuraatheid en relevantie van predictiemodellen; vergelijkbare zorgen werden ook gevonden in 3 studies onder patiënten. Echter blijkt uit 4 studies dat predictiemodellen accurater zijn dan zorgprofessionals. Daarnaast uitten zorgprofessionals in 3 studies bezorgdheid over de mogelijke emotionele impact van prognostische informatie, terwijl deze zorgen niet werden ondersteund door 5 studies naar patiëntervaringen.

O13

De patiënt in de spotlight: Gebruikersparticipatie in het SMART-project.

Ruth Huurneman[1,2], PhD Corien Nikamp[1], PhD Edwin van Asseldonk[2], PhD Erik Prinsen[1,2]
[1]Roessingh Centrum Voor Revalidatie, afdeling Roessingh Research & Development,
[2]Universiteit Twente, afdeling Biomedical Engineering

A5 - Hersenletsel/beroerte 1, november 12, 2026, 13:20 - 14:20

Introductie
Herstel van loopvaardigheid is een belangrijk doel tijdens revalidatie na CVA. De SMART-studie introduceert ambulante bewegingssensoren binnen het gehele revalidatieproces:1) kliniek, 2) thuissituatie en 3) bewegingslab, om inzicht in complexe loopproblemen te vergroten. Relevante uitkomstmaten worden in co-creatie bepaald met eindgebruikerspanels.

Doel:
Vanuit patiëntperspectief identificeren van belangrijke uitkomstmaten gericht op loopvaardigheid tijdens de gehele revalidatiefase.

Patiënten/doelgroep: CVA-patiënten

Toegevoegde waarde voor patiënt/klinische relevantie:
Identificeren van relevante uitkomstmaten voor patiënten om diagnostiek en behandeling van loopproblemen te ondersteunen.

Patiëntenparticipatie in het onderzoek:
Een patiëntenpanel is opgezet en werkt actief samen met onderzoekers.

Methode:
Participatief onderzoek middels iteratieve co-creatiesessies (90 minuten/sessie) met een patiëntenpanel. Via de sticky note-methode en gezamenlijke ontwikkeling van persona's worden uitkomstmaten geïnventariseerd op basis van patiëntervaringen waarna consensus wordt bereikt.

Resultaten:
De eerste sessies tonen aan dat patiënten bij start van de klinische revalidatie geïnteresseerd zijn in uitkomstmaten die dagelijkse activiteiten en temporele veranderingen inzichtelijk maken zoals actieve momenten, loopsnelheid en loopafstand. In latere fase verschuift interesse naar kwaliteit van bewegen op gewrichtsniveau en ontwikkelingen over tijd.

Discussie en conclusie
Vroegtijdige patiëntenparticipatie geeft concrete input waar in het revalidatieproces technologie een meerwaarde heeft en wanneer welke uitkomstmaat relevant is, passend bij de behoeftes van de revalidant. Dezelfde methodiek wordt binnenkort toegepast met

behandelarenpanel wat vergelijking en afstemming van uitkomstmaten tussen beide gebruikersgroepen mogelijk maakt. Bevindingen worden teruggekoppeld in evaluatiesessies met beide eindgebruikers.

Klinische boodschap:
Betrekken van patiënten tijdens een vroege fase is betekenisvol waardoor eindproducten en processen beter kan aansluiten bij verwachtingen en behoeftes van de eindgebruikers

O14

Preventie na beroerte door verbetering van 24-uurs beweeggedrag: resultaten van de gerandomiseerde gecontroleerde RISE trial

Camille Biemans[1,2,3], Sophie Pagen[1,2,3], Suzanne Broers[2,3], Dr. Wendy Hendrickx[1,2,3], Floor Tuijtelaars[2], Marja Trogrlic[2], Sander de Bart[1], RISE study group[2], Professor Coralie English[4], Prof. dr. Johanna Visser-Meily[2,5], Dr. Yvonne Hartman[1,2,3], Dr. Martijn Pisters[1,2,3]
[1]Onderzoeksgroep Beweeggedrag & Preventie in de Zorg, Fontys Paramedische Hogeschool, [2]Afdeling Revalidatie, Fysiotherapiewetenschap & Sport, Universitair Medisch Centrum Utrecht, [3]Academische werkplaats Fysiotherapie, [4]School of Health Sciences, University of Newcastle, [5]Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht, Hersencentrum, UMC Utrecht en De Hoogstraat revalidatie

A5 - Hersenletsel/beroerte 1, november 12, 2026, 13:20 - 14:20

Introductie: Een gezonde balans in het 24-uurs beweeggedrag (zitten, bewegen en slapen) hangt samen met een lager risico op een nieuwe ernstige cardiovasculaire gebeurtenis of overlijden (MACE).

Doel: Evalueren effect van de RISE-interventie op het 24-uurs beweeggedrag na een eerste beroerte

Doelgroep: <6 maanden na eerste beroerte, met ontslag naar huis, met een hoog-risico sedentair profiel.

Patiëntenparticipatie: Co-creatie RISE interventie.

Methode: In deze multicenter gerandomiseerde gecontroleerde trial werden 106 deelnemers toegewezen aan de RISE-interventiegroep (N=47) of controlegroep (gebruikelijke zorg (N=59)). De RISE-interventie is een 15-weekse blended gedragsinterventie waarin eerstelijnsfysiotherapeuten mensen na een beroerte coachen op 24-uurs beweeggedrag. 24-uurs beweeggedrag werd op baseline en 4 maanden na randomisatie gemeten met een accelerometer. 24-uurs beweeggedrag werd geanalyseerd met Compositional Data Analysis en Multivariate Analysis of Variance (MANOVA).

Resultaten: De interventiegroep liet een significante verbetering van het 24-uurs beweeggedrag zien ten opzichte van de controlegroep (P=0.02). Post-hoc testing liet zien dat de interventiegroep de zittende tijd (korte + langdurige zitperiodes) significant verminderde ten opzichte van de andere gedragingen, vergeleken met de controlegroep (P<0.01). Gemiddelde dagelijkse langdurige zittijd nam af met 50 [-85;-16] minuten per dag, terwijl lichte fysieke activiteit toenam met 41 [6;74] minuten en matig tot zwaar intensieve activiteit met 9 [2;16] minuten. Slaapduur bleef onveranderd.

Discussie: De RISE-interventie leidde tot klinisch relevante verbeteringen in het 24-uurs beweeggedrag. Lange termijn effecten en het effect op het voorkomen van MACE worden onderzocht.

Klinische relevantie: De eerstelijns RISE-interventie verbeterde het 24-uurs beweeggedrag na een beroerte en biedt daarmee perspectief voor secundaire preventie van MACE.

O15

De waarde van ervaringsdeskundige ondersteuning na niet-aangeboren hersenletsel vanuit patiënten perspectief: een verkennende studie.

Ruth Langeveld-Wobma[1], PhD Marja Depla[2], PhD Judith Vloothuis[3], PhD Kitty Jurrius[4], Prof Christine Dedding[1]
[1]Afdeling Ethiek, Recht en Humaniora, AmsterdamUMC, locatie VUmc, [2]Amsterdam Public Health, Aging & Later Life, AmsterdamUMC, locatie VUmc, [3]Amsterdam Rehabilitation Research Centre, Reade Rehabilitation and Rheumatology, [4]Afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, Radboudumc

A5 - Hersenletsel/beroerte 1, november 12, 2026, 13:20 - 14:20

Achtergrond:
Eerder onderzoek heeft aangetoond dat ondersteuning van ervaringsdeskundigen positieve sociaalpsychologische effecten kan hebben voor patiënten met niet-aangeboren hersenletsel. Er is echter nog weinig bekend over wat patiënten zelf verstaan onder ervaringsdeskundige ondersteuning en welke betekenis zij daaraan toekennen: wat beschouwen zij als de toegevoegde waarde?
Materiaal en methoden:
Er werden tien semigestructureerde interviews afgenomen bij patiënten die tijdens hun klinische revalidatie contact hadden met ervaringsdeskundigen. De interviews zijn geanalyseerd middels een inductieve thematische analyse. De thema's werden vervolgens besproken met drie andere patiënten om ervoor te zorgen dat interpretatie en formulering nauw aansloten bij de perspectieven van patiënten.
Resultaten:
Er werden vier kernwaarden geïdentificeerd. Patiënten hechtten waarde aan: (1) het krijgen van perspectief op een zinvol leven, (2) het ontvangen van advies gebaseerd op geleefde ervaring, (3) het onder elkaar zijn zonder alles uit te hoeven leggen, en (4) de ruimte om je verhaal te delen met iemand met een vergelijkbare ervaring. Ervaringsdeskundige ondersteuning vergrootte hun motivatie voor revalidatie, beschermde hen tegen valkuilen en verminderde gevoelens van eenzaamheid.
Conclusie en discussie:
De bevindingen tonen het potentieel aan om reguliere revalidatiezorg te optimaliseren door het toevoegen van ervaringsdeskundige ondersteuning. Dit vraagt om een heroverweging van bestaande organisatorische en culturele structuren. Een daadwerkelijke integratie van ervaringsdeskundigheid binnen de revalidatiezorg kan slechts plaatsvinden wanneer structurele ongelijkheid en machts-asymmetrie expliciet worden erkend en aangepakt.

O16

Verwardheid en slaapstoornissen tijdens de subacute fase van matig tot ernstig traumatisch hersenletsel (THL): een review

Drs. Frank Verkaik[1], Dr. Esmée Verwijk[1,2,3], Dr. Jorrit De Kieviet[1], Dr. Simon Van Gaal[2], Dr. Marthe Ford[1,2]
[1]Heliomare Revalidatie, Research and Development, [2]Universiteit van Amsterdam, Afdeling Psychologie, Brain and Cognition, [3]Amsterdam UMC, Afdeling Medische Psychologie
A6 - Hersenletsel/beroerte 2, november 12, 2026, 13:20 - 14:20

Abstract:

De meerderheid van patiënten met matig tot ernstig traumatisch hersenletsel (THL) in de subacute revalidatiefase krijgt te maken met verwardheid en slaapstoornissen. Er bestaan geen effectieve interventies die de duur van de verwardheid direct verkorten, terwijl de duur van verwardheid een van de belangrijkste voorspellers is voor langetermijnuitkomsten. Echter hangt verwardheid mogelijk samen met slaapstoornissen, welke daarmee een potentieel aangrijpingspunt zijn. We onderzochten de onderlinge relaties tussen de post-THL verwardheidsfase en slaap, en de implicaties ervan voor herstel op de korte en de lange termijn.

Er werd gezocht in MEDLINE (PubMed) met zoektermen samenhangend met THL, de acute en subacute fase van herstel, verwardheid en slaapstoornissen. Studies werden geïncludeerd wanneer deze onderzoek deden naar verwardheid en slaap binnen de volwassen populatie, van mensen met matig tot ernstig THL, in de subacute fase van herstel. Uiteindelijk werden 11 studies (827 deelnemers) geïncludeerd.

De evidentie wijst op een directionele lead-lag relatie, waarbij het herstel van slaapsymptomen voorafgaat aan, en deels voorspellend is voor, het herstel van verwardheidssymptomen. Slechte slaap voorspelt tevens verergering van verwardheid en agitatie. Verwardheid en slaapstoornissen in de subacute fase voorspellen tevens de opnameduur, het functionele niveau bij ontslag en productiviteitsuitkomsten na één jaar.

Geconcludeerd wordt dat slaap een mogelijk modificeerbaar aangrijpingspunt is in de revalidatiebehandeling en het herstelverloop van posttraumatische verwardheid. Prospectief onderzoek is nodig om het voorgestelde lead-lag model te onderzoeken en slaapgerichte interventies te evalueren. Consensus over nomenclatuur en meetinstrumenten is noodzakelijk voor zowel onderzoek als de klinische praktijk.

O17

Breinstraat 5 jaar: doorontwikkeling van het digitale platform voor en door jongeren met NAH.

Drs. Roeli Wierenga[1], Dr. Frederike van Markus-Doornbosch[1], Dr. Florian Allonsius[1], Dr. Menno van der Holst[1,2]
[1]Basalt Revalidatie, [2]LUMC

A6 - Hersenletsel/beroerte 2, november 12, 2026, 13:20 - 14:20

Onderwerp: Breinstraat is het digitale platform voor jongeren (12–30 jaar) met niet-aangeboren hersenletsel (NAH). Het platform ondersteunt zelfmanagement, informatievoorziening, lotgenotencontact en participatie. Breinstraat is binnen de revalidatie ontwikkeld in co-creatie met jongeren, ouders/verzorgers en zorgprofessionals.

Relevantie: Jongeren met NAH ervaren vaak langdurige beperkingen in activiteiten en participatie, waaronder onderwijs, werk en sociale relaties. Daarnaast ervaren zij onzekerheid over het omgaan met de gevolgen van NAH en hebben zij behoefte aan, (h)erkenning en contact met leeftijdsgenoten. Breinstraat biedt een laagdrempelige digitale aanvulling op de revalidatiezorg, waarmee jongeren ondersteuning kunnen ontvangen op een moment en manier die bij hen past, ook in de chronische fase.

Patiëntenparticipatie: Jongeren zijn vanaf de ontwikkeling actief betrokken geweest bij de inhoud, vormgeving en functionaliteiten van het platform via co-creatiesessies. Daarnaast dragen ervaringsdeskundige moderators bij aan een veilige online community en het signaleren van gebruikersbehoeften.

Huidige status: In 2026 viert Breinstraat het vijfjarig bestaan. Het platform telt inmiddels meer dan 600 geregistreerde gebruikers en omvat onder andere online meet-ups voor jongeren, online bijeenkomsten voor ouders, een gemodereerd Discord-kanaal en een Instagram-account.

Plan van aanpak: Van maart tot oktober 2026 worden co-creatiesessies georganiseerd met jongeren, ouders/verzorgers en zorgprofessionals om wensen ten aanzien van het platform te inventariseren en aan te sluiten bij veranderende behoeften en digitale ontwikkelingen. De resultaten worden gebruikt voor verdere optimalisatie en implementatie van Breinstraat, met als doel een toekomstbestendig platform dat blijft aansluiten bij de behoeften van jongeren met NAH en hun gezinnen.

O18

Ontwikkeling en psychometrische evaluatie van een patiënt-gerapporteerde barthel index na een beroerte

Lisanne Gilhuis[1], Dr. Majanka H. Heijenbrok-Kal[1,2], Sam Hendriks[1,2], Marc Evers[1,2], Bart Lagerberg[1,2], Dr. Erik Grauwmeijer[1,2], Prof. dr. Ruud W. Selles[1,2,3]
[1]Afdeling Revalidatiegeneeskunde, Erasmus MC, Universitair Medisch Centrum Rotterdam, [2]Rijndam Revalidatie, [3]Afdeling Plastische, Reconstructieve en Handchirurgie, Erasmus MC, Universitair Medisch Centrum Rotterdam

A6 - Hersenletsel/beroerte 2, november 12, 2026, 13:20 - 14:20

Introductie
De Barthel Index (BI) is een veelgebruikt observationeel instrument voor het beoordelen van zelfstandigheid bij activiteiten van het dagelijks leven (ADL) na een beroerte. Het wordt alleen door een behandelaar afgenomen, waardoor patiëntperspectief op eigen functioneren buiten beschouwing blijft en patiëntbetrokkenheid bij de revalidatie beperkt kan worden.
Doel
Het ontwikkelen van een patiëntgerapporteerde Barthel Index (PROM-BI) en het evalueren van test-hertest-betrouwbaarheid en criteriumvaliditeit bij revalidatiepatiënten na een beroerte.
Patiënten/doelgroep
Volwassen patiënten (≥18 jaar) opgenomen voor revalidatie na een beroerte in Rijndam Revalidatie te Rotterdam.
Klinische relevantie
Een valide PROM-BI kan patiëntgerichte zorg ondersteunen, gedeelde besluitvorming bevorderen en administratieve belasting voor clinici verminderen.
Methode
De PROM-BI werd ontwikkeld via expertreview en cognitieve debriefingsinterviews, conform COSMIN-richtlijnen. Vijfenvijftig patiënten vulden de PROM-BI tweemaal in (interval 3 dagen) voor test-hertest-betrouwbaarheid. Criteriumvaliditeit werd onderzocht door vergelijking met de observationele BI op dezelfde dag. Analyses omvatten intraclass-correlatiecoëfficiënten (ICC), Bland-Altman-analyses en meetfoutschattingen (SEM en SDC).
Resultaten
De PROM-BI werd door patiënten als goed invulbaar en begrijpelijk beoordeeld. De PROM-BI toonde hoge test-hertest-betrouwbaarheid (ICC = 0,85; 95%BI: 0,70–0,92) en hoge criteriumvaliditeit (ICC = 0,83; 95%BI: 0,73–0,90). Plafondeffecten werden bij beide instrumenten geobserveerd.
Discussie en conclusie
De PROM-BI is een haalbaar, betrouwbaar en valide instrument voor het meten van functionele zelfstandigheid bij revalidatie na een beroerte, met meetfouten vergelijkbaar met de observationele BI. Generalisatie naar patiënten met ernstige afasie of cognitieve stoornissen is niet mogelijk.
Klinische boodschap
De PROM-BI biedt een waardevolle aanvulling op de klinisch-gerapporteerde BI en ondersteunt patiëntgerichte zorg en gedeelde besluitvorming binnen revalidatie.

O19

Waarden en emoties van mensen met niet-aangeboren hersenletsel als vertrekpunt voor netwerkzorg.

Milou Baumgartner-Dupuits[1,2,3], Dr. Marissa Gerards[1,2,3], Prof. Dr. Jeanine Verbunt[1,3], Dr. Ivan Huijnen[1,2,3], Dr. Simone Sep[1,3]
[1]Department of Rehabilitation Medicine, Functioning, School for Public Health and Primary Care (CAPHRI), Maastricht University, [2]Research Centre for Appropriate Rehabilitation Care, Zuyd University of Applied Sciences, [3]Adelante, Centre of Expertise in Rehabilitation and Audiology

A6 - Hersenletsel/beroerte 2, november 12, 2026, 13:20 - 14:20

Introductie
Niet-aangeboren hersenletsel (NAH) treft veel Nederlanders, met toenemende overlevingskans en langdurige beperkingen (1). Zorg en ondersteuning voor mensen met NAH is gefragmenteerd en biomedisch gericht, terwijl veranderende behoeften vragen om geïntegreerde, biopsychosociale ondersteuning, afgestemd op waarden van cliënten (2,3).
Doel
Het GHLIM (Gezond Leven met Hersenletsel in Limburg) project heeft als doel een regionaal netwerk te realiseren dat passende zorg en ondersteuning biedt aan mensen met NAH in alle fases na het letsel.
Het onderzoekt richt zich op het achterhalen van waarden en emoties van mensen met NAH.
Patiënten/doelgroep
Volwassenen met NAH in Limburg
Toegevoegde waarde voor de patiënt/klinische relevantie
Passende zorg en ondersteuning draagt bij aan een betere kwaliteit van leven en participatie.
Patiëntenparticipatie in het onderzoek
Twee actief betrokken projectleden met ervaringskennis
Methode
In dit kwalitatieve onderzoek werden de ervaren zorgtrajecten van mensen met NAH in Limburg verkend, met specifieke aandacht voor waarden en emoties. Deelnemers werden doelgericht gerekruteerd uit drie zorgpaden, en geïnterviewd met behulp van patient-journey value mapping (4).
Resultaten
De resultaten tonen waarden, emoties, successen en knelpunten van mensen met NAH over alle fasen na het letsel, waaronder: oprechte aandacht, trots, eenzaamheid en vertrouwen, evenals beperkte samenwerking en onvoldoende voorlichting.
Discussie en conclusie
De resultaten wijzen erop dat de huidige zorg onvoldoende aansluit bij de langdurige en veranderende behoeften van mensen met NAH. Het cliëntperspectief identificeer zowel knelpunten als aanknopingspunten voor het versterken van netwerkzorg.
Klinische boodschap
Netwerkzorg voor mensen met NAH begint bij inzicht in wat voor cliënten waardevol is.

O20

Biomarkerresponse op inspanning bij mensen na een beroerte – een systematische review.

Dr. Bregje Hegeman-seves[1,2], Danique Vierhoven[1,3], Lotte Verkuijlen[1,3], Prof. Dr. Rienk Dekker[1], Dr. Yannick van Sleen[4], Dr. Leonie Krops[1], Dr. Klaske van Kammen[1]
[1]Universiteit Groningen, Universitair Medisch Centrum Groningen, Afdeling Revalidatiegeneeskunde, [2]Universiteit Groningen, Universitair Medisch Centrum Groningen, Afdeling Anesthesie, Pijncentrum, [3]Universiteit Groningen, Universitair Medisch Centrum Groningen, Afdeling Bewegingswetenschappen, [4]Universiteit Groningen, Universitair Medisch Centrum Groningen, Afdeling Pathologie en Medische Biologie

A6 - Hersenletsel/beroerte 2, november 12, 2026, 13:20 - 14:20

Introductie en doel – Inspanning en fysieke activiteit spelen een essentiële rol in revalidatie na een beroerte, maar de onderliggende werkingsmechanismen zijn onvolledig begrepen. Biomarkers die reageren op inspanning—zoals exerkines, myokines, cytokinen en groeifactoren—worden verondersteld hierbij een rol te spelen. Het doel van deze systematische review is het beschrijven van de relatie tussen inspanning en serumspiegels van deze biomarkers bij mensen na een beroerte. Een beter begrip hiervan kan helpen verklaren waarom inspanningsinterventies effectief zijn en bijdragen aan gepersonaliseerde revalidatie.
Methode – De literatuur is systematisch gezocht in PubMed, Embase, CINAHL en Web of Science tot mei 2025, volgens PRISMA-richtlijnen. De zoekstrategie omvatte termen voor personen met een beroerte, inspannings- of trainingsinterventies, en serum- of plasmabiomarkers. Twee onderzoekers verrichtten onafhankelijk screening en biasbeoordeling.
Resultaten – Van 1346 artikelen werden 16 studies geïncludeerd. Inspanning was geassocieerd met een toename van de myokine irisine, de anti-inflammatoire cytokinen IL-10 en IL-11, en de groeifactoren VEGF en IGF-1, terwijl de pro-inflammatoire cytokinen IL-6 en TNF-α afnamen.
Conclusie – Inspanning beïnvloedt biomarkers die mogelijk samenhangen met herstel, neuroplasticiteit, angiogenese en inflammatie, en daarmee een rol kunnen spelen in gepersonaliseerde fysieke training tijdens revalidatie. De klinische betekenis en dynamiek van deze veranderingen zijn grotendeels onbekend. Ons vervolgonderzoek richt zich op real-time monitoring van acute biomarkerveranderingen na inspanning en de relatie met klinische uitkomsten en trainingsdata. Patiënten worden actief betrokken door hun behoeften, ervaringen en biomarkerprofielen te gebruiken om gepersonaliseerde revalidatieprogramma's te ontwikkelen en optimaliseren.

O21

Elke stap telt: de IC-herstelkaart voor persoonsgerichte revalidatie

Msc Hélène Krijger[1], MSc Carmen Buist[1], Dr. Marike van der Schaaf[1,2]
[1]Amsterdam Umc, [2]Research Institute Amsterdam Movement Sciences

A7 - Diverse diagnose groepen 1, november 12, 2026, 13:20 - 14:20

Onderwerp:
Innovatie in revalidatie: de ontwikkeling en implementatie van de IC Herstelkaart, een visueel hulpmiddel dat weekdoelen, mijlpalen en persoonlijke informatie inzichtelijk maakt voor IC-patiënten, hun familie en het zorgteam.

Relevantie:
De Intensive Care (IC) Herstelkaart draagt bij aan persoonsgerichte revalidatie door patiënten te ondersteunen bij het stellen van persoonlijke doelen, het volgen van hun voortgang en het behouden van regie over hun herstelproces. Daarnaast faciliteert de kaart de communicatie en afstemming tussen patiënt en zorgverleners, waardoor zorg beter aansluit op de individuele behoeften.

Patiënten participatie in het innovatieproces:
De IC Herstelkaart is ontwikkeld in nauwe samenwerking met ex-IC-patiënten, familieleden, fysiotherapeuten, IC-verpleegkundigen en artsen. Patiënten en familieleden leverden een actieve bijdrage via interviews, feedbackrondes en het testen van prototypes. Hun ervaringen en wensen stonden centraal bij de ontwikkeling, vormgeving en inhoud van de IC Herstelkaart.

Huidige status:
De kaart is getest op de IC van Amsterdam UMC, locatie AMC. Patiënten, familieleden en zorgverleners waarderen vooral het inzichtelijk maken van persoonlijke doelen, het vieren van kleine mijlpalen, en de ruimte voor persoonlijke informatie en motivatie. Praktische aandachtspunten zijn het verder personaliseren van doelen, het stimuleren van consistent gebruik van de kaart en het waarborgen van de privacy bij het gebruik van foto's.

Plan van aanpak:
Momenteel wordt de implementatie verder geëvalueerd en geoptimaliseerd. Ervaringen en feedback van patiënten, familieleden en zorgverleners worden systematisch verzameld en gebruikt voor verdere ontwikkeling. Het doel is duurzame inbedding in het revalidatieproces op de IC en opschaling naar andere afdelingen en ziekenhuizen.

O22

Gepersonaliseerde revalidatie voor mensen met myositis en ernstige vermoeidheid (PRO-FIT): eerste resultaten van een pilot gerandomiseerde studie

MSc Nienke Heida[1,2], MD, PhD Joost Raaphorst[3,4], PhD Hans Knoop[5,6], MD, PhD Annerieke van Groenestijn[1,2], MD, PhD Nicole Voet[7], PhD Johanna van Dongen[8,9], PhD Isaline Eijssen[1,9], MD, PhD Johan Lim[10], MD, PhD Frans Nollet[1,2], PhD Eric Voorn[1,2]
[1]Afdeling Revalidatiegeneeskunde, Amsterdam UMC, locatie Universiteit van Amsterdam, [2]Amsterdam Movement Sciences, Revalidatie & Development, [3]Afdeling Neurologie, Amsterdam UMC, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam Neuroscience, [4]Amsterdam Neuroscience, Neuroinfectie & Neuro-inflammatie, [5]Afdeling Medische Psychologie en Amsterdam Public Health Research Institute, Amsterdam UMC, Universiteit van Amsterdam, [6]Divisie Psychologie, Afdeling Klinische Neurowetenschappen, Karolinska Institutet, [7]Revalidatiecentrum Klimmendaal, Arnhem; Radboudumc, [8]Afdeling Gezondheidswetenschappen, Faculteit der Bètawetenschappen, Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam Public Health Research Institute, [9]Maatschappelijke Participatie en Gezondheid, Amsterdam Public Health Research Institute, [10]Basalt

A7 - Diverse diagnose groepen 1, november 12, 2026, 13:20 - 14:20

Introductie:
Myositis is de meest voorkomende verworven spierziekte bij volwassenen. Ondanks medicamenteuze behandeling ervaren veel patiënten aanhoudende vermoeidheid met beperkingen in het dagelijks functioneren.

Doel:
Het schatten van de effectgrootte en maatschappelijke kosten van een gepersonaliseerd revalidatieprogramma bij myositis en ernstige vermoeidheid.

Patiënten:
Twintig volwassenen (18–68 jaar) met medicamenteus uitbehandelde myositis en ernstige vermoeidheid.

Klinische relevantie:
Inzicht in doelgerichte revalidatiezorg bij myositis voor een toekomstige trial.

Methode:
In deze multicenter pilotstudie werden deelnemers 1:1 gerandomiseerd naar een zes maanden durend gepersonaliseerd revalidatieprogramma (fysieke training, cognitieve gedragstherapie of een combinatie) of gebruikelijke zorg. De primaire uitkomst was het door de patiënt ervaren dagelijks functioneren (COPM-uitvoeringsscore). Groepsverschillen na de interventie werden geanalyseerd met ANCOVA, gecorrigeerd voor baselinewaarden en proporties patiënten met verbetering werden berekend. Vanwege de pilotopzet werden effectgroottes geschat.

Resultaten:

Van de 20 gerandomiseerde deelnemers voltooiden 18 de studie (gemiddelde leeftijd 51,5 jaar [SD 10,7]; 85% vrouw, laatste meting 3 juni 2026). De gemiddelde verbetering bedroeg 1,0 (SD 1,2) versus 0,6 (SD 0,5) COPM-punten in de interventie- en controlegroep. ANCOVA-analyse liet geen statistisch significant groepsverschil zien op COPM-uitvoeringsscore (gecorrigeerd verschil 0,42; 95%-BI −0,56 tot 1,40; p=0,38; partiële eta-kwadraat= 0,19 [95%-BI 0,00 tot 1,00]). Een klinisch relevante verbetering (≥2 COPM-punten) werd bereikt door 22% in de interventiegroep versus 0% in de controlegroep.

Discussie:
De pilotdata faciliteren een powerberekening en onderbouwen de haalbaarheid van een grotere trial. Uitgebreidere data volgen op het congres.

Klinische boodschap:
Vermoeidheid is een veelvoorkomende klacht bij chronische myositis waarvoor verschillende revalidatiegeneeskundige behandelingen kunnen worden onderzocht in klinische trials.

O23

Implementatie van Exposure in Vivo voor aanhoudende pijn in Nederland. Gewoon doen!

Dr Marissa Gerards[1,2,3], Dr Thijs van Meulenbroek[1,2], Dr Albere Köke[1,2,3,4], Prof. dr. Jeanine Verbunt[1]
[1]Vakgroep Revalidatiegeneeskunde, Care and Public Health Research Institute (CAPHRI), Universiteit Maastricht, [2]Expertisecentrum Chronische Pijn, Kenniscentrum, Adelante Zorggroep, [3]Zuyd Hogeschool, [4]Netwerk Pijnrevalidatie Nederland

A7 - Diverse diagnose groepen 1, november 12, 2026, 13:20 - 14:20

Introductie
Aanhoudende musculoskeletale pijn (AMP) veroorzaakt aanzienlijke beperkingen in functioneren, hoge zorgconsumptie en verminderde kwaliteit van leven. Angst voor bewegen speelt hierbij vaak een centrale rol. Exposure in vivo (EIV) is een bewezen (kosten)effectieve revalidatiebehandeling, maar wordt nog beperkt toegepast in revalidatiecentra en eerste lijn.

Doel
Het versneld implementeren van EIV binnen eerste en tweede lijn en identificeren van belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie.

Patiënten/doelgroep
Volwassenen met AMP

Toegevoegde waarde/ klinische relevantie
Door EIV toegankelijker te maken in beide lijnen wordt effectieve passende zorg dichter bij de patiënt georganiseerd.

Patiëntenparticipatie
Patiënten waren als adviseurs lid van de klankbordgroep en betrokken bij opzet en uitvoering.

Methode
Zorgprofessionals uit de eerste (n =100) en tweede lijn (n = 150) werden geschoold in EIV en namen deel aan regionale intervisie rondom elk revalidatiecentrum van het Netwerk Pijnrevalidatie Nederland. Patiënten vulden vragenlijsten in vóór en na EIV behandeling. Implementatie-ervaringen werden verzameld via semigestructureerde interviews en focusgroepen met patiënten (n= 12) en zorgprofessionals (n= 24).

Resultaten
Van de 83 aangemelde patiënten namen 58 deel aan het cohortonderzoek. Hun functioneren verbeterde significant (17 punten op de Pain Disability Index). Patiënten rapporteerden vermindering van angst, weer hervatten van activiteiten en verbeterde kwaliteit van leven. Bevorderende factoren voor implementatie waren een duidelijk

behandelprotocol, scholing en intervisie, korte communicatielijnen. Belemmeringen betroffen beperkte behandelcapaciteit en planningsproblemen.

Discussie en conclusie en klinische boodschap
EIV is goed uitvoerbaar in eerste en tweede lijn en vergroot toegang tot effectieve behandeling, met sneller herstel en beter functioneren voor patiënten met CMP.

O24

HAALBAARHEID EN VALIDITEIT VAN DE ADJUST-EVO VOOR HET OPTIMALISEREN VAN DE STIJFHEID VAN ENKEL-VOETORTHESEN BIJ NEUROMUSCULAIRE AANDOENINGEN

Yvette Keij[1,2], PhD Niels Waterval[1,2], ir. Cor Meijneke[3], prof. MD PhD Frans Nollet[1,2], prof. ir. PhD Jaap Harlaar[3], PhD Merel-Anne Brehm[1,2]
[1]Amsterdam UMC, Universiteit van Amsterdam, Afdeling Revalidatiegeneeskunde, [2]Amsterdam Movement Sciences, Rehabilitation & Development, [3]Technische Universiteit Delft, Department of Biomechanical Engineering

A7 - Diverse diagnose groepen 1, november 12, 2026, 13:20 - 14:20

Introductie: Enkel-voetorthesen (EVOs) verbeteren het looppatroon bij mensen met kuitspierzwakte door neuromusculaire aandoeningen (NMA). Voor maximaal effect, dient de EVO-stijfheid individueel te worden geoptimaliseerd. Dit kan door het doen van meerdere looptesten met meerdere handmatig verwisselbare veerstijfheden. Om het optimaliseren te versnellen, is de ADJUST-EVO ontwikkeld, waarvan de stijfheid tijdens het lopen kan worden aangepast.

Doel: Het evalueren van de haalbaarheid en validiteit van de ADJUST-EVO voor het optimaliseren van de EVO-stijfheid bij mensen met kuitspierzwakte.

Methode: 18 volwassenen met kuitspierzwakte door NMA werden geïncludeerd (12 mannen; leeftijd 67.9 ± 11.0 jaar). De optimale stijfheid werd bepaald op basis van het laagste energieverbruik gemeten gedurende 6-minuten looptesten met vijf EVO-stijfheden [2,8–6,6 Nm/graad]. Voor de ADJUST-EVO werd het energieverbruik bepaald met één 20-minutenlooptest waarin de stijfheid werd gevarieerd. Haalbaarheidsuitkomsten waren optimalisatietijd en bijwerkingen. Optimale stijfheid en tevredenheid vormden de validiteitsuitkomsten.

Resultaten: De optimalisatietijd was significant korter met de ADJUST-EVO dan de handmatige methode (165.3 ± 38.9 versus 220.5 ± 29.4 minuten; $p<0.001$). Tien deelnemers kregen lichte drukplekken en huidirritaties met de ADJUST-EVO. Bij 11/18 deelnemers werd dezelfde optimale stijfheid gevonden met beide methoden. Bij 6/18 was het verschil in optimale stijfheid 1 stijfheid, bij één was het verschil 2 stijfheden. Tevredenheid verschilde niet significant tussen de ADJUST-EVO en handmatige methode (7.12 ± 1.0 versus 6.73 ± 1.2; $p=0.297$).

Discussie: Met de ADJUST-EVO kan de EVO-stijfheid sneller worden geoptimaliseerd dan met de handmatige methode, terwijl de haalbaarheidsuitkomsten valide blijven. Technische doorontwikkeling en verbetering van draagcomfort zijn nodig voor brede klinische toepassing.

O25

Integratie van bio-elektrische impedantie analyse (BIA) in de zorg voor mensen met amyotrofische laterale sclerose (ALS)

Merle Kuiper[1,2], dr. Willeke Kruithof[1,2], Nicole Broekman[3], Janine Hoeijmakers[3], dr. Annemieke Kok[3], Janneke van Meel[3], prof.dr. Anne Visser-Meily[1,2], dr. Anita Beelen[1,2]
[1]Afdeling Revalidatie, Fysiotherapiewetenschap en Sport, Universitair Medisch Centrum Utrecht, [2]Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde, Universitair Medisch Centrum Utrecht en de Hoogstraat Revalidatie, [3]Afdeling Diëtetiek, Universitair Medisch Centrum Utrecht

A7 - Diverse diagnose groepen 1, november 12, 2026, 13:20 - 14:20

Introductie: Gewichtsverlies is een negatieve prognostische factor bij ALS. Met bio-elektrische impedantie analyse (BIA), kan onderscheid gemaakt worden tussen verlies van vetvrije massa (VVM) door spieratrofie en verlies van vetmassa (VM) door inadequate voedingsinname. BIA wordt standaard platliggend uitgevoerd, wat bij ALS uitdagend kan zijn door rolstoelafhankelijkheid, transfers en ademhalingsproblemen.

Doel: Haalbaarheid en patiëntacceptatie van BIA binnen de ALS-zorg onderzoeken, evenals de overeenkomst tussen links- en rechtszijdige en tussen liggende en zittende BIA-metingen.

Patiënten/doelgroep: Mensen met ALS, progressieve spinale musculaire atrofie of primaire laterale sclerose in de ALS-zorg in het UMC Utrecht.

Klinische relevantie: BIA geeft inzicht in (veranderingen in) VVM en VM en ondersteunt gerichter voedingsadvies o.b.v. lichaamssamenstelling.

Methode: BIA werd bilateraal gemeten in zowel liggende als zittende positie, waarbij de overeenkomst tussen links en rechts en tussen beide posities werd onderzocht met Bland-Altman analyses. Haalbaarheid werd bepaald aan de hand van het percentage voltooide metingen en patiëntacceptatie (visite 2, 10-puntenschaal, 3-items).

Resultaten: 48 mensen werden geïncludeerd. Percentage voltooide metingen was 73% (n=35/48) voor liggende en 96% (46/48) voor zittende metingen. Patiënten beoordeelden BIA als zeer acceptabel (n=23, mediaan[IQR]: 9[9-10]), niet belastend (1[1-2]) en niet confronterend (1[1-2]). Overeenkomst tussen liggende en zittende metingen was goed (gemiddeld verschil: -0.6 kg; limits of agreement: -1.8 tot 0.7 kg).

Conclusie:
Integratie van BIA is haalbaar en patiëntacceptatie is hoog. Zittende metingen vormen een goed alternatief wanneer liggend niet mogelijk is.

Klinische boodschap:
BIA-metingen dienen herhaaldelijk uitgevoerd te worden in de ALS-zorg. De frequentie van de metingen kan worden afgestemd op het individu.

O26

Perspectieven, ervaringen en tevredenheid met partiële hand- en vingerprothesen

Prof.dr. Corry Van Der Sluis[1], MSc Maaike Weegink[1], Dr Sietke Postema[1]
[1]Umcg

A8 - Diverse diagnose groepen 2, november 12, 2026, 13:20 - 14:20

Introductie: Partiële hand- en vingeramputaties komen relatief vaak voor. Sommige mensen met een dergelijke amputatie gebruiken hiervoor protheses. De afgelopen jaren zijn er veel innovatieve protheses op de markt gekomen. Of prothesegebruik leidt tot betere handfunctie en meer tevredenheid, is niet bekend.
Doel: Onderzoeken van perspectieven, ervaringen en tevredenheid van individuen met een partiële hand- of vingerprothese over hun functioneren.
Doelgroep: Volwassenen met een partiële hand- of vingeramputatie die een prothese voorgeschreven hebben gekregen.
Klinische relevantie: Gezien de hoge kosten van partiële hand- en vingerprothesen is het van belang om meer inzicht te verkrijgen in effecten op functioneren en tevredenheid.
Methode: Tien volwassenen namen deel aan semigestructureerde interviews. De domeinen van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) werden gebruikt om de interviewguide te structureren. De data werden geanalyseerd met de framework methode.
Resultaten: Ervaringen varieerden sterk over alle ICF-domeinen. Protheses boden vooral functionele voordelen bij specifieke activiteiten. Veel deelnemers ervoeren positieve psychosociale effecten van het prothesegebruik. Sociale steun bevorderde functioneren. Tevredenheid werd beïnvloed door prothese-eigenschappen en door de mate waarin functionele prestaties aansloten bij verwachtingen.
Discussie/Conclusie: Deelnemers toonden een grote variatie aan ervaringen. Psychosociale aspecten verdienen structurele aandacht binnen de prothesezorg. Een stepped care benadering is belangrijk, omdat veel deelnemers alternatieve strategieën gebruikten, zodat ze zonder prothese konden functioneren. Verwachtingsmanagement, via proefprothesen of keuzehulpen, kan bijdragen aan realistische verwachtingen en tevredenheid.
Klinische boodschap: De grote variatie aan ervaringen benadrukt het belang van een gepersonaliseerde benadering en stepped care aanpak bij het verstrekken van partiele hand- en vingerprotheses.

O27

Thuismonitoring na beenamputatie.

Zorg op afstand en de juiste amputatie patiënt op het spreekuur!

Dr Christof Smit[1], Drs Yvonne van der Ven[1]
[1]Tolbrug/ Jeroen Bosch Ziekenhuis

A8 - Diverse diagnose groepen 2, november 12, 2026, 13:20 - 14:20

Thuismonitoring na beenamputatie: digitale nazorg voor tijdige signalering

Auteurs: Dr. C.A.J. Smit, drs. Y. van de Ven

Instelling: Tolbrug Medisch Specialistische Revalidatie / Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's-Hertogenbosch

Onderwerp
Implementatie van digitale thuismonitoring voor patiënten na een beenamputatie met behulp van de Luscii-app.

Relevantie
Na een beenamputatie kunnen pijn, wonden en een verminderde prothese-pasvorm het functioneren beperken. Omdat klachten vaak pas bij de controle na drie maanden worden besproken, worden mogelijkheden voor vroege interventie gemist. Thuismonitoring ondersteunt zelfmanagement, verlaagt de contactdrempel en maakt tijdige signalering mogelijk.

Patiëntenparticipatie
Patiënten vullen thuis periodiek vragenlijsten in over prothesegebruik, pijn, wondjes en functioneren. In een eerste evaluatie (n=9) beoordeelden patiënten de begeleiding positief. Zij gaven aan zich veiliger te voelen, minder vaak een zorgverlener te hoeven bezoeken en beter te weten wat te doen bij klachten.

Huidige status
Tolbrug is het eerste revalidatiecentrum in Nederland dat deze vorm van nazorg inzet na een beenamputatie. Het aantal actieve deelnemers groeide van 7 (september 2025) naar 34 (april 2026), een toename van circa 5 nieuwe patiënten per maand.
Van januari t/m april 2026 werden:
* 6 chatcontacten gevoerd;
* 7 telefonische contacten geregistreerd;
* 8 foto's beoordeeld, ingestuurd door 5 patiënten.
Deze contacten leidden tot vroege signalering en gerichte ondersteuning zonder dat altijd een poliklinisch bezoek nodig was.

Plan van aanpak
Verdere opschaling en gebruik binnen de amputatiezorg, met evaluatie van patiënttevredenheid en zorggebruik.

O28

Pijn en functionele uitkomst in patiënten met een amputatie van de onderste extremiteit: een systematisch literatuuronderzoek.

Drs Guus A.H. Tendijck[1,2], Mw. Sara Zahir[2], Drs. Jan van Schaik[1], Prof. Dr. Martijn J.A. Malessy[2], Dr. Justus L. Groen[2], Dr. Hanneke van der Krogt[3]
[1]Afdeling Chirurgie, Leids Universitair Medisch Centrum, [2]Afdeling Neurochirurgie, Leids Universitair Medisch Centrum, [3]Afdeling Revalidatiegeneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum

A8 - Diverse diagnose groepen 2, november 12, 2026, 13:20 - 14:20

Doel: Inzicht verkrijgen in de invloed van postamputatiepijn, in het bijzonder fantoom- en stomppijn, op de functionele uitkomst na een beenamputatie middels een systematisch literatuuronderzoek.

Klinische relevantie: Alhoewel bekend is dat chronische pijn het dagelijks leven beïnvloedt, is de impact van postamputatiepijn op de functionele uitkomst nog onduidelijk. Inzicht hierin is essentieel voor gepersonaliseerde patiëntenzorg en gerichte pijninterventies.

Zoekstrategie: Er werd gezocht in Pubmed, Embase, Web of Science, the Cochrane Library en Academic Search Premier naar studies over postamputatiepijn en functie, gepubliceerd van 1 januari 2000 tot en met 19 februari 2026.

Selectie van artikelen: Studies werden geïncludeerd indien zij de relatie tussen postamputatiepijn en functionele uitkomst onderzochten, minimaal drie maanden na een transfemorale tot transtibiale amputatie.

Evaluatie van artikelen en resultaten: Na screening van 8.946 studies werden 41 studies geïncludeerd door twee onafhankelijke onderzoekers. Tien studies (24%) waren van goede kwaliteit, 27 (66%) van matige kwaliteit en vier (10%) van slechte kwaliteit. De meeste patiënten waren jonger dan 65 jaar en geamputeerd door trauma. Meer dan 30 functionele uitkomstmaten werden geïdentificeerd en gecategoriseerd in prothesegebruik, mobiliteit, algemene dagelijkse levensverrichtingen, fysieke kwaliteit van leven en participatie. Zowel fantoompijn als stomppijn waren geassocieerd met slechtere uitkomsten in alle vijf categorieën.

Conclusie: Deze review suggereert dat zowel fantoompijn als stomppijn geassocieerd zijn met een slechtere functionele uitkomst na een beenamputatie. De heterogeniteit in uitkomstmaten beperkt echter de vergelijkbaarheid tussen studies. Gestandaardiseerde metingen van pijn en functionele uitkomsten zijn nodig om pijninterventies beter te sturen en de kwaliteit van leven te verbeteren.

O29

Veiligheid en effectiviteit van botulinetoxine type A bij pijn en discomfort bij kinderen en volwassenen met ernstige meervoudige beperkingen

MSc Esther Calame[1], dr. Cacha Peeters[1], drs. Lies van Overbeeke[1]
[1]Basalt

A8 - Diverse diagnose groepen 2, november 12, 2026, 13:20 - 14:20

Introductie
Mensen met ernstige meervoudige beperkingen (EMB) vormen een kwetsbare groep. Spasticiteit en dystonie kunnen vaak pijn en discomfort veroorzaken in het dagelijks leven. Botulinetoxine type A (BoNT-A) wordt veel gebruikt bij neurologische bewegingsstoornissen, maar de toepassing bij EMB is vooralsnog beperkt.

Doel
Is behandeling met BoNT-A veilig en effectief voor de behandeling van pijn en discomfort bij EMB-patiënten?

Patiënten/doelgroep
Kinderen en volwassen met EMB die tussen september 2022 en december 2025 BoNT-A-behandeling ontvingen bij Basalt Den Haag.

Toegevoegde waarde / klinische relevantie
BoNT-A kan spasticiteit verminderen en daarmee het comfort verbeteren en dagelijkse verzorging vergemakkelijken.

Patiëntenparticipatie
EMB-patiënten kunnen door hun beperkingen niet actief deelnemen. Wel werd de “Samen beslissen” tool toegepast met de verzorgers.

Methode
Een retrospectieve single-center observationele studie, waarin gegevens over indicaties voor BoNT-A, geïnjecteerde spieren, technische uitvoerbaarheid en bijwerkingen werden verzameld. Effectiviteit werd na behandeling gerapporteerd als geen, klein, middelgroot of groot effect.

Resultaten
De behandeling was technisch succesvol bij alle 23 patiënten. Bijwerkingen, met name kleine hematomen, traden op bij 6/23 (26%) van de patiënten. Een middelgroot/groot effect werd gerapporteerd bij 17/23 (74%) van de patiënten; 22/23 (96%) rapporteerde enige verbetering. In bovenste extremiteiten liet 6/7 (86%) een middelgroot-groot effect zien, in onderste extremiteiten 12/16 (75%).

Discussie en conclusie

BoNT-A is veilig, uitvoerbaar en kan het comfort en de verzorgbaarheid bij patiënten met EMB verbeteren. Prospectief onderzoek is nodig voor verdere bevestiging van deze effectiviteit.

Klinische boodschap
BoNT-A kan (eerder) overwogen worden als behandelmogelijkheid voor patiënten met EMB ter verhoging van comfort.

O30

Prospectieve pilotstudie naar het effect van neuromusculaire elektrische stimulatie op brain-derived neurotrophic factor en cognitie bij mensen met een dwarslaesie

Danée Kleijnen[1], Msc Jochem Deckers[1], MD, PhD Charlotte Van Laake-Geelen[1,2], PhD Oron Levin[4,5], Margot Warin[6], PhD Martijn Van Griensven[6], PhD Nerijus Masiulis[4], MD, PhD Jeanine Verbunt[2,3], MD, PhD Wouter Vints[2,3,4]
[1]Maastricht University, Faculty of Health Medicine and Life Science, [2]Maastricht University, Department of Rehabilitation Medicine Research School CAPHRI, [3]Adelante Zorggroep, Centre of Expertise in Rehabilitation and Audiology, [4]Lithuanian Sports University, Department of Health Promotion and Rehabilitation, [5]KU Leuven, Biomedical MRI Unit, Department of Imaging and Pathology, Group Biomedical Sciences, [6]Maastricht University, Department of Cell Biology-Inspired Tissue Engineering, MERLIN Institute for Technology-Inspired Regenerative Medicine

A8 - Diverse diagnose groepen 2, november 12, 2026, 13:20 - 14:20

Introductie: Cognitieve stoornissen komen 15x vaker voor bij mensen met een dwarslaesie dan bij gezonde leeftijdsgenoten. Fysieke inspanning kan cognitie verbeteren, maar is vaak lastig uitvoerbaar. Neuromusculaire elektrische stimulatie (NMES) kan mogelijk, via myokinen zoals brain-derived neurotrophic factor (BDNF), een positief effect hebben op cognitie.

Doel: Onderzoeken van het effect van een 12-weken durende NMES-interventie op cognitie en BDNF-levels bij volwassenen met een dwarslaesie.

Populatie: Chronische dwarslaesie (> 1 jaar na laesie)

Klinische relevantie: Inzicht in niet-invasieve interventies die cognitieve achteruitgang bij dwarslaesie mogelijk beperken.

Patiëntenparticipatie: Geen betrokkenheid bij studieopzet.

Methode: Prospectieve single-arm pilotstudie. De interventie bestond uit een thuistraining: 30 minuten bilaterale quadriceps NMES, om de dag, gedurende 12 weken. Cognitie werd op vier meetmomenten beoordeeld met een neuropsychologische testbatterij. BDNF-levels werden bepaald met ELISA-analyses van veneuze bloedmonsters.

Resultaten: 21 deelnemers werden geïncludeerd, waarvan 8 de studie voltooiden (gemiddelde leeftijd 55,8 ± 12,5 jaar; 78,9% man; laesielevels C3-L3; gemiddelde tijd sinds laesie 18.16 ± 15.33 jaar). 6 deelnemers verbeterden boven de Smallest Real Difference op minstens één cognitief domein en 1 deelnemer op BDNF-levels. Er werden geen significante veranderingen op groepsniveau of associaties tussen BDNF en cognitieve uitkomsten gevonden.

Discussie en conclusie: NMES leidde tot individuele verbeteringen in cognitieve subdomeinen en BDNF-levels, maar niet tot significante effecten op groepsniveau. Grotere studies zijn nodig om NMES-protocollen te optimaliseren en het effect van mogelijke beïnvloedende factoren te onderzoeken.

Klinische boodschap: NMES is een potentieel veelbelovende interventie voor het verbeteren van cognitie bij dwarslaesie, maar het bewijs op groepsniveau is nog beperkt.

Parallelsessie A/B: extra lange workshops

AB1 workshop: Reimagining Home Rehabilitation with AI: What Should We Build?

AB2 workshop: Press play for impact: functionele revalidatie begint bij de juiste game

AB-1

Reimagining Home Rehabilitation with AI: What Should We Build?

Dr. Bin Yu[1], Prof. Florentina Hettinga[2], Dr. Marike van der Leeden[3], Prof. Thomas Janssen[2], Dr. Huawei Wang[4]
[1]Digital Life Research Group, Amsterdam University of Applied Sciences, [2]Faculty of Behavioural and Human Movement Sciences, Vrije Universiteit Amsterdam, [3]Department of Rehabilitation Medicine, Amsterdam UMC, [4] wearm.ai

AB-1: Reimagining Home Rehabilitation with AI: What Should We Build?, november 12, 2026, 13:20 - 15:40

1. Session description

The number of people in the Netherlands living with at least one chronic condition will rise from 10.5 million in 2022 to 12 million by 2050. With inpatient rehabilitation increasingly compressed and most long-term recovery shifting to the home, scalable, user-friendly, AI-driven home rehabilitation technologies are urgently needed. However, in 2021, only 3% of Dutch eHealth solutions focused on rehabilitation.

This workshop introduces RehabAI@Home, a Dutch collaborative program that explores the use of AI technologies to develop scalable home rehabilitation solutions. The workshop combines: (1) short research presentations from three RehabAI@Home projects; (2) live, on-stage demonstrations of emerging home rehabilitation technologies, including wearable sensing, Digital Twin interfaces, conversational AI, and embodied intelligence systems; and (3) a structured co-design session for future AI-assisted home rehabilitation.

2. Three speakers with titles of their presentations
Prof. Dr. Florentina Hettinga, Professor, Department of Human Movement Sciences, Faculty of Behavioural and Human Movement Sciences, Vrije Universiteit Amsterdam

Dr. Marike van der Leeden, Associate Professor, Department of Rehabilitation Medicine, Amsterdam UMC
Dr. Bin Yu, Associate Professor, Digital Life group, Faculty of Digital Media and Creative Industries, Amsterdam University of Applied Sciences (HvA)

Talk 1 Speaker: Prof. Dr. Florentina Hettinga
Title: trAIn@home: a personalised AI coaching platform for people with acquired brain injury. trAIn@home project develops a personalised AI coaching platform for people with acquired brain injury, integrating wearable data and patient-reported outcomes to guide safe home exercise.
Talk 2 Speaker: Dr. Marike van der Leeden
Title: OPRAH 2.0: personalised, multilingual coaching for recovery after major oncological surgery. OPRAH 2.0 targets recovery after major oncological surgery, using symptom monitoring and conversational AI to deliver personalised, multilingual coaching and inclusive support.
Talk 3 Speaker: Dr. Bin Yu
Title: AAA RehabTwin: a Digital Twin for home-based stroke rehabilitation. AAA RehabTwin focuses on stroke rehabilitation, combining wearable sensing, AI-based movement analysis, and augmented feedback to improve movement quality, adherence, and remote therapist monitoring.

3. Program structure (2 hours 15 minutes)
Part 1 — Research in the spotlight (30 min). Three short talks from RehabAI@Home projects on AI-supported home rehabilitation.
Part 2 — Live Demonstrations of AI-Empowered Home Rehabilitation (50 min). This session showcases emerging developments in sensing modules, AI models, and user interfaces designed for home rehabilitation. Through 3–5 live demonstrations, participants will explore how these technologies support rehabilitation in domestic settings and enable real-time interaction and feedback. Each demonstration is followed by a short five-minute open discussion with the audience.

Break (10 min).

Part 3 — Co-design: Envisioning roles, use scenarios, and concerns for future AI-enabled home rehabilitation (45 min). This session begins with a brief framing, followed by small-group discussions in which participants explore future AI in home rehabilitation from their professional perspectives. Guided by three lenses, including AI functions, application scenarios, and concerns and safeguards, each group develops concrete considerations for design and implementation. The session concludes with a plenary synthesis to capture key convergent and divergent insights in a shared output document.

Learning objectives:
This workshop brings together rehabilitation professionals, movement scientists, AI researchers, and engineers to share knowledge and insights in an interdisciplinary setting, enabling cross-fertilization of perspectives on the design and implementation of AI-enabled home rehabilitation. By the end of the workshop, participants will 1) gain insight into the latest developments and research outcomes from three newly developed projects within the

RehabAI@Home program; 2) critically discuss, evaluate, and envision the roles of AI functions in home-based rehabilitation; 3) identify clinical scenarios, opportunities, and challenges related to the use of AI in eRehabilitation; and 4) contribute concrete recommendations for the development of AI-enabled home rehabilitation solutions.

AB-2

Press play for impact: functionele revalidatie begint bij de juiste game

Dr. Ingrid van der Veer[1], Dr. Ryanne Lemmens[1], Drs. Suzie Breikers[2], Dhr. Coen de Haan[3], Em. Prof. Dr. Eugene Rameckers[1,4,5]
[1]Kenniscentrum Adelante Zorggroep, [2]Lectoraat Resilient Design Practice, Zuyd Hogeschool, [3]Kinderrevalidatie Adelante Zorggroep, [4]Faculteit Revalidatiewetenschappen, Universiteit Hasselt, [5]Faculteit Revalidatiegeneeskunde, Universiteit Maastricht

AB-2: Press play for impact: functionele revalidatie begint bij de juiste game, november 12, 2026, 13:20 - 15:40

Achtergrond
Serious gaming wordt erkend als waardevolle aanvulling binnen de kinderrevalidatie. Door therapie af te stemmen op de belevingswereld en interesses van kinderen, kan gaming motivatie en therapietrouw vergroten, actieve oefentijd verlengen en zorgen voor variatie en meer gepersonaliseerde behandeling, waarin functionele diagnostiek en therapie geïntegreerd worden. Daarnaast bieden verschillende gamevormen (zoals digitale beeldschermen, interactieve oppervlakten en virtuele omgevingen) uitgebreide mogelijkheden om de context te manipuleren en motorische leerprincipes flexibel en doelgericht toe te passen, afgestemd op de individuele behoeften van kinderen.

Bij het toepassen serious gaming is het cruciaal dat de gekozen game aansluit bij individuele therapiedoelen en specifieke motorische leerbehoeften van het kind. Actieve participatie van het kind is vereist, net als het gebruik van doelgerichte, taakgerichte en context gebonden games. Een taakanalyse van dagelijkse activiteiten die de participatie van het kind belemmeren is daarbij essentieel om te bepalen wat een kind nodig heeft van therapie, inclusief serious gaming. Daarnaast is inzicht in game-design en kennis van game-elementen noodzakelijk om dit concept effectief toe te passen.

Hoewel motorisch leren het fundament is van evidence-based taakgerichte interventies, worden motorische leerprincipes nog beperkt geïntegreerd in bestaande serious games [5]. Het herkennen en doelgericht manipuleren van deze elementen is van groot belang om gaming op maat in te zetten.

Leerdoelen
Na afloop van deze workshop zijn deelnemers in staat om:
- Het concept serious gaming te relateren aan taakanalyse en motorisch leren binnen de kinderrevalidatie.
- Relevante game-elementen te herkennen en passende games te selecteren op basis van individuele behandeldoelen en leerbehoeften van het kind.

- Motorische leerprincipes in games te herkennen en doelgericht te manipuleren om therapie op maat vorm te geven.
- Te reflecteren op opgedane inzichten en eerdere ervaringen met serious gaming.

Sprekers
Voorzitter: Ingrid van der Veer
Sprekers:
- Em. Prof. Dr. Eugène Rameckers, Senior Onderzoeker Adelante Zorggroep, Em. Prof. Universiteit Maastricht, Em. Prof. Universiteit Hasselt
- Dr. Ryanne Lemmens, Senior Onderzoeker Adelante Zorggroep
- Dr. Ingrid van der Veer, Onderzoeker Adelante Zorggroep
- Dhr. Coen de Haan, Kinderfysiotherapeut Adelante Zorggroep
- Mevr. Suzie Breikers, junior onderzoeker en docent Zuyd Hogeschool

Indeling van het programma
- Spelenderwijs werken aan de F-words: serious gaming in de kinderrevalidatie (10 min.)
Introductie van de workshop (E. Rameckers)
- De sleutel tot gameselectie: een sterke taakanalyse (15 min.)
Interactieve lezing (E. Rameckers)
- Van game-design naar therapie-impact: waarom game-elementen ertoe doen (10 min.)
Lezing (S. Breikers)
- Aan de slag! Van taakanalyse naar passende game (30 min.)
Praktijk (C. de Haan)
- Motorisch leren als fundament: het MLC-model in vogelvlucht (15 min.)
Interactieve lezing (I. van der Veer)
- Gaming op maat: motorisch leren als sleutel tot effectieve revalidatie (10 min.)
Lezing (R. Lemmens)
- Aan de slag! Gaming op maat toegepast (30 min.)
Praktijk (C. de Haan)
- Discussie & Take-to-work messages (15 min.)
(Allen)

Meerwaarde voor revalidanten
Voor kinderen in de revalidatie biedt serious gaming een speelse manier om vaardigheden te oefenen die belangrijk zijn voor het dagelijks functioneren. Doordat therapie wordt afgestemd op hun interesses en belevingswereld, ervaren kinderen meer plezier en betrokkenheid, wat de motivatie en volhoudbaarheid van de behandeling vergroot. Serious gaming stimuleert actieve oefentijd, biedt afwisseling in oefeningen en maakt het mogelijk om motorische vaardigheden te trainen binnen betekenisvolle, functionele contexten die aansluiten bij activiteiten thuis, op school en tijdens spel. Door games doelgericht te koppelen aan individuele doelen en motorische leerprincipes, kan therapie beter worden afgestemd op de specifieke behoeften en mogelijkheden van elk kind. Dit vergroot de kans op effectief motorisch leren en draagt bij aan een betere participatie en zelfstandigheid in het dagelijks leven.

Parallel sessie B

B3. Mini-symposium: Dwarslaesieonderzoek in de schijnwerpers: betekenisvolle uitkomsten door verschillende methoden en samenwerking met de patiëntenvereniging
B4. Mini-symposium: Cognitieve revalidatie in de schijnwerpers: innovaties in diagnostiek en digitale behandeling
B5. Mini-symposium: Exposure bij aanhoudende pijn: van onderzoek naar praktijk met een blik op netwerkvorming
B6. Workshop: Netwerken in beweging: Familie-inclusief samenwerken om integrale zorg vorm te geven
B7. Mini-symposium: Van persoonlijke doelen naar lerende revalidatiezorg: de COPM als motor voor onderzoek, patiëntparticipatie en kwaliteitsverbetering
B8. Mini-symposium: Revalidatieonderzoek: van lokale academie via landelijke samenwerking tot internationale impact

B3

Dwarslaesieonderzoek in de schijnwerpers: betekenisvolle uitkomsten door verschillende methoden en samenwerking met de patiëntenvereniging

Dr. Rutger Osterthun[1], Aline Hakbijl - Van der Wind[2], dr. Janneke Stolwijk-Swüste[3], dr. Ingrid Kouwijzer[4], dr. Anke Tigchelaar[5]
[1]Rijndam Revalidatie en Erasmus MC, [2]Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht, De Hoogstraat Revalidatie, [3]Divisie Hersenen, Revalidatie, Fysiotherapiewetenschap & Sport (RF&S), UMC Utrecht en De Hoogstraat Revalidatie, [4]Reade en Vrije Universiteit Amsterdam, [5]Dwarslaesie Organisatie Nederland

B3: Dwarslaesieonderzoek in de schijnwerpers: betekenisvolle uitkomsten door verschillende methoden en samenwerking met de patiëntenvereniging, november 12, 2026, 14:25 - 15:40

In dit mini-symposium worden nieuwe inzichten en implicaties uit vier dwarslaesiestudies met verschillende onderzoeksmethoden gepresenteerd. Daarnaast wordt besproken hoe de Dwarslaesie Organisatie (DON) werkt aan een onderzoeksagenda gebaseerd op ervaringen, behoeften en signalen uit de leefwereld. Daarbij wordt verkend hoe ervaringskennis, praktijkervaring en wetenschappelijk onderzoek elkaar kunnen versterken binnen participatieve vormen van kennisontwikkeling. In de laatste presentatie wordt naast de uitkomsten van de InSCI-enquête, over leven met een dwarslaesie, ingegaan op hoe de samenwerking met de DON de uitkomsten van de enquête betekenis geeft.

Leerdoelen:
- Inzicht in hoe zorgprofessionals de optimale duur en intensiteit van klinische dwarslaesierevalidatie ervaren en welke factoren hierin bepalend zijn voor goede zorg
- Inzicht in het effect van intensiteit van training op uitkomsten van klinische dwarslaesierevalidatie
- Inzicht in de belangrijkste effecten van een trainingsperiode bij HandbikeBattle-deelnemers

- Inzicht in hoe kennisvragen vanuit de leefwereld van mensen met een dwarslaesie kunnen bijdragen aan participatieve kennisontwikkeling en richting kunnen geven aan (toekomstig) onderzoek.
- Inzicht in uitkomsten van de InSCI-enquête naar leven met een dwarslaesie in Nederland
- Inzicht in hoe samenwerking met de patiëntenvereniging (DON) uitkomsten van een project betekenis geeft.

Voorzitter/sprekers met titels van de presentaties
Voorzitter: Dr. R. Osterthun
A.J. Hakbijl: De juiste balans volgens zorgprofessionals: duur en intensiteit van klinische dwarslaesierevalidatie
Dr. J.M. Stolwijk-Swüste: Is meer therapie altijd beter? Ervaringen en resultaten van de internationale SCI-MT trial.
Dr. I. Kouwijzer: Een multicenter prospectief cohortonderzoek rondom de HandbikeBattle; uitkomsten en implicaties voor de praktijk
Dr. A. Tigchelaar: Van leefwereld naar onderzoeksagenda: Participatieve kennisontwikkeling binnen de Dwarslaesie Organisatie
Dr. R. Osterthun: Leven met een dwarslaesie in Nederland: betekenisvolle inzichten uit de Internationale Dwarslaesie Enquête (InSCI) door samenwerking met de DON

Indeling programma

5 min	Inleiding Dr. R. Osterthun
10 min	Spreker 1 A.J. Hakbijl
2 min	Vragen
10 min	Spreker 2 Dr. J.M. Stolwijk-Swüste.
2 min	Vragen
10 min	Spreker 3 Dr. I. Kouwijzer
2 min	Vragen
10 min	Spreker 4 Dr. A. Tigchelaar
2 min	Vragen
10 min	Spreker 5 Dr. R. Osterthun
2 min	Vragen
10 min	Algemene discussie

Meerwaarde voor patiënten
De nieuwe inzichten die besproken worden hebben een directe meerwaarde voor mensen met een dwarslaesie, bijvoorbeeld de vraag of meer training tijdens klinische revalidatie ook tot meer herstel leidt en wat de meerwaarde is van training voor een evenement als de HandbikeBattle. Daarnaast vertegenwoordigt één van de sprekers Dwarslaesie Organisatie Nederland, waarbij zij in gaat op hoe onderzoek meerwaarde krijgt voor mensen met een dwarslaesie.

Voertaal: Nederlands

B4

Cognitieve revalidatie in de schijnwerpers: innovaties in diagnostiek en digitale behandeling

Dr. Joris de Graaf[1], Dr. Teuni ten Brink[1], Dr. Dirk Bertens[2], Drs. Elbrich Jagersma[3], Prof. dr. Ineke van der Ham[4]
[1]UMC Utrecht, [2]Radboudumc, [3]Basalt, [4]Universiteit Leiden

B4: Cognitieve revalidatie in de schijnwerpers: innovaties in diagnostiek en digitale behandeling, november 12, 2026, 14:25 - 15:40

===Sessie omschrijving===
Cognitieve stoornissen komen voor bij de meerderheid van mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH) en hebben grote invloed op herstel, zelfredzaamheid en kwaliteit van leven. Veelbelovende innovaties op het gebied van diagnostiek, digitale monitoring en behandeling bieden kansen om de cognitieve revalidatie verder te versterken. Dit mini-symposium presenteert vier actuele ontwikkelingen met directe toepasbaarheid in de revalidatiepraktijk als rode draad.

Het mini-symposium trapt af met twee recente innovaties op het gebied van cognitieve diagnostiek: één gericht op de klinische revalidatiefase, één op de CVA-nazorg. Binnen een CVA-verbeterteam van vier revalidatiecentra (Basalt, Klimmendaal, Revant en Revalidatie Friesland) werd aanzienlijke praktijkvariatie in cognitieve diagnostiek vastgesteld, waarna op basis van richtlijnen en klinische expertise consensus werd bereikt over een flowchart en standaardset voor verkort neuropsychologisch onderzoek. Deelnemers krijgen inzicht in deze werkwijze en handvatten om deze direct toe te passen in het eigen centrum. Daarnaast wint de CVA eCoach-app terrein voor monitoring op afstand in de CVA nazorgfase. De vertaalslag van cognitieve screening op de nazorgpoli naar deze digitale omgeving brengt echter specifieke kansen en uitdagingen met zich mee die in dit symposium worden verkend. Deelnemers gaan naar huis met concrete inzichten over hoe cognitieve screening in een digitale nazorgomgeving vormgegeven kan worden.

Ten slotte worden twee evidence-based digitale behandelinterventies gepresenteerd. Karman Line Plan is een serious game gebaseerd op Goal Management Training, gericht op mensen met executieve functiestoornissen na NAH. Compensatiestrategieën worden in spelvorm geoefend, ondersteund door een smartphone-applicatie voor toepassing in het dagelijks leven. WegWijzer richt zich op navigatieproblemen, die voorkomen bij 30–50% van mensen met NAH maar in de praktijk vaak onopgemerkt blijven. Het programma combineert gevalideerde diagnostiek (de Wayfinding Questionnaire en de Leiden Navigatietest) met een zesweeks blended behandeltraject dat grotendeels zelfstandig thuis wordt uitgevoerd. Beide interventies zijn ontwikkeld via een gebruikersgericht ontwerpproces, geëvalueerd in gerandomiseerde gecontroleerde studies en worden momenteel geïmplementeerd in de Nederlandse revalidatiepraktijk.

===Leerdoelen===
Na de sessie:

- is de deelnemer bekend met een uniforme werkwijze voor cognitieve diagnostiek bij CVA/NAH-patiënten in de klinische fase, inclusief een flowchart en een standaardset voor een verkort neuropsychologisch onderzoek, die in het eigen centrum kan worden toegepast;
- herkent de deelnemer kansen en beperkingen van digitale cognitieve monitoring in de CVA-nazorg met de CVA eCoach-app;
- heeft de deelnemer kennisgemaakt met Karman Line Plan en WegWijzer, twee digitale cognitieve interventies, en weet de deelnemer hoe deze kunnen worden ingezet in de revalidatiepraktijk.

===Voorzitter/sprekers met titels van de presentaties===
- Voorzitter: Dr. Teuni ten Brink
- Drs. Elbrich Jagersma: Op weg naar uniforme cognitieve diagnostiek bij CVA/NAH patiënten in de klinische fase
- Dr. Joris de Graaf: Van cognitieve screening op CVA-nazorgpoli naar digitale eCoach-omgeving: kansen en uitdagingen voor de klinische praktijk
- Dr. Dirk Bertens: Karman Line: ontwikkeling, effectiviteit en implementatie van digitale strategietraining bij executieve functiestoornissen
- Prof. Dr. Ineke van der Ham: WegWijzer: diagnostiek en behandeling van navigatieproblemen na NAH

=== Indeling programma===
- Introductie - Dr. Teuni ten Brink (5 min)
- Presentatie 1 – Drs. Elbrich Jagersma (15 min)
- Presentatie 2 – Dr. Joris de Graaf (10 min)
- Presentatie 3 – Dr. Dirk Bertens (15 min)
- Presentatie 4 – Prof. Dr. Ineke van der Ham (15 min)
- Interactieve discussie met panel en publiek (15 min)

===Toegevoegde waarde voor patiënten===
Het symposium bevordert kennisdeling en implementatie van uniforme cognitieve diagnostiek en evidence-based behandeling binnen de revalidatiezorg. Hierdoor kunnen behandelaars cognitieve problemen bij mensen met NAH eerder herkennen en effectieve, digitale behandelingen inzetten, wat bijdraagt aan betere zorgkwaliteit voor deze kwetsbare patiëntengroep.

Voertaal mini-symposium: Nederlands
Qua planning: voorkeur voor donderdag (i.v.m. NVN congres vrijdag 13 november 2026)

B5

Exposure bij aanhoudende pijn: van onderzoek naar praktijk met een blik op netwerkvorming

Dr Thijs van Meulenbroek[1,2], Dr Marlies den Hollander[1,2], Drs Annelot Meeuwisse[3], Dr Véronique Moulaert[4], Drs Jan Groenewegen[5]
[1]Adelante Groep, [2]Maastricht University, [3]Revant, [4]UMCG Centrum voor Revalidatie, [5]CIR Expertisecentrum Chronische Pijn

B5: Exposure bij aanhoudende pijn: van onderzoek naar praktijk met een blik op netwerkvorming, november 12, 2026, 14:25 - 15:40

Afgelopen jaar is er veel commotie geweest rondom de Pijnrevalidatie en daarom wil de Werkgroep Pijnrevalidatie (WPN) bij dit DCRM congres laten zien welke mooie en innovatieve ontwikkelingen er gaande zijn. Hierbij leggen we graag de focus op het Exposure.NL onderzoek rondom de versnelde implementatie van deze toepassing zowel voor de eerste als tweede lijn binnen het samenwerkingsverband van het Netwerk Pijnrevalidatie Nederland (NPN).

Abstract:
Ongeveer één op de vier Nederlanders heeft dagelijks last van aanhoudende pijnklachten. Deze pijn beïnvloedt het functioneren op allerlei domeinen en verlaagt de kwaliteit van leven. Daarnaast brengt aanhoudende musculoskeletale pijn hoge zorg- en maatschappelijke kosten met zich mee. Exposure in Vivo (exposure) is een revalidatiebehandeling gericht op het doorbreken van de vicieuze cirkel van angst, vermijding en pijn. Onderzoek laat zien dat exposure effectief is in het verminderen van pijn-gerelateerde angst en functionele beperkingen bij zowel jongeren als volwassenen, met positieve effecten op pijnintensiteit, stemming en kwaliteit van leven. Binnen het Exposure.NL onderzoek hebben we de implementatie van exposure binnen het samenwerkingsverband van het NPN versneld alsook een toepassing voor de eerste lijn ontwikkeld rondom de centra van NPN. Deze netwerkzorg biedt niet alleen de mogelijkheid om de behandeling beter aan te laten sluiten bij de complexiteit van klachten, maar maakt deze vorm van behandelen mogelijk eerder en voor meer patiënten toegankelijk.

Leerdoelen:
- Wat is exposure en wie komt hiervoor in aanmerking?
- Hoe is de implementatie van exposure in de 2de lijn verlopen?
- Hoe is de exposure interventie voor de 1ste lijn ontwikkeld?
- Wat zijn de kansen en belemmeringen van deze netwerkzorg?

Programma:
- Wat is exposure en wie komt hiervoor in aanmerking? Uitleg over de theoretische achtergrond, evidentie en aandachtspunten voor indicatiestelling. (20 min inclusief vragen); Marlies den Hollander.
- Hoe is de implementatie van exposure in de 2de lijn verlopen? Wat zijn de ervaringen, belemmerende en bevorderende factoren van de implementatieprofessionals binnen de NPN centra? (20 min inclusief vragen); Annelot Meeuwisse.

- Hoe is de exposure interventie voor de 1ste lijn ontwikkeld en welke eerste stappen zijn gezet om deze behandeling te implementeren in de eerste lijn? (20 min inclusief vragen); Thijs van Meulenbroek.
- Afsluiting / interactie over de kansen en belemmeringen van deze netwerkzorg met zowel input vanuit de deelnemers als de resultaten vanuit het Exposure.NL onderzoek (15 min); Véronique Moulaert & Jan Groenewegen

B6

Netwerken in beweging: Familie-inclusief samenwerken om integrale zorg vorm te geven

Dr Mattijs Alsem[1], Prof. Dr. Astrid Janssens[1], Drs Sophie Tooten[2], Drs Lisa-Maria van Klaveren[1,3], Anne Breure, Dr. Marjolijn Ketelaar[1], Dr. Inge Ahout[2]
[1]UMC Utrecht, [2]Radboudumc, [3]Amsterdam UMC

B6: Waarden en emoties van mensen met niet-aangeboren hersenletsel als vertrekpunt voor netwerkzorg., november 12, 2026, 14:25 - 15:40

In de kinderrevalidatie behandelen we kinderen met veelal complexe problematiek. Dikwijls zijn bij deze kinderen, naast de revalidatieprofessionals uit het eigen revalidatieteam, ook andere professionals betrokken: therapeuten uit de 1e, 2e en 3e lijn, huisartsen, medisch specialisten uit verschillende settings, maar ook school, gemeente en andere instanties. Vanuit ouders horen we vaak de roep om betere samenwerking: zij ervaren dat er onvoldoende wordt gecommuniceerd tussen de betrokkenen en dat de coördinatie van zorg vervolgens bij hen terecht komt. Dit is een forse extra belasting van ouders van deze kinderen. In deze sessie gaan we het hebben over netwerken in beweging om familie-inclusief samen te werken en te zwermen Hoe zien we onze rollen? Hoe kunnen we gezinsinclusieve zorg samen met ouders vormgeven en hoe zorgen we dat we dit zo goed mogelijk doen? Wat hebben we in de praktijk nodig om dit beter te organiseren? Welke informatie en communicatie zijn nodig om zorg gezamenlijk vorm te geven?
Ons onderzoeksproject De Zwerm richt zich op het verbeteren van hoe we de zorg met en rondom gezinnen beter kunnen organiseren. Het functioneren van dieren in een zwerm dient daarbij als inspiratiebron. Zwermen vogels functioneren zonder centrale aansturing/coördinatie, op basis van lokale interactie tussen individuen. In deze workshop gaan we samen met de deelnemers aan de slag om samenwerking in de zorg voor kinderen en gezinnen beter en inclusiever vorm te geven.
Leerdoelen:

- De deelnemer heeft inzicht in de voor- en nadelen van netwerkzorg
- De deelnemer neemt kennis van de concepten van familie-inclusieve en zwermzorg
- De deelnemer kan kennis toepassen om samenwerken te verbeteren

o Voorzitter/Sprekers en titels presentaties
Voorzitter: Mattijs Alsem
Sprekers

- Anne Breure
- Sophie Tooten
- Astrid Janssens
- Lisa-Maria van Klaveren

Indeling programma

- Mattijs Alsem 5': Inleiding en probleemstelling.

o Engagement van de deelnemers: tegen welke problemen loopt men in de praktijk aan?

o Wat zeggen protocollen en richtlijnen over samenwerking in zorgcoördinatie? Van patiëntgerichte naar familie-inclusieve zorg

- Anne Breure 7': De impact en rol van ouders in het huidige interprofessionele netwerk
- Sophie Tooten 7': Netwerkzorg en proactieve zorgplanning: hoe zien de netwerken er uit? Wat zijn bevorderende factoren voor betere interprofessionele samenwerking?
- Astrid Janssens 7': Gelijkwaardige samenwerking in de zorg met patiënten en hun ouders; enkele concepten
- Lisa van Klaveren 7': Wat is complexiteit van zorg? Van Netwerken naar Zwermen: wat betekent dat?
- In kleinere groepjes discussie over de vertaling van bovengenoemde concepten naar de praktijk 15': Hoe kun je dit toepassen en wat heb je daarvoor nodig? Wat zou 'zwermen' kunnen betekenen in de dagelijkse praktijk?
- Gezamenlijk Discussie 20' over inclusieve samenwerking inclusief barrières en facilitators.Hoe kunnen we zwermprincipes toepassen in de praktijk? Welke stappen kunnen in de toekomst helpen om gezinsinclusieve en zwermende zorg vorm te geven?
- Uitloop en afronding 5'

B7

Van persoonlijke doelen naar lerende revalidatiezorg: de COPM als motor voor onderzoek, patiëntparticipatie en kwaliteitsverbetering

Drs. Judith van Munster[1], Drs. Heleen Van der Wielen[1], Dr. Heleen Reinders-Messelink[2]
[1]Sint Maartenskliniek, [2]Revalidatie Friesland

B7: Van persoonlijke doelen naar lerende revalidatiezorg: de COPM als motor voor onderzoek, patiëntparticipatie en kwaliteitsverbetering, november 12, 2026, 14:25 - 15:40

De Canadian Occupational Performance Measure (COPM) wordt breed gebruikt om persoonlijke behandeldoelen en ervaren behandeluitkomsten inzichtelijk te maken. Toch blijft de toepassing vaak beperkt tot het individuele patiëntniveau. In dit mini-symposium laten we zien hoe COPM-data ook benut kunnen worden voor wetenschappelijk onderzoek, kwaliteitsverbetering en data-geïnformeerde zorg.
Aan de hand van recent onderzoek wordt getoond hoe de COPM gebruikt kan worden om patiëntrelevante behandeluitkomsten systematisch te evalueren. Daarnaast presenteren we een innovatieve aanpak waarbij COPM-uitkomsten worden gekoppeld aan ICF-domeinen, zodat landelijke vergelijking tussen revalidatiecentra meer betekenis krijgt dan een totaalscore alleen.
Patiëntparticipatie vormt een essentieel onderdeel van deze ontwikkeling. Binnen de stichting Revalidatie Impact (SRI) denkt een patiëntpartner actief mee over interpretatie, relevantie en toepassing van COPM-data voor kwaliteitsverbetering. Daarmee laten we zien hoe data-geïnformeerde zorg en patiëntperspectief elkaar kunnen versterken.
Na deze sessie kunnen deelnemers:

- beschrijven hoe COPM-data benut kunnen worden in wetenschappelijk onderzoek;
- uitleggen hoe koppeling van COPM-data aan ICF-domeinen meer interpretatiekracht geeft;
- reflecteren op de rol van patiëntparticipatie bij de ontwikkeling en toepassing van uitkomstinformatie;
- vertalen hoe PROM-data ingezet kunnen worden in spiegelgesprekken en kwaliteitsverbetering in de eigen praktijk.

Voorzitter: Judith van Munster, revalidatiearts
Sprekers met titels presentaties:
*Drs. Heleen van der Wielen, revalidatiearts – 'Van persoonlijke doelen naar evidence: COPM als uitkomstmaat in wetenschappelijk onderzoek'
Presentatie over recent onderzoek naar het gebruik van de COPM bij mensen met Charcot-Marie-Tooth, waarin persoonlijke doelen en behandeluitkomsten systematisch werden geëvalueerd.
* Dr. Heleen Reinders-Messelink, Senior onderzoeker– 'Van PROM naar kwaliteitsinformatie: COPM-data koppelen aan ICF-domeinen voor betekenisvolle benchmarking'
Presentatie over het lopende project waarin COPM-data uit de medisch specialistische kinderrevalidatie worden gemapt op ICF-domeinen om spiegelinformatie betekenisvoller en verfijnder te maken.
*Patiëntpartner/vertegenwoordiger stichting Revalidatie Impact -'Wat maakt uitkomstinformatie betekenisvol vanuit patiëntperspectief?'

Reflectie op hoe PROM-data daadwerkelijk bruikbaar worden voor betere zorg.

Programma-indeling
0–10 min: Introductie en positionering door Judith van Munster
10–30 min: COPM in wetenschappelijk onderzoek door Heleen van der Wielen
30–50 min: COPM–ICF mapping en landelijke benchmarking door Heleen Reinders-Messelink
50–65 min: Interactieve discussie met publiek – hoe maken we PROM-data klinisch betekenisvol vanuit patiëntperspectief? door patiëntpartner/vertegenwoordiger stichting Revalidatie Impact
65–75 min: Paneldiscussie, vragen en praktische take-home messages

Meerwaarde voor patiënten
Dit mini-symposium draagt direct bij aan patiëntgerichte zorg doordat persoonlijke uitkomsten niet alleen op individueel niveau worden gebruikt, maar ook systematisch worden benut om zorgprocessen te verbeteren. Door COPM-data inhoudelijk te verfijnen en te koppelen aan ICF-domeinen ontstaat rijkere spiegelinformatie voor behandelteams en revalidatiecentra.
De actieve betrokkenheid van een patiëntpartner versterkt de relevantie van deze ontwikkeling. Zo wordt niet alleen gekeken naar wat meetbaar is, maar vooral naar wat voor patiënten daadwerkelijk betekenisvol is. Dit ondersteunt kwaliteitsverbetering die beter aansluit bij patiëntbehoeften en behandeluitkomsten die er écht toe doen.

B8

Revalidatieonderzoek: van lokale academie via landelijke samenwerking tot internationale impact

Prof Dr Jan Groothuis[1], Prof dr Vincent de Groot[2], Prof dr Annemiek Buizer[2], Dr Maurice Sopacua[6], Drs Luikje van der Dussen[4], Dr Diane Oosterveer[5], Dr Joris de Graaf[3], Prof dr Anne Visser-Meily[3]
[1]Radboudumc, [2]AmsterdamUMC, [3]UMCU, [4]Revant, [5]Basalt, [6]MUMC+/Adelante
B8: Revalidatieonderzoek: van lokale academie via landelijke samenwerking tot internationale impact, november 12, 2026, 14:25 - 15:40

DCRM 2026 zet met het thema Revalidatieonderzoek in de schijnwerpers het vakgebied nadrukkelijk op de kaart. Niet door alleen resultaten te tonen, maar door te reflecteren op de positie, organisatie en zichtbaarheid van ons onderzoek. Revalidatiegeneeskundig onderzoek beweegt zich immers in een complex en dynamisch landschap: lokaal binnen UMC's en instellingen, nationaal in samenwerkingsverbanden en netwerken, en internationaal in consortia, subsidietrajecten en wetenschappelijke gremia.

In dit mini symposium verkent het Hooglerarenconvent Revalidatiegeneeskunde hoe Nederland zijn onderzoekspositie kan versterken. Centraal staat de vraag hoe we wetenschappelijke kwaliteit, academisering, talentontwikkeling, implementatiekracht en maatschappelijke impact sterker met elkaar verbinden. Het gaat daarbij niet om méér onderzoek, maar om strategischer onderzoek: zichtbaar bijdragen aan betere revalidatiezorg, opleiding, beleidsvorming en internationale profilering van het vak.

Na afloop kunnen deelnemers:
- het onderzoekslandschap duiden op (inter)nationaal niveau;
- benoemen welke keuzes nodig zijn voor een sterkere academische positionering;
- reflecteren op de rol van revalidatieartsen, onderzoekers, AIOS en instellingen in samenwerking en implementatie;
- concrete aangrijpingspunten formuleren om onderzoek lokaal en landelijk beter te verbinden met meerwaarde voor de patiënt.

Onder leiding van voorzitter Prof. dr. Anne Visser neemt een sterk panel van experts je mee in drie actuele thema's die de toekomst van het revalidatieonderzoek bepalen.

Presentatie 1 – Nederland op de kaart in internationaal revalidatieonderzoek
Prof. dr. Vincent de Groot, Prof. dr. Annemiek Buizer en Prof. dr. Jan Groothuis laten zien hoe Nederland zijn positie in internationale consortia, Europese onderzoeksnetwerken en subsidietrajecten kan versterken. Ze bespreken de noodzaak van herkenbare Nederlandse expertisegebieden en hoe strategische samenwerking leidt tot zichtbare wetenschappelijke profilering.

Presentatie 2 – Werken als revalidatiearts in een academische context
Dr. Maurice Sopacua belicht hoe onderzoek een onderscheidend profiel vormt binnen het UMC. Hij gaat in op de keuze voor werken binnen de academie, de verbinding met

onderwijs, zorg en opleiding, en het belang van academische tijd die zich vertaalt in aantoonbare output.

Presentatie 3 – Samenwerking binnen nationale infrastructuur, talentbeleid en academisering
Drs. Luikje van der Dussen, Dr. Diana Oosterveer en Dr. Joris de Graaf bespreken onder leiding van Prof. dr. Anne Visser hoe UMC's, revalidatiecentra en netwerken samen een krachtige nationale onderzoek infrastructuur kunnen bouwen. Ze gaan in op talentontwikkeling, loopbaanpaden en de cruciale koppeling tussen kennisontwikkeling en implementatie.

Presentatie 3 loopt over in de interactieve discussie.

Indeling programma
0–5 min: introductie door de voorzitter.
5–20 min: presentatie Nederland op de kaart in internationaal revalidatieonderzoek
20–35 min: presentatie Werken als revalidatiearts in een academische context
35–50 min: presentatie Samenwerking binnen nationale infrastructuur, talentbeleid en academisering
50–70 min: presentatie loopt over in een interactieve discussie met deelnemers
70–75 min: samenvatting en opbrengst: contouren van een gezamenlijke agenda voor sterker gepositioneerd revalidatieonderzoek door de voorzitter.

Parallel sessie C

C1. Mini-symposium: Revalidatie wordt leuker (en beter) met muziek!
C2. Workshop: Vitaliteit maakt de dokter beter!
C3. Mini-symposium: Pijnrevalidatie: voorwaarts vanuit de 3e lijn
C4. Mini-symposium: Van meten naar maatwerk: evidence-based inspanningstesten in de revalidatie
C5. Mini-symposium: Innovaties in de klinische gangbeeldanalyse relevant voor de revalidatie
C6. Mini-symposium: Zorg op afstand bij niet-aangeboren hersenletsel: virtual reality, simulaties, telerevalidatie en stepped care
C7: Mini-symposium: Current use of soft and rigid Exoskeletons in Spinal Cord Injury Rehabilitation
C8. Mini-symposium: Optimalisatie van Ademhalingsfunctie bij Spierzwakte: Therapie, Training en Technologie

C1

Revalidatie wordt leuker (en beter) met muziek!

Dr. (MD PhD) Diana Oosterveer[1], Dr (PhD) Rebecca Schaefer[2], Prof. dr. (PhD) Anja Volk[3], Dr. (PhD) Lousin Moumdjian[4]
[1]Basalt, [2]Universiteit Leiden, [3]Universiteit Utrecht, [4]Université libre de Bruxelles

C1: Revalidatie wordt leuker (en beter) met muziek!, november 13, 2026, 09:00 - 10:15

Sessieomschrijving

In dit mini-symposium zetten we revalidatieonderzoek in de schijnwerpers, meer specifiek het onderzoek naar hoe we revalidatie voor onze patiënten leuker en beter kunnen maken met muziek. Dit mini-symposium laat bij uitstek zien dat je revalidatieonderzoek niet alleen doet, maar interdisciplinair: nieuwe technologische ontwikkelingen en kennis is alleen bruikbaar als deze toepasbaar is in de (revalidatie)zorg en wordt ingezet op een behoefte vanuit de patiënt en zorgverleners. Vanuit verschillende perspectieven wordt de deelnemer meegenomen in de kennis van het effect van muziek op de hersenen en hoe we hier gebruik van kunnen maken in de revalidatiegeneeskunde. Er worden enkele concrete voorbeelden van toepassingen van muziek genoemd.

Leerdoelen:

1. Inzicht hebben in wat we weten en niet weten van het effect van muziek op de hersenen en hoe dit kan relateren aan mechanismen van revalidatie
2. Geïnspireerd raken om muziek op een evidence-based, interdisciplinaire manier in te zetten binnen de revalidatie
3. Kennis hebben van welke mogelijkheden er nu zijn en welke innovaties gaande zijn

Voorzitter/sprekers met titels van de presentaties en indeling programma:

Voorzitter: dr. D.M. (Diana) Oosterveer

Spreker: Prof.dr. A. (Anja) Volk
Presentatie (in Engels): Muziektechnologie voor gezondheid en revalidatie: een interdisciplinair onderzoeksgebied

In deze presentatie wordt de deelnemer meegenomen in hoe we inzichten in hoe mensen muzikale informatie verwerken kunnen gebruiken voor muziektechnologie gericht op gezondheid, en meer specifiek revalidatie. Voorbeelden worden geschetst van muzikale games en andere toepassingen voor verschillende soorten revalidatie in kinderen en volwassenen. Er wordt een inkijk gegeven in de interdisciplinaire samenwerking tussen o.a. informatici, therapeuten, psychologen en game designers, ie nodig is om dit soort technologie van meerwaarde te laten zijn voor revalidatie.

Spreker: dr. R.S. (Rebecca) Schaefer
Presentatie: Achterdeur naar het brein? Hoe muziek impact kan hebben bij revalidatie

Vanuit het perspectief van de klinische neuropsychologie, muziekpsychologie en cognitieve neurowetenschappen wordt besproken hoe muziek verwerkt wordt in het brein, met aandacht voor het ontwerpen van klinische toepassingen in de gezondheidzorg, en meer specifiek de revalidatie. Met specifieke aandacht voor de laatste inzichten in mogelijke werkingsmechanismen van muziek-gebaseerde interventies komen verschillende toepassingen aan bod, zoals het bewegen op muziek, muzikaal voorstellingsvermogen, en andere effecten van muziek, zoals emotie en beloning.

Spreker: dr. L. (Lousin) Moumdjian
Presentatie (in Engels): Muzikale ritmes in de revalidatie voor multiple sclerose

Het gebruik van muziek-gebaseerde interventies voor looprevalidatie bij personen met multiple sclerose zal worden besproken, met een focus op auditief motorische koppeling en de klinische relevantie. Hierbij zullen studies worden gepresenteerd gericht op synchronisatie in tik en looptaak, waarbij muziek en metronomen worden gebruikt bij voorkeurstempo, sneller en langzamer tempo. Deze studies dragen bij aan het bewijs voor de effecten op zowel loopkwaliteit als de ervaren fysieke en cognitieve vermoeidheid bij zowel relapsing-remitting en progressieve subtypes van Multipele Sclerose.

Vragen en discussie

NB. Indien mini-symposium wordt geaccepteerd, dan graag plannen op vrijdagochtend i.v.m. overige werkzaamheden van de sprekers

C2

Vitaliteit maakt de dokter beter!

Drs. Elsbeth Spakman - van de Graaf[1], drs. Anne Gorter[2], drs. Paul Dekker[1]
[1]Beroeps Belangen Commissie VRA, [2]Junior VRA

C2: Vitaliteit maakt de dokter beter!, november 13, 2026, 09:00 - 10:15

“Duurzame inzetbaarheid en werkplezier” is één van de zeven thema’s uit De Medisch Specialist 2035 van de Federatie Medisch Specialisten en maakt onderdeel uit van het VRA Beleidsplan 2026-2036 Veranderend Perspectief.
Vanuit het VRA beleidplan is het thema vormgegeven in verschillende doelen, onder andere: stimuleren professioneel leiderschap, bevorderen veilig en stimulerend opleidingsklimaat, streven naar een werkweek met ruimte voor alle taken, verminderen van werkdruk en administratielast en gezonde leefstijl op de werkvloer.
Bij de landelijke Inspiratiebijeenkomsten Duurzame Inzetbaarheid van de FMS (in 2025 en 2026) hebben meerdere medisch specialismen hun onderzoek naar Duurzame inzetbaarheid en/of Werkplezier gepresenteerd en verbeterpunten daaruit besproken. Zo is o.a. uit wetenschappelijk onderzoek bekend dat een vitalere dokter minder fouten maakt en dat collega’s een belangrijke rol spelen in werkplezier.
Tijdens een interactieve workshop nemen beroeps belangen commissie en de junior VRA de deelnemers meenemen in wat er bekend is uit wetenschappelijk onderzoek naar duurzame inzetbaarheid en werkplezier. We verbinden deze inzichten, die andere medisch specialismen hebben opgedaan, met ervaringen binnen ons eigen vakgebied waaronder de resultaten van de Junior VRA Vragenlijst Werkplezier 2026 en de VRA Loopbaanmonitor 2026.

Samenvatting opzet
In de workshop willen we de kaders schetsen van de uitkomsten van onderzoek naar Duurzame Inzetbaarheid en werkplezier. Deze kaders leggen we o.a. naast de resultaten uit de vragenlijst naar werkplezier van de junior VRA in 2026 en de loopbaanmonitor va de VRA in 2026. Hierna gaan we met de deelnemers interactief aan de slag met aandachtspunten en verbeterpunten om te komen tot meer vitaliteit en plezier op de werkvloer. Met als doel een vitale en duurzaam inzetbare dokter die met plezier het werk doet !

Hoofddoel:
De deelnemers hebben na het volgen van de workshop concrete handvatten om vanuit de eigen positie te werken aan vitaliteit en werkplezier

Onderwerp 1:
a Resultaten uit wetenschappelijk onderzoek onder medisch specialisten m.b.t. Duurzame Inzetbaarheid en werkplezier worden gedeeld
b Resultaten onderzoek vanuit organisatiepsychologie of ARBO (verder invulling en spreker volgt)
Leerdoelen 1:
1. De deelnemers weten:
- welke definitie(s) er zijn m.b.t vitaliteit en duurzame inzetbaarheid

- welke stressoren er uit (wetenschappelijk) onderzoek bekend zijn vanuit de andere medisch specialismen
- welke stressoren er bekend zijn uit onderzoek vanuit de organisatie psychologie (of ARBO)

Onderwerp 2:
Resultaten uit de vragenlijst werkplezier van de junior VRA en de loopbaanmonitor 2026 worden gepresenteerd
Leerdoel 2:
De deelnemers weten wat er leeft binnen ons eigen specialisme aangaande duurzame inzetbaarheid en werkplezier

Onderwerp 3:
Verbinding leggen tussen uitkomsten vragenlijsten en wat er bekend is t.a.v. stressoren uit wetenschappelijk onderzoek Leerdoel 3:
De deelnemers hebben inzicht in welke thema's binnen het eigen vakgebied in wetenschappelijk onderzoek zijn meegenomen en welke stressoren er op groepsniveau bekend zijn

Onderwerp 4:
Interactieve deel waarin de deelnemers elkaar hand-on concrete tips en adviezen geven om werkplezier te vergroten vanuit ervaren stressoren uit de praktijk
Leerdoel 4:
De deelnemers hebben na de workshop praktische handvatten om werkplezier te vergroten en te werken aan vitaliteit/duurzame inzetbaarheid

Onderwerp 5:
Tips van deelnemers linken aan uitkomsten uit wetenschappelijk onderzoek
Leerdoel 5:
De deelnemers hebben inzicht in welke activiteiten toepassen op de werkvloer om de eigen vitaliteit en werkplezier te verhogen vanuit wetenschappelijk onderzoek worden ondersteunt, nemen deze mee naar de eigen werkplek en gaan hier de volgende dag actief mee aan de slag!

C3

Pijnrevalidatie: voorwaarts vanuit de 3e lijn

Prof. Dr. Michiel Reneman[1], Dr. Michel Mertens[2], Prof. dr. Jeanine Verbunt[3]
[1]Universitair Medisch Centrum Groningen, [2]Universiteit Antwerpen, [3]Maastricht University
C3: Pijnrevalidatie: voorwaarts vanuit de 3e lijn, november 13, 2026, 09:00 - 10:15

Inleiding
De afgelopen jaren was het wetenschappelijk onderzoek in de pijnrevalidatie sterk gericht op de duiding van het ZIN (aantonen van effectiviteit). Er was mede daardoor beperkt ruimte voor het verbeteren van de effectiviteit, terwijl de effect sizes wel aanleiding geven om aan deze verbeteringen te werken. Deze sessie richt zich op de toekomst en de rol die de 3e lijn daarin kan (moet?) spelen. De sessie richt zich op 3 voorbeelden, die verenigd worden door het verbeteren van gepersonaliseerde revalidatie voor mensen met aanhoudende pijn.

Leerdoelen
1. Deelnemer heeft inzicht in de prevalentie en impact van pijn binnen de revalidatie in de niet-pijn diagnosegroepen
2. Deelnemer heeft inzicht in de waarde van voorspellingsmodellen en potentiële belemmeringen en ook voordelen bij het implementeren van de modellen in de praktijk
3. Deelnemer krijgt inzicht op nieuwe analysemogelijkheden voor gepersonaliseerde behandeling.

Presentaties: 3x20 min inclusief Q&A.

Prof. Dr. M.F. Reneman:
Titel: Secundaire pijn in de revalidatie; resultaten uit MUREVAN
Het hebben van pijn is echte niet gelimiteerd tot patiënten binnen de pijnrevalidatie. Dit werd echter niet systematisch bestudeerd, waardoor het minder goed in beeld was. Binnen de landelijke MUREVAN studie is systematisch bijgehouden hoeveel patiënten in de revalidatie last hebben van pijn, hoeveel pijn zij hebben en hoe sterk dit samenhangt met het functioneren. De resultaten worden gepresenteerd.

Dr. M.G.C.A.M. Mertens:
Titel: Voorspellingsmodellen in de revalidatiepraktijk: kansen en uitdagingen voor persoonsgerichte zorg
Voorspellingmodellen bieden belangrijke kansen voor gepersonaliseerde zorg binnen de gezondheidszorg, waaronder ook de revalidatiegeneeskunde, maar daadwerkelijke implementatie in de dagelijkse klinische praktijk blijft uitdagend en vaak beperkt. Extern gevalideerde voorspellingsmodellen en hun potentiële bijdrage aan persoonsgerichte en -gedeelde besluitvorming binnen de revalidatiezorg zullen worden gepresenteerd. Verder worden de voorlopige resultaten gepresenteerd van de implementatie van voorspellingsmodellen in de klinische praktijk en wordt gereflecteerd op de uitdagingen en kansen die ontstaan bij het implementeren van de voorspellingsmodellen. Aan de hand van praktijkcasuïstiek verkennen we hoe predictiemodellen verantwoord kunnen worden geïntegreerd in de revalidatiepraktijk.

Prof dr. J. Verbunt.
Titel Stappen in het objectiveren van gepersonaliseerde pijnrevalidatie
Dat we iedere patiënt een eigen programma geven gebaseerd op eigen doelen is allang een onderdeel van de medisch specialistische revalidatie. Die individuele focus is een meerwaarde van de medisch specialistische revalidatie en kan vaak alsnog het verschil maken als iemand in de eerstelijn niet verder komt. Vanuit technologische ontwikkelingen komen er steeds meer mogelijkheden het proces en de evaluatie van gepersonaliseerde behandeling te versterken en objectiveren. Zoals het gebruik van voorspellingsmodellen in de tweede presentatie om behandelsucces te voorspellen. Maar ook het gebruik van netwerkanalyse om de keuzen in de screening te ondersteunen met data. En de mogelijkheid om individuele trajecten te evalueren op basis van een SCED ofwel Single Case Experimental Design aanpak. Nieuwe technologische ontwikkelingen in analysen leiden dan ook vaak tot een stap voorwaarts in behandelontwikkeling. Enkele SCED-studies zullen worden gepresenteerd toegepast op nieuwe doelgroepen voor pijnrevalidatie op het gebied van secundaire pijnsyndromen.

Discussie olv Verbunt en Reneman (co-voorzitters): 30 min

C4

Van meten naar maatwerk: evidence-based inspanningstesten in de revalidatie

Drs Feikje Riedstra[2], Dr Roos Duijn[3], MSc Wessel Piersma[1], Dr Janneke Nachtegaal[4], Dr Loeke van Schaik[1]
[1]UMCG Centrum Voor Revalidatie, [2]Martini ziekenhuis, [3]UMCG Bewegingswetenschappen, [4]Heliomare

C4: Van meten naar maatwerk: evidence-based inspanningstesten in de revalidatie, november 13, 2026, 09:00 - 10:15

Sessie omschrijving inclusief leerdoelen:

Inspanningsfysiologie vormt een essentieel fundament voor evidence-based medisch specialistische revalidatie. Met objectieve metingen van cardiorespiratoire fitheid en relatieve energetische belasting kunnen therapieën en trainingen beter worden afgestemd op individuele fitheid. Daarnaast kunnen behandelresultaten en effectiviteit van de behandeling transparanter worden geëvalueerd. Binnen de dagelijkse revalidatiepraktijk bestaat echter nog een kloof tussen wetenschappelijke kennis, praktische uitvoering en implementatie.
Recent onderzoek, sportgeneeskundige toepassingen en praktijkvoorbeelden laten zien hoe inspanningstesten worden ingezet bij patiënten met beenamputaties, neurologische aandoeningen en in hartrevalidatie. Daarbij ligt de nadruk op de vertaling van objectieve metingen naar behandelbeslissingen, trainingsdosering, evaluatie van functionele prestaties voor verdere ontwikkeling en wetenschappelijke onderbouwing van de revalidatiebehandeling.
Door de samenhang tussen wetenschappelijk onderzoek, kliniek en implementatie te belichten, biedt dit symposium handvatten om inspanningsfysiologie duurzaam te integreren in multidisciplinaire revalidatiezorg.

Aan het einde van dit mini-symposium hebben deelnemers kennis van:
- De verschillende typen ergometers, hun toepassingsmogelijkheden binnen diverse revalidatiepopulaties en recente ontwikkelingen.
- Huidige toepassing van inspanningstesten en de praktische inbedding in de revalidatiezorg.
- Recente onderzoeksresultaten bij mensen met een CVA en hartrevalidatiepatiënten.
- De relatieve energetische belasting van dagelijkse activiteiten bij mensen met een beenamputatie.
- Kunnen deelnemers deze kennis vertalen naar meer persoonsgerichte, doelmatige training en behandeling.

Voorzitter/sprekers met titels van de presentaties:

Voorzitter: Leonie Krops, universitair docent UMCG Centrum voor Revalidatie
Sprekers:

- Drs. Feikje Riedstra, sportarts Martini Ziekenhuis – Revalideren is topsport, maar benaderen we het wel zo?
- Dr. Roos Duijn, postdoc onderzoeker UMCG Bewegingswetenschappen – Optimalisatie van de Cruiser 2.0 arm-been ergometer
- Wessel Piersma, MSc., fysiotherapeut en gezondheidswetenschapper UMCG Centrum voor Revalidatie – Toepassing van CPET in UMCG Centrum voor Revalidatie & inspanningscapaciteit van hartrevalidatie patiënten
- Dr. Janneke Nachtegaal, senior onderzoeker Heliomare – Toepassing van CPET in Heliomare & inspanningscapaciteit na CVA
- Dr. Loeke van Schaik, revalidatiearts UMCG Centrum voor Revalidatie – Relatieve energetische belasting van dagelijkse activiteiten na beenamputatie

Indeling programma:

1. Welkom en introductie, met relevantie voor en door patiënt – 5 min
2. Presentaties – 5x10 min
3. Plenaire discussie – 15 min
4. Afsluiting en take-home messages – 5 min

Meerwaarde voor patiënten:

Dit mini-symposium draagt direct bij aan betere zorg voor revalidatiepatiënten doordat inspanningstesten helpen om de behandeling beter af te stemmen op wat een patiënt daadwerkelijk aankan. Door maximale inspanningscapaciteit te bepalen kunnen trainingszones individueel worden bepaald. Door objectief te meten hoe zwaar dagelijkse activiteiten en training zijn, kan over- of onderbelasting worden voorkomen. Dit maakt trainen effectiever, veiliger en beter afgestemd op persoonlijke doelen zoals zelfstandigheid in het dagelijks leven, werkhervatting of sport. Daarnaast krijgen zorgprofessionals beter inzicht in de voortgang van revalidatie, waardoor patiënten gerichter feedback krijgen en meer betrokken worden bij hun eigen behandelproces. Uiteindelijk leidt dit tot een revalidatietraject dat beter aansluit bij de mogelijkheden, grenzen en wensen van de individuele patiënt, met als doel een hogere kwaliteit van leven en duurzamere revalidatieresultaten.
De ontwikkeling van nieuwe ergometers zorgt ervoor dat we de cardiorespiratoire fitheid ook bij patiënten met balansproblemen of patiënten na beenamputatie veilig en valide kunnen bepalen.

Voertaal: Nederlands

C5

Innovaties in de klinische gangbeeldanalyse relevant voor de revalidatie

Dr Niels Waterval[1], Dr Marjolein van der Krogt[1], Gaia van den Heuvel[1], Sarah Dekker[2], Liza van Dijk[1], Dr Helga Haberfehlner[1]
[1]Amsterdam Umc, [2]Reade

C5: Innovaties in de klinische gangbeeldanalyse relevant voor de revalidatie, november 13, 2026, 09:00 - 10:15

Sessie omschrijving en leerdoelen
Gangbeeldanalyses kunnen worden ingezet om onderliggende oorzaken van loopproblemen vast te stellen, (loop)hulpmiddelen en behandelingen te indiceren en het effect van behandelingen te evalueren. Hiermee zijn gangbeeldanalyses een essentieel onderdeel van de revalidatiegeneeskunde. Door betere apparatuur, toepassing van AI en standaardisatie ontwikkelt het gebied van gangbeeldanalyses zich snel. Voorbeelden van ontwikkelingen zijn markerless bewegingsanalyse, waarbij met behulp van AI op basis van video's bewegingsanalyses kunnen worden uitgevoerd zonder markers te moeten plakken, vernieuwingen in biomechanische modellen waardoor bewegingen nauwkeuriger kunnen worden bepaald, en standaardisatie van de interpretatie middels hulpmiddelen zoals GAIT.SCRIPT
Deze ontwikkelingen verbeteren potentieel de toepassingsmogelijkheden en kwaliteit van gangbeeldanalyses. Onderzoek naar en met deze ontwikkelingen binnen de revalidatiegeneeskunde is van belang om de meerwaarde aan te tonen voor zowel de revalidatiearts als de patiënt. In dit symposium wordt het laatste, vernieuwende onderzoek gepresenteerd naar nieuwe biomechanische modellen, markerless bewegingsanalyse, en de GAIT.SCRIPT applicatie.

Leerdoelen:
- De voor- en nadelen van nieuwe biomechanische (voet)modellen kennen.
- Het kunnen benoemen van de huidige mogelijkheden en tekortkomingen van markerless bewegingsanalyse.
- Kennismaken met GAIT.SCRIPT – een hulpmiddel voor de systematische interpretatie van gangbeeldanalyses bij kinderen met cerebrale parese.

Voorzitter en presentaties
Voorzitters: Niels Waterval, Amsterdam UMC, locatie AMC
1. Introductie – De huidige gangbeeldanalyse en hoe het nieuwe CGM2 model de gangbeeldanalyse verbetert (15 min)
Presentators: Dr. Niels Waterval, onderzoeker en bewegingslaborant. Amsterdam UMC & Dr. Marjolein van der Krogt, senior onderzoeker en hoofd bewegingslab. Amsterdam UMC

2. Presentatie – Het Amsterdam Foot Model: de ontwikkeling en toepassing bij kinderen met cerebrale parese (15 min)

Presentator: Gaia van den Heuvel, PhD onderzoeker en bewegingslaborant. Amsterdam UMC

3. Presentatie – Hoe markerless bewegingsanalyse nu en in de toekomst kan worden toegepast bij kinderen met cerebrale parese (15 min)
Presentatoren: Dr. Helga Haberfehlner, onderzoeker & Liza van Dijk, PhD onderzoeker. Amsterdam UMC

4. Presentatie – Ontwikkeling en demonstratie van de GAIT.SCRIPT applicatie(15 min)
Presentator: Drs. Sarah Dekker kinderrevalidatiearts Reade en onderzoeker Amsterdam UMC

5. Discussie over de meerwaarde, toepassing en toekomst van deze ontwikkelingen (10 min)
Presentator: Dr. Marjolein van der Krogt, senior onderzoeker en hoofd bewegingslab. Amsterdam UMC

Indeling programma
Het programma van het symposium biedt een overzicht van recente ontwikkelingen in gangbeeldanalyse en hun klinische relevantie voor de revalidatiepraktijk. De sessie start met een introductie waarin de meerwaarde van gangbeeldanalyse wordt gepresenteerd, evenals de huidige beperkingen in toepassing en interpretatie.
Vervolgens worden twee innovaties in biomechanische modellen besproken om de beperkingen te minimaliseren. Allereerst de ontwikkeling van CGM2, een nieuw standaard markermodel. Welke aanpassingen worden hierin gedaan en hoe beïnvloedt dit de betrouwbaarheid en nauwkeurigheid van de metingen? Daarna zal ook de ontwikkeling van een specifiek voetmodel, het Amsterdam Foot Model, en onderzoek naar de toepassing hiervan bij kinderen met CP worden gepresenteerd.
Daarna wordt de huidige stand van zaken van markerless bewegingsanalyse gepresenteerd. Hierbij komt aan bod hoe deze technologie werkt en welke beperkingen er nog bestaan, met specifieke aandacht voor toepasbaarheid bij kinderen met cerebrale parese (CP).
Als laatste worden ontwikkelingen rondom de standaardisatie van de interpretatie van gangbeeldanalyses bij kinderen met CP middels de GAIT.SCRIPT applicatie gepresenteerd. Het voordeel en de praktische bruikbaarheid worden toegelicht aan de hand van recent onderzoek. De sessie word afgesloten met een discussie over de meerwaarde en implementatie-mogelijkheden van deze ontwikkelingen vanuit het oogpunt van de revalidatieprofessionals.

C6

Zorg op afstand bij niet-aangeboren hersenletsel: virtual reality, simulaties, telerevalidatie en stepped care

Imre Nieuwenhuis[1], Kim Hurst[1], Eileen Bousche[2], Mark Lanting[3,4], Dr. Ward Nieboer[5]
[1]Rijksuniversiteit Groningen, [2]Universiteit Utrecht, [3]Koninklijke Visio, [4]Hanzehogeschool Groningen, [5]Universitair Medisch Centrum Groningen

C6: Zorg op afstand bij niet-aangeboren hersenletsel: virtual reality, simulaties, telerevalidatie en stepped care, november 13, 2026, 09:00 - 10:15

Sessieomschrijving en leerdoelen
Dit mini-symposium richt zich op innovatieve vormen van zorg op afstand binnen de revalidatie van mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH). Door toenemende zorgvraag, beperkte capaciteit en verschillen in toegankelijkheid groeit de behoefte aan flexibele en toekomstbestendige zorgvormen. Binnen de neurorevalidatie bieden digitale toepassingen, zoals virtual reality (VR), simulaties en telerevalidatie mogelijkheden om revalidatie toegankelijker, motiverender en efficiënter vorm te geven. Daarnaast groeit de aandacht voor toekomstbestendige zorgmodellen, zoals het stepped care model, waar online zorg en dienstverlening een onderdeel van zijn.

Tijdens het symposium worden verschillende toepassingen van zorg op afstand besproken vanuit zowel wetenschappelijk als klinisch perspectief. Daarbij is aandacht voor de inzet van VR voor thuisrevalidatie, simulaties voor naasten, telerevalidatie en het gebruik van stepped care binnen de revalidatiezorg. Ook worden ervaringen van eindgebruikers en praktische uitdagingen binnen de dagelijkse zorgpraktijk belicht.

Na afloop van deze sessie:
1. Hebben deelnemers meer kennis over zorg op afstand binnen de NAH-revalidatie
2. Hebben deelnemers inzicht in de mogelijkheden en meerwaarde van verschillende vormen van zorg op afstand binnen de NAH-revalidatie
3. Kunnen deelnemers potentiële voordelen en beperkingen van verschillende vormen van zorg op afstand benoemen
4. Kunnen deelnemers reflecteren op de toekomstige rol van digitale innovaties binnen neurorevalidatie.

Voorzitter:
Dr. Gera de Haan (Universitair Docent, Rijksuniversiteit Groningen en neuropsycholoog, Koninklijke Visio) - Zorg op afstand: Introductie van het thema.

Sprekers:
Kim Hurst Msc. (PhD Clinical and Developmental Neuropsychology, Rijksuniversiteit Groningen) - Online generieke zorgmodules ontwikkelen voor visuele klachten in mensen met multiple sclerose.
Imre Nieuwenhuis Msc. (PhD Clinical and Developmental Neuropsychology, Rijksuniversiteit Groningen) - Virtual reality voor visuele thuisrevalidatie bij hemianopsie.

Eileen Bousche Msc. (PhD Social and Behavioural Sciences, Universiteit Utrecht) - User experience van eindgebruikers.
Mark Lanting (Manager preventie & selfcare, Koninklijke Visio) - Stepped care.
Dr. Ward Nieboer (post-doctoraal onderzoeker, Universitair Medisch Centrum Groningen) - Simulatie van hemianopsie voor naasten.

Indeling programma
Het mini-symposium start met een introductie van het thema. Vervolgens staan meerdere presentaties op het programma die verschillende vormen van zorg op afstand binnen de NAH-revalidatie belichten. Vanuit zowel wetenschappelijk als klinisch perspectief wordt ingegaan op de mogelijkheden van onder andere VR, simulaties en telerevalidatie vanuit huis. De sprekers laten zien hoe deze toepassingen kunnen bijdragen aan toegankelijke, motiverende en functionele revalidatie, met aandacht voor zowel de meerwaarde als de praktische uitdagingen binnen de dagelijkse zorgpraktijk.

C7

Current use of soft and rigid Exoskeletons in Spinal Cord Injury Rehabilitation

Dr. Ilse van Nes[1,2], Prof. dr. Noël Keijsers[1,3], Dr. Edwin van Asseldonk[4], Dr. Rutger Osterthun[5,6]
[1]Sint Maartenskliniek, [2]Radboudumc, [3]Radboud University, [4]Universiteit Twente, [5]Rijndam Revalidatie, [6]Erasmus MC

C7: Current use of soft and rigid Exoskeletons in Spinal Cord Injury Rehabilitation, november 13, 2026, 09:00 - 10:15

2. Learning objectives
Participants to this mini-symposium will learn:
- The state-of-the-art knowledge of the use of an exoskeleton in Spinal Cord Injury Rehabilitation
- The differences between the use of soft exoskeletons for use in patients with incomplete spinal cord injury and compensation of walking in patients with complete spinal cord injury.
- How AI-based control approaches can enable more versatile and balance-aware exoskeleton use for individuals with neurological gait impairments
- The development of a lightweight, easy-to-control and affordable exoskeleton and its challenges

3. Outline of the session
Program outline:
Over the past decade, numerous exoskeletons have been developed and are now commercially available for individuals with chronic (in)complete spinal cord injury (SCI). These devices, including rigid exoskeletons and soft exosuits, differ in design and functionality, with their applicability depending on the user's gait capacity, the intended setting (home or clinical), and their purpose of use. Depending on these factors, exoskeletons can be used as an exercise device to promote physical health and well-being by reducing secondary health problems, or as an assistive device to facilitate standing and walking capacity. Despite very promising results, current available exoskeletons have limitations, in their design and control hampering its use. This workshop will give insight in the state-of-the-art knowledge and use of exoskeletons from a clinical, user, and technology perspective.

Chair: Ilse van Nes (5 minutes)
Title: Introduction

Speaker 1: Noël Keijsers (15 minutes)
Title: Wearable Exoskeletons for Chronic SCI: State of the Art
Short summary: The use of exoskeletons both within and outside the clinical setting remains challenging. Rigid and soft exoskeletons differ in design and function. However, a mismatch persists between user needs, intended use, and current device capabilities, underscoring the need for a clear framework to guide development and evaluation. Based on existing devices and the available literature, such a framework will be presented.

Speaker 2: Ilse van Nes (15 minutes)
Title: Effect of an exosuit on gait capacity in individuals with incomplete spinal cord injury: a randomized controlled trial
Short summary: Chronic incomplete SCI patients followed a short training program to learn how to walk with a soft exoskeleton and used it afterwards during 6 weeks in their home environment. Besides the number of steps, we also measured functional improvement in walking capacity, Quality of Life and satisfaction with the device. The results of this randomized controlled trial will be presented and discussed.

Speaker 3: Edwin van Asseldonk (15 minutes)
Title: Making exoskeletons practical at home: Task- and perturbation-agnostic control
Short summary: Exoskeleton use in home environments in people with neurological gait impairments remains limited due to control strategies that lack the versatility to handle diverse daily tasks and the capability to robustly support balance. Recent AI-based advances toward more flexible control will be presented, including task-agnostic and perturbation-agnostic control.

Speaker 4: Rutger Osterthun (15 minutes)
Title: Development of the Cloudwalker; towards accessible exoskeleton walking for people with spinal cord injury
Short summary: Current exoskeletons are often difficult to control, heavy, and expensive, making them inaccessible to many potential users. In our project we aim to develop the Cloudwalker: an easy-to-control, lightweight, and affordable mechanical exoskeleton. This presentation will discuss the development process, the creation of a simulator, the current status of the device, and the lessons learned so far.

General discussion (10 minutes)

Additional value patients: by giving a good overview about the current status of the use rigid and soft exoskeletons and suits, patients can be informed well during clinical practice and if necessary be referred to the right place

Voertaal tijdens het congres: Nederlands

C8

Optimalisatie van Ademhalingsfunctie bij Spierzwakte: Therapie, Training en Technologie

Dr Janneke Stolwijk-swuste[1], Drs Rineke Jaspers Focks,[3], Dr Maarten Werkman[1], Drs David Gobets[2], Dr Jaap Bakers[1]
[1]UMC Utrecht Revalidatie, Fysiotherapiewetenschap & Sport, [2]Heliomare Revalidatiecentrum, [3]Roessingh Enschede,

C8: Optimalisatie van Ademhalingsfunctie bij Spierzwakte: Therapie, Training en Technologie, november 13, 2026, 09:00 - 10:15

Therapie, training en nieuwe technologie bij ademhalingsproblematiek bij spierzwakte door ALS, IC opname en dwarslaesie worden gepresenteerd.
Vanuit het multicenter INITIALS onderzoek worden (voorlopige) resultaten gepresenteerd over welk type ALS patiënt baat heeft bij non invasieve ventilatie in het kader van kwaliteit van leven.
Inspiratoire spierkrachttraining bij moeizaam van de beademing ontwennende patiënten op de IC wordt besproken, met aandacht voor het ontstaansmechanisme en incidentie van inspiratoire spierzwakte.
Daarna wordt ingegaan op diagnostiek en preventie van complicaties bij longfunctiestoornissen bij dwarslaesie en op het verschil tussen longfunctiestoornissen bij neuromusculaire aandoeningen en dwarslaesie.
Ook wordt iStack gedemonstreerd: een recent ontwikkeld apparaat dat airstacken automatiseert, waardoor patiënten met een verminderde handfunctie deze handeling weer zelfstandig kunnen uitvoeren. Ook worden de voorlopige resultaten van de lopende feasibility studie besproken.
Afsluitend wordt gediscussieerd over wat de verschillende diagnosegroepen van elkaar kunnen leren.

Leerdoelen:
- Inzicht krijgen in factoren die van invloed zijn op kwaliteit van leven mensen met ALS die gebruik (gaan) maken van non invasieve beademing
- Inzicht krijgen in de rol en timing van inspiratoire spierkrachttraining bij moeizaam van de beademing ontwennende patiënten op de IC
- Inzicht krijgen in diagnostiek van longfunctiestoornissen en preventie van complicaties bij mensen met een dwarslaesie
- Inzicht krijgen in het concept en klinische toepassing van geautomatiseerd airstacken.

Voorzitter/sprekers met titels van de presentaties:
Voorzitter: Dr. J.M. Stolwijk-Swuste
Drs R. Jaspers-Focks: INITIALS: optimizing INITIation of ventilation in ALS patients
Dr. M.S.Werkman: Inspiratoire ademspiertraining op de IC
Drs. D. Gobets: Ademhalingsproblematiek bij dwarslaesie
Dr. J.N.E. Bakers: iStack

indeling programma:

5 min Inleiding Dr. J. Stolwijk-Swuste
13 min Spreker 1 Drs. R. Jaspers-Focks
2 min Vragen
13 min Spreker 2 Dr. M. Werkman
2 min Vragen
13 min Spreker 3 Drs. D. Gobets
2 min Vragen
13 min Spreker 4 Dr. J.Bakers
2 min Vragen
10 min Algemene discussie: wat kunnen de verschillende diagnosegroepen van elkaar leren
Dr J.Stolwijk-Swuste

Parallelsessie D: PhD Award en debat

D1. PhD Award sessie: Presentaties van de beste PhD theses in Nederland
D2. Debat: Likes versus Literatuur: wie bepaalt de revalidatiezorg?

D1. PhD Award sessie: presentaties van de beste PhD theses in Nederland
Voorzitter: *Prof. dr. Charlotte van Laake-Geelen*
Tijdens de DCRM 2026 worden de beste proefschriften op het gebied van revalidatiegeneeskunde in het academisch jaar 2025-2026 gepresenteerd. Na afloop kiest de jury de winnaar van de PhD Award Revalidatiegeneeskunde 2026.
De PhD Award Revalidatiegeneeskunde is een prijs die jaarlijks wordt uitgereikt voor het beste en meest aansprekende proefschrift op het gebied van revalidatiegeneeskunde in Nederland. Het doel van deze prijs is om kwalitatief hoogstaand onderzoek te waarderen en te bevorderen en de onderzoekers in het zonnetje te zetten.
1 Aniek Kolen – Fuel and Function: nutrition and physical activity in people at risk of or with dysvascular major lower limb amputation.
2 Ilse Willemse – Digital biomarkers in rare movement disorders: towards reliable monitoring and implementation.
3 Tim Veneman – Improving the application of aerobic exercise in neuromuscular diseases – From laboratory exercise testing to training in the home environment.

D2. Debat
Debatleider: *Hans Oosterkamp*
Likes versus Literatuur: wie bepaalt de revalidatiezorg?
Revalidatieonderzoek staat dit jaar volop in de schijnwerpers tijdens het DCRM 2026. Nieuwe trials, innovatieve interventies en wetenschappelijke inzichten vormen de basis voor hoogwaardige revalidatiezorg. Toch bepaalt de wetenschap alleen niet meer welke informatie onze patiënten bereikt. En bovendien, welke informatie voor waar wordt aangenomen. In een wereld van social media, podcasts en online ervaringsverhalen strijden onderzoeksresultaten om aandacht met influencers, persoonlijke verhalen en aantrekkelijke boodschappen.
Dat roept belangrijke vragen op. Wat heeft de meeste impact op het gedrag van patiënten: een wetenschappelijke publicatie of een populaire post? Hoe kunnen we complexe onderzoeksresultaten vertalen naar een duidelijke boodschap? En zijn we als zorgverleners

verplicht om actief zichtbaar te zijn op de online platforms en social media? Zo ja, op wat voor manier dan? De impact van onderzoek wordt niet alleen bepaald door wat we ontdekken, maar ook door hoe die kennis wordt gedeeld, begrepen en toegepast. Daarbij lijkt aandacht soms minstens zo belangrijk als bewijs. Is dat een bedreiging voor evidence-based zorg, of juist een kans om meer mensen te bereiken? Moeten we influencers bestrijden, met hen samenwerken, of zelf een grotere rol opeisen in de online wereld? Aan het einde van het debat hebben deelnemers drie concrete uitgangspunten voor betrouwbare, begrijpelijke en zichtbare communicatie over revalidatieonderzoek.
Panelleden tijdens dit debat:

- Erwin Baars – revalidatiearts Vogellanden
- Ilse van Nes – revalidatiearts Sint Maartenskliniek
- Sicco Bus – hoogleraar revalidatiegeneeskunde Amsterdam UMC
- Puranjay Sudan – aios revalidatiegeneeskunde Rijndam
- Judith te Linde-Boot – patiëntvertegenwoordiger

Parallel sessie E

E1. Workshop: Wetenschapscommunicatie: revalidatieonderzoek meer in de schijnwerpers!
E2. Mini-symposium: De meerwaarde van uitkomsten meten in de praktijk: Revalidatie werkt!
E3. Mini-symposium: Gezondheidsverschillen door kansenongelijkheid in de zorg. Gelijke monniken, gelijke kappen?
E4. Mini-symposium: Innovatieve spasticiteitsbehandeling in de schijnwerpers: cryoneurolyse en selectieve neurectomie
E5. Mini-symposium: Actief van revalidatiekliniek naar thuis met een wearable: where able & when able
E6. Mini-symposium: Meebeslissen na een beenamputatie.
E7. Mini-symposium: Leren revalideren: waarom leefstijlverandering moeilijk is en hoe samenwerking in de zorg verschil kan maken
E8. Mini-symposium: Van brein tot beleving: inclusieve zorg voor mensen met CP en/of ernstige (spraak)motorische beperkingen

E1

Wetenschapscommunicatie: revalidatieonderzoek meer in de schijnwerpers!

Dr. (MD PhD) Diana Oosterveer[1], MA Marieke Drost[2], Dr Nienke ter Hoeve
[1]Basalt, [2]Faculteit der Wiskunde en Natuurwetenschappen

E1: Wetenschapscommunicatie: revalidatieonderzoek meer in de schijnwerpers!, november 13, 2026, 14:15 - 15:30

Sessieomschrijving:
Aansluitend op het thema van de DCRM 'Revalidatieonderzoek in de schijnwerpers' gaat deze workshop, georganiseerd door de WeCO, in op de vraag hoe je onderzoek effectief onder de aandacht brengt. Het mooie onderzoek dat we binnen de revalidatiegeneeskunde doen verdient de spotlight. Door inzet van goede wetenschapscommunicatie kunnen we hier als revalidatieartsen en onderzoekers nog meer uithalen. Hiermee promoten we ons vak en wordt de kans dat je onderzoeksresultaten benut worden groter. Deze workshop gericht op wetenschapscommunicatie biedt concrete handvatten om je onderzoek beter in de schijnwerpers te zetten.

Leerdoelen:
1. Inspiratie opdoen in diverse vormen van wetenschapscommunicatie met uiteenlopende media, doelgroepen en stijlen. Het doel is om deelnemers creatief aan het denken te zetten over wat er allemaal kan, en ze te enthousiasmeren om hier zelf mee aan de slag te gaan.
2. Leren werken met enkele basisvragen die je helpen om effectief en aansprekend te communiceren, ongeacht medium of publiek. We focussen niet op een specifieke vorm (tekst, beeld, audio), maar we bespreken zaken waar je voor elk verhaal over na moet denken, te weten: a) je publiek (bovenal!), b) je doel of intentie, en c) je boodschap.

Voorzitter/sprekers met titels van de presentaties:
Voorzitter: Mw. D.M. (Diana) Oosterveer
Presentatie: Introductie van de workshop en de docent
Spreker: Mw. T.M. (Marieke) Drost
Presentatie: Basisprincipes van wetenschapscommunicatie

Indeling programma:
Voor deze workshop wordt een voorbereiding verwacht. Dit omvat een kort vragenlijstje, onder andere gericht op welk publiek je zou willen bereiken. Dit vragenlijstje zal niet veel tijd vergen, maar o.b.v. de antwoorden kunnen we de workshop wel zo goed mogelijk laten aansluiten op de aanwezigen.

Globaal programma
- Korte introductie van de workshop en de docent
- Presentatie over de basisprincipes van wetenschapscommunicatie
- Workshopgedeelte: Zelf aan de slag met wetenschapscommunicatie
- Nabespreking, discussie en take home messages

E2

De meerwaarde van uitkomsten meten in de praktijk: Revalidatie werkt!

Dr. (MD PhD) Diana Oosterveer[1], Prof.dr. (MD PhD) Annemieke Buizer[2], Dr. (MD PhD) Joris de Graaf[3], MSc Sanne Heintzbergen[4]
[1]Basalt, [2]Amsterdam Universitair Medisch Centrum, [3]Universitair Medisch Centrum Utrecht, [4]Stichting Revalidatie Impact

E2: De meerwaarde van uitkomsten meten in de praktijk: Revalidatie werkt!, november 13, 2026, 14:15 - 15:30

Sessieomschrijving:

In dit mini-symposium zetten we 'Revalidatie in de spotlight' en laten we de deelnemer zien dat revalidatie werkt! Uitkomstmetingen maken de effecten van revalidatie zichtbaar: voor de individuele patiënt, voor zorgverleners, en voor de sector als geheel. We laten zien wat systematisch meten in de praktijk oplevert, aan de hand van drie niveaus.
Op het niveau van de individuele patiënt en het behandelteam bespreken we ervaringen met het invoeren van een generieke vragenlijstenset bij start en einde van de poliklinische revalidatie bij Basalt, en laten we zien hoe kwaliteit van leven verbetert bij diverse doelgroepen op basis van de MUREVAN-data. Daarbij gaan we in op de vraag of huidige vragenlijsten de doelen van de patiënt daadwerkelijk vangen.
Op het niveau van de sector presenteren we wat kwaliteitsregistraties (CP-register en de Revalidatie Impact Scores) in de praktijk opleveren voor patiënten en voor beleidsvorming.

Leerdoelen:
1. Inzicht krijgen in wat uitkomstmeting oplevert voor de individuele patiënt
2. Begrijpen welke meerwaarde structureel meten heeft voor de revalidatiesector als geheel, en wat er al bereikt is
3. Kennis opdoen over concrete stappen om uitkomstmeting in de eigen revalidatiepraktijk te implementeren of te verbeteren.

Voorzitter/sprekers met titels van de presentaties en indeling programma:
Voorzitter: Diana Oosterveer

Diana Oosterveer - Introductie mini-symposium en ervaringen uit de praktijk over het gebruik van vragenlijsten bij start en einde van de revalidatie (10 min)
Bij Basalt wordt een generieke set vragenlijsten bij start en einde van de revalidatie ingevoerd voor vrijwel alle volwassen patiënten die poliklinisch revalideren. In deze presentatie worden de ervaringen van de eerst gestarte teams (zowel zorgverleners als patiënten) besproken

Joris de Graaf - Revalidatie werkt: wat MUREVAN-data laten zien over kwaliteit van leven en revalidatiedoelen bij verschillende doelgroepen (15 min)

Het MUREVAN-project heeft gekeken naar meeteigenschappen van vragenlijsten, welke eerder zijn gepresenteerd. Echter heeft dit project ook allerlei andere inzichten opgeleverd. In deze presentatie laten we zien dat kwaliteit van leven verbetert, maar dat er wel verschillen zijn tussen de doelgroepen in welke mate. En er wordt ingegaan op hoe goed vragenlijsten de doelen van de patiënt vangen.

Annemieke Buizer - Het Cerebrale Parese (CP)-register: Meerwaarde voor de patiënt en voor de sector (15 min)
Het CP-register (www.cpregister.nl) biedt de mogelijkheid om patiënten te volgen in hun ontwikkeling en te screenen op veelvoorkomende problemen. Daarnaast worden er ook gegevens van behandelingen en de resultaten hiervan verzameld. De opzet en invulling van het CP-register is mede vormgegeven door kinderen met CP en hun ouders. In de presentatie wordt ingegaan op beide pijlers van het register en de deelnemer wordt meegenomen in de huidige ervaringen die zijn opgedaan met dit register.

Sanne Heintzbergen - Data uit de praktijk vanuit Revalidatie Impact Scores (15 min)
Inmiddels zijn er steeds meer gegevens beschikbaar in Revalidatie Impact Scores (d.w.z. uitkomstgegevens) en het Revalidatieregister (d.w.z. behandelgegevens). In deze presentatie wordt de deelnemer meegenomen in deze data uit de praktijk en wat dit oplevert.

Vragen en discussie met het publiek over de meerwaarde van uitkomstmetingen voor de revalidatiesector (20min)

E3

Gezondheidsverschillen door kansenongelijkheid in de zorg.

Gelijke monniken, gelijke kappen?

Dr Henk Arwert[1,3], Dr Janet Kist[4], Drs Toto Lee[3], Drs Esther Schutte[2], Drs Alicia Lucardie[5]
[1]Basalt Revalidatie , [2]Rijndam Revalidatie, [3]Haaglanden MC, [4]Haagse Campus LUMC, [5]Adelante Zorggroep

E3: "Gezondheidsverschillen door kansenongelijkheid in de zorg. Gelijke monniken, gelijke kappen?", november 13, 2026, 14:15 - 15:30

Abstract (189 woorden):
In Nederland heeft 27% van de mensen een migratie achtergrond of is kind van een migrant. Het hebben van een migratie achtergrond geeft een hoger risico op gezondheidsproblemen. Primair kan dat gerelateerd zijn aan bekende factoren op stoornisnivo zoals een (genetisch) verhoogd risico op diabetes en hart- en vaatziekten. Daarnaast kunnen gezondheidsproblemen secundair voortvloeien uit factoren zoals stress, angst en gebrek aan gezondheidsvaardigheden. Zeker bij mensen die geen legale status hebben en/of onverzekerd zijn, hebben de leefomstandigheden vaak een negatieve impact op gezondheid. Als zij werk hebben is dat vaak fysiek zwaar en laag betaald, de woonsituatie is vaak onzeker. Een taalbarrière kan de toegang tot zorg bemoeilijken.
Uitgaan van richtlijnen is uiteraard belangrijk maar bij waarde gedreven zorg moet soms gezocht worden naar de ruimte die richtlijnen bieden om op gelijkwaardige uitkomsten uit te komen voor verschillende bevolkingsgroepen. .

Leerdoelen van dit minisymposium zijn:
1. Kennisdeling omtrent de gezondheidsverschillen bij patiënten met een migratie achtergrond, en de mogelijkheden om deze gezondheidsverschillen te verkleinen.
2. Weten wanneer gedifferentieerde inzet vanuit de zorg nodig is. In de presentaties en de discussie wordt duidelijk wat dat in de praktijk kan betekenen.

Sprekers (80 woorden):
Gelijke toegang tot zorg. Een wereld te winnen?
Mw Dr. J. Kist, huisarts Den Haag, epidemioloog, senior onderzoeker Haagse Campus LUMC
Ongelijke uitkomsten na CVA bij patiënten met een migratie achtergrond, waar gaat het mis?
Mw. T. Lee, AIOS neurologie en promovendus, Haaglanden MC, Den Haag
Dwalen tussen de bomen en het bos als onverzekerde (en als dokter).
Mw E. Schutte, revalidatiearts Rijndam, Rotterdam
Mw A. Lucardie, revalidatiearts Adelante

Voorzitter/inleider: dr H.J. Arwert, revalidatiearts, Basalt Revalidatie en Haaglanden MC, Den Haag

Indeling programma (192 woorden):
Na een korte inleiding door de voorzitter zal de eerste spreekster ingaan op gelijke zorg versus gelijkwaardige zorg. Dat onderscheid raakt ook aan de kern van waarde gedreven

zorg waarbij je uitgaat van de doelen, wensen en verwachtingen van een individu met een hulpvraag. Ze ondersteunt haar inzichten met uitkomsten uit grote landelijke datasets (Centraal Bureau Statistiek) omtrent uitkomsten na CVA. Daarin wordt zichtbaar dat we er niet zijn met gelijke zorg voor iedereen vanuit een standaard richtlijn.
De tweede spreekster zal PROMIS uitkomsten presenteren van een prospectief ziekenhuis cohort van patiënten die opgenomen zijn geweest na een beroerte. Er zijn verschillen tussen bevolkingsgroepen in uitkomsten van de zorg. Een van de vragen is: in welk deel van het zorgproces ontstaan die verschillen? En wat kunnen we doen om dat te voorkomen?
De laatste 2 spreeksters zullen het complexe landschap schetsen waar patiënten (en dokters) mee te maken kunnen krijgen als de bestaande kaders en hokjes niet van toepassing zijn; bijvoorbeeld door een andere taal of cultuur, en een onverzekerde of onverzekerbare status. Door een goed begrip van de sociaal maatschappelijke aspecten binnen het zorglandschap kunnen we voor patiënten een belangrijk verschil maken.

E4

Innovatieve spasticiteitsbehandeling in de schijnwerpers: cryoneurolyse en selectieve neurectomie

Dr. Hanneke van Duijnhoven[1], Drs. David Gobets[2], Dr. Kangdi Zu[2], Dr. Lotte van de Venis[1,3], Dr. Jorik Nonnekes[1]
[1]Radboudumc, [2]Heliomare, [3]Sint Maartenskliniek

E4: Innovatieve spasticiteitsbehandeling in de schijnwerpers: cryoneurolyse en selectieve neurectomie, november 13, 2026, 14:15 - 15:30

Dit mini symposium zet twee innovatieve vormen van focale spasmolyse in de schijnwerpers: cryoneurolyse en selectieve neurectomie. Bij cryoneurolyse wordt via minimaal invasieve, gecontroleerde bevriezing reversibele geleidingsblokkade bereikt, terwijl er bij (hyper)selectieve neurectomie sprake is van operatieve, partiële denervatie voor langdurige spasticiteitsreductie.
In dit mini-symposium bieden we een praktijkgericht en verdiepend overzicht op beide nieuwe behandelvormen. Aan de hand van evidence, casuïstiek en multidisciplinaire inzichten wordt besproken wanneer deze technieken een meerwaarde kunnen bieden ten opzichte van bestaande behandelopties. Daarnaast wordt de rol van selectieve zenuwblokkades belicht als diagnostisch en beslisondersteunend instrument bij indicatiestelling.

Leerdoelen:
Na afloop van deze sessie kan de deelnemer:
1. De principes en werkingsmechanismen van (hyper)selectieve neurectomie en cryoneurolyse beschrijven.
2. De rol van selectieve zenuwblokkades bij diagnostiek en behandelkeuze toelichten.
3. Deze technieken positioneren binnen een geïntegreerd spasticiteitsbehandelplan.
4. De verwijsstromen voor deze spasticiteitsbehandelingen toelichten

Voorzitter/sprekers met titels van de presentaties (max 200 woorden)
Inleiding (5 min)
Dr. Jorik Nonnekes
Indicatiestelling innovatieve spasticiteitsbehandeling: hoe, waarom en voor wie? (15 min)
Dr. Hanneke van Duijnhoven
Cryoneurolyse, een innovatieve, minimaal invasieve spasticiteitsbehandeling (15 min)
Drs. David Gobets
Hyperselectieve neurectomie voor de bovenste extremiteit (15 min)
Dr. Kangdi Zhu
Effecten van selectieve neurectomie van de onderste extremiteit op persoonlijke doelen negen maanden na de behandeling (15 min)
dr. Lotte van de Venis
Discussie en ruimte voor vragen (10 min)

o Indeling programma (max 200 woorden)

Na een inleidende schets van het veld, wordt ingegaan op de indicatiestelling: wanneer, voor wie en waarom deze technieken worden ingezet. Vervolgens worden de principes en klinische toepassing van cryoneurolyse en selectieve neurectomie van de bovenste extremiteit besproken. Aansluitend worden de effecten van selectieve neurectomie op persoonlijke behandeldoelen negen maanden na de interventie gepresenteerd. Tijdens de sessie wordt aandacht besteed aan evidence, casuïstiek en multidisciplinaire samenwerking, met speciale focus op de rol van diagnostische zenuwblokkades bij besluitvorming. De bijeenkomst wordt afgesloten met een interactieve discussie, waarin ruimte is voor vragen en uitwisseling van ervaringen.

E5

Actief van revalidatiekliniek naar thuis met een wearable: where able & when able

Dr Joan Dallinga[1], Dr Monique Berger[1,2], Karen Van Stein Callenfels[1], Dr Aleid De Rooij[2,4], Dr. Joyce Vrijsen[3]

[1]lectoraat Technologie voor Inclusief Bewegen en Sport, CoE Health Innovation, De Haagse Hogeschool, [2]Basalt Revalidatie, [3]Afdeling Orthopedie, UMCG, [4]LUMC

E5: Actief van revalidatiekliniek naar thuis met een wearable: where able & when able, november 13, 2026, 14:15 - 15:30

Hoe kunnen zorg- en beweegprofessionals effectief ondersteund worden bij het inzetten van wearables voor beweegstimulering tijdens klinische revalidatie en de herstelperiode daarna thuis? Welke tools zijn nodig om deze inzet duurzaam te implementeren en borgen? Deze vragen staan centraal in dit mini-symposium.

Binnen drie lopende projecten wordt gewerkt aan deze vragen. In Bewegen met Technologie wordt een leermethodiek ontwikkeld die zorgprofessionals ondersteunt bij het gebruik van beweegsensoren in revalidatie en eerstelijnszorg. De leermethodiek, bestaande uit online en offline onderdelen, wordt samen met revalidatiecentra en fysiotherapiepraktijken getest op bruikbaarheid en toepasbaarheid.

Het project Beweegreiskompas onderzoekt hoe een soepele overgang van zorg naar thuis kan worden gerealiseerd. De ontwikkelde toolbox biedt professionals concrete handvatten om patiënten te begeleiden in hun beweegreis.

Binnen Basalt in Beweging staat de integratie van een actieve leefstijl in de multidisciplinaire CVA revalidatie centraal. Met zorgprofessionals, patiënten en naasten worden praktische werkwijzen ontwikkeld om gedragsverandering te ondersteunen, waarbij eCoaching en monitoring een belangrijke rol spelen.

Leerdoelen:
1. Inzicht in ondersteuning van professionals bij inzet van wearables en benodigde implementatiestappen
2. Inzicht in beschikbare tools voor de ontwikkeling, implementatie en borging van een soepele beweegreis
3. Inzicht in ervaringen van patiënten met blended interventies in revalidatie
4. Uitwisseling van bevorderende en belemmerende factoren voor implementatie

De presentaties in dit mini-symposium zijn gekoppeld aan de drie bovengenoemde projecten. We brengen hierin verschillende aspecten aan bod van het stimuleren en faciliteren van gezond/actief beweeggedrag. Ten eerste de ontwikkeling van een leermethodiek voor zorgprofessionals voor de toepassing van beweegsensoren en de ontwikkeling van een implementatieplan voor deze leermethodiek. Vervolgens gaan we in op ervaringen van patiënten met een blended actieve leefstijl interventie in de revalidatie.

En tot slot besteden we aandacht aan tools die juist in het traject na revalidatie ingezet kunnen worden om te zorgen dat patiënten passend beweegaanbod vinden.

Voorzitter: Monique Berger, lector Technologie voor Inclusief Bewegen en Sport

Presentatie 1: Ontwikkeling en evaluatie van een blended leermethodiek voor zorgprofessionals ter ondersteuning van de toepassing van beweegsensoren in de begeleiding van chronische patiënten, dr. Joan Dallinga

Presentatie 2: Implementatieplan voor het gebruik van een blended leermethodiek voor zorgprofessionals ter ondersteuning van de toepassing van beweegsensoren in de begeleiding van chronische patiënten (Karen van Stein Callenfels)

Presentatie 3: Ondersteuning van gedragsverandering met behulp van eCoaching en monitoring: het perspectief van de patiënt (dr. Aleid de Rooij)

Presentatie 4: Beweegreiskompas; toolbox ter ondersteuning van het ontwerpen, implementeren en borgen van een soepele beweegreis (dr. Joyce Vrijsen)

We starten met een prikkelende opening om het onderwerp en de leerdoelen van het mini-symposium te schetsen. We maken kort kennis met de aanwezigen en brengen verwachtingen van de sessie in kaart. Vervolgens volgen de vier presentaties. Na de presentaties reserveren we een half uur om met elkaar ervaringen uit te wisselen. We passen hier de Think-Pair-Share methode toe. Hierin leggen we de aanwezigen een vraag voor. Zij mogen hier één minuut over nadenken, dit in 2-3 minuten bespreken met degene naast zich en vervolgens halen we een aantal reacties op uit de zaal. Deze methode passen we twee a drie keer toe, maar wel steeds met een nieuwe gesprekspartner. Vragen die we neerleggen zijn 1) ‘Welke ervaringen heb je met de inzet van technologie in of na de revalidatie voor het stimuleren van een actieve leefstijl?’ en 2) ‘Welke bevorderende en belemmerende factoren voor implementatie in de praktijk signaleer je?’ We eindigen met een gezamenlijke afronding.

Programma:
- Prikkelende opening (5 min)
- Presentatie 1 (10 min)
- Presentatie 2 (10 min)
- Presentatie 3 (10 min)
- Presentatie 4 (10 min)
- Discussie - Interactief (25 min)
- Afronding (5 min)

E6

Meebeslissen na een beenamputatie.

Laury Nijsten, Prof. Dr. Corry Van der Sluis, Dr. Ruud Leijendekkers, Drs. Tim Crul

E6: Meebeslissen na een beenamputatie., november 13, 2026, 14:15 - 15:30

Beschrijving
Wat betekent een goede beenprothese? En wat maakt dat een beenprothese goed is? Vanuit het perspectief van het revalidatieteam (bestaande uit instrumentmakers, paramedici en revalidatieartsen) zouden we een goede beenprothese kunnen definiëren als een voorziening waar patiënten veel en vaak op kunnen lopen. Uit de praktijk -en ondersteund door wetenschappelijke inzichten- weten we dat de loopfunctie niet alles bepalend is voor tevredenheid bij prothesegebruikers. Vanuit het perspectief van personen met een beenamputatie zijn algemene dagelijkse levensactiviteiten (ADL), fietsen, autorijden, werken en sporten niet te onderschatten. Binnen het werkveld van beenamputatierevalidatie in Nederland hebben we ruim twee decennia geleden afgesproken om de keuzes voor specifieke prothese onderdelen gezamenlijk mét de gebruikers te maken. Echter, door de complexiteit van de technische uitvoering van prothese onderdelen is er een inherent kennistekort bij (aanstaande) prothesegebruikers ten opzichte van het revalidatieteam. Afgelopen jaren is er vanuit verschillende onderzoeksgroepen hard gewerkt om het keuzeproces inzichtelijker te maken voor prothesegebruikers en gemakkelijker voor zorgverleners.

Leerdoelen
• Verkrijgen van praktische handvatten voor geïnformeerd samen beslissen door gebruik van de gepresenteerde keuzehulpen voor prothese knieën en prothese voeten.
• Inzicht verkrijgen in het ontwikkelingsproces van interactieve digitale keuzehulpen voor het revalidatieteam en beenprothese gebruikers.
Inzicht krijgen in samen beslissen met behulp van een persons-like me dashboard.

Programma
• Introductie: Tim Crul, revalidatiearts Radboud UMC [5 min]
• Presentatie 1: Stepped Care & Samen Beslissen, Laury Nijsten, promovendus Radboud UMC [20 min]
• Presentatie 2: Keuzehulp prothese knieën, Charlotte Bosman, promovendus UMCG / Corry Van der Sluis, revalidatiearts en hoogleraar revalidatiegeneeskunde UMCG [10 min]
• Presentatie 3: Keuzehulp prothese voeten, Laury Nijsten, promovendus Radboud UMC [10 min]
• Presentatie 4: Persons-like-me dashboards: toegespitste informatie voor gebruikers en hulpverleners uit kwaliteitsregistratie (initiatief Protheseacademie), Ruud Leijendekkers, senior onderzoeker Radboud UMC [20 min]
• Interactieve discussie: moderator Tim Crul [10 min]

E7

Leren revalideren: waarom leefstijlverandering moeilijk is en hoe samenwerking in de zorg verschil kan maken

Phd Melissa Voorn[1,2,4], PhD Jeroen Bruinsma[2], Drs. Imke van der Velden[1,2], Mw. Lenneke Clement[3]
[1]Viecuri Medisch Centrum, [2]Maastricht University, [3]Revant , [4]Adelante zorggroep
E7: Leren revalideren: waarom leefstijlverandering moeilijk is en hoe samenwerking in de zorg verschil kan maken, november 13, 2026, 14:15 - 15:30

Deze sessie gaat over duurzame leefstijlverandering bij mensen met kanker en mensen na een amputatie, rekening houdend met verschillende niveaus van gezondheidsvaardigheden. Middels een rollenspel, publieksinteractie en voorbeelden geven we inzicht in hoe holistische zorg en interprofessionele samenwerking bijdragen aan een effectieve revalidatie en gedragsverandering. We beginnen met een simulatie van een poliklinische afspraak tussen revalidatiearts, fysiotherapeut, patiënt en mantelzorger, waarin we uitbeelden wat er vaak gebeurt en vervolgens denken we met het publiek na over hoe het anders kan. Vervolgens presenteren we de uitkomsten van focusgroepgesprekken met patiënten, naasten en zorgprofessionals die de aanleiding vormden voor de vragenlijst studies over duurzame leefstijl bij mensen met kanker of een amputatie, door Melissa Voorn.
De sessie gaat verder met een bespreking van het omgaan met lage gezondheidsvaardigheden in het kader van leefstijlverandering. Middels voorbeelden laten we zien dat dit verder gaat dan het enkel begrijpen van informatie, door Imke van der Velden. Lenneke Clement (Revant) deelt haar benadering van "leren revalideren", waarbij patiënten en therapeuten echt met elkaar samenwerken om van elkaar te leren. Tot slot zal Jeroen Bruinsma ingaan op de theorie en psychologie achter gedragsverandering en het gebruik van technieken om leefstijlverandering te bevorderen.

Leerdoelen:
- Laten zien hoe duurzame gedragsverandering bevorderd kan worden bij mensen met kanker en na amputatie.
- Inzicht bieden in de rol van gezondheidsvaardigheden in het bevorderen van leefstijlverandering.
- Kennis laten maken met de principes van interprofessionele samenwerking en holistische zorg.
- Tools en methoden aanbieden om de samenwerking met zorgprofessionals en naasten te verbeteren en gedragsverandering te ondersteunen.

Indeling programma (bij voorkeur op vrijdag 13 November):
1. 1e Simulatie revalidatiebehandeling (15 min)
   - Interactieve simulatie waarin een revalidatiearts, fysiotherapeut, mantelzorger en patiënt elkaar ontmoeten om te laten zien hoe dit vaak verloopt.
   - Interactie met het publiek over hoe dit beter kan.
2. Presentaties van onderzoek, ervaringen en zorginnovatie (met aandacht voor gezondheidsvaardigheden en gezondheidsverschillen) (40 min)

- Presentaties over duurzame leefstijlverandering bij mensen met kanker of een amputatie, rekening houdend met mensen met verschillende gezondheidsvaardigheden (Melissa en Imke), leren revalideren (Lenneke) en wat kunnen we leren over theorie en psychologie achter gedragsverandering (Jeroen).

3. 2e (verbeterde) Simulatie revalidatiebehandeling (5 min)
   - Interactieve simulatie waarin een revalidatiearts, fysiotherapeut, mantelzorger en patiënt elkaar ontmoeten. Hierin zijn verbetersuggesties verwerkt op basis van de publieksinteractie.
4. Q&A (10 min)
   - Vragen uit het publiek en discussie over de toepassing van de gepresenteerde concepten.
   - Interactie met het publiek over het verbeteren van de samenwerking en de impact van gezondheidsvaardigheden.

E8

Van brein tot beleving: inclusieve zorg voor mensen met CP en/of ernstige (spraak)motorische beperkingen

Phd Johanna/ Joke Geytenbeek[1], Phd Student Juliet Hondtong[2], Msc Jade van Wegen[1], ervaringsdeskundige Karen of Chantal (nog niet bekend) volgt nog[1]
[1]Amsterdamumc, Revalidatiegeneeskunde, [2]AmsterdamUMC, o Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie en Psychosociale Zorg, [3]Ouder van een kind met CP

E8: Van brein tot beleving: inclusieve zorg voor mensen met CP en/of ernstige (spraak)motorische beperkingen, november 13, 2026, 14:15 - 15:30

Sessie omschrijving inclusief leerdoelen (max 200 woorden)
In dit mini-symposium komen verschillende onderzoeken over inclusieve zorg voor kinderen met CP en mensen met ernstige (spraak)motorische beperkingen samen. We bewandelen samen het pad van het brein tot de beleving van de patiënt en laten zien hoe we met inzichten op elk niveau de zorg voor deze doelgroep verbeteren. Ook spreekt een ouder van een kind met CP, die vertelt hoe we op basis van onze onderzoeken de voorlichting voor ouders kunnen verbeteren.

Leerdoelen:
- Een deelnemer krijgt inzicht in hoe hersenschade op de MRI, zowel het type als de ernst van de hersenbeschadiging, geassocieerd is met de taalbegripsontwikkeling en het dagelijks functioneren van kinderen met cerebrale parese.
- Een deelnemer maakt kennis met het veld van PROMs, waaronder het nut van PROMs, Item Response Theory (IRT) en de innovatieve ontwikkeling van PROMs voor mensen met een ernstige (spraak)motorische beperking die ingevuld kunnen worden met OC-methoden.
- Een deelnemer krijgt inzicht in wat de meerwaarde is voor ouders om meer fundamentele kennis te hebben van de taalbegripsontwikkeling bij de ontwikkeling van hun kind
- Een deelnemer krijgt inzicht over het verwerkingsproces van een ouder met een kind met CP over de uitslag van MRI onderzoek.

Voorzitter/sprekers met titels van de presentaties (max 200 woorden)
Voorzitter: Joke Geytenbeek

Sprekers:
- Jade van Wegen
  - Junior onderzoeker, Msc, neurowetenschapper en MA Philosophy Bioethics & Health
  - Afdeling Revalidatiegeneeskunde, Amsterdam UMC
- Juliet Hondtong,
  - PhD-onderzoeker, logopedist in opleiding
  - Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie en Psychosociale Zorg, Amsterdam UMC
- Joke Geytenbeek, PhD
  - Logopedist, logopediewetenschapper en senior onderzoeker
  - Afdeling Revalidatiegeneeskunde, Amsterdam UMC
- Ouder van een kind met CP

- Ervaringsdeskundigen; ouder van een kind met CP

Presentaties:
1. De relatie tussen hersenafwijkingen op structurele MRI, taalbegripsontwikkeling en functionaliteit in kinderen met cerebrale parese (JvW)
2. PROMs voor jongeren en volwassenen met een ernstige (spraak)motorische beperking (JH)
3. Fundamenteel inzicht in de taalbegripsontwikkeling: Transfer naar klinische praktijk:
4. Animaties over verschillende MRI patronen; wat helpt mij dat als ouder?

Indeling programma (max 200 woorden)
Introductie door voorzitter mini-symposium: 5 min
Presentatie 1: 15 min
Resultaten van het CP-CaLL MRI onderzoek, waarin is onderzocht hoe hersenschade op de MRI zich verhoudt tot de ontwikkeling van gesproken taalbegrip en andere maten van dagelijks functioneren van kinderen met cerebrale parese, waaronder grove en fijne motoriek, functionele communicatie en spraakverstaanbaarheid.

Presentatie 2: 15 min
De innovatieve Item Response Theory en Ondersteunde Communicatie methoden worden ingezet om PROMs te ontwikkelen voor mensen met een ernstige (spraak)motorische beperking. Met deze PROMs kunnen ervaringsdeskundigen direct rapporteren over hun ervaren fysieke, mentale en sociale gezondheid, zonder tussenkomst van ouder, verzorger of arts.

Presentatie 3: 15 min
Kennisoverdracht van de taalbegripsontwikkeling en toepassing hiervan naar de klinische praktijk is niet vanzelfsprekend. In deze presentatie wordt uiteengezet hoe belangrijk het is om ouders en overige communicatiepartners hierin mee te nemen en hoe kennis van het MRI beeld hierbij een rol kan spelen.

Presentatie 4: Ervaring van een ouder hoe de uitleg over de oorzaak van cerebrale parese bij hun kind wordt ervaren en waarom verdieping van deze uitleg en zelfs een animatie daarbij kan helpen.

Vragen en discussie – 15 min

Poster presentaties

Top 8 Posters

P1 Zijn voetdrukmetingen geschikt voor de objectieve evaluatie van botulinetoxine-behandelingen voor dystonie bij de Ziekte van Parkinson? – A.F.J. de Boer
P2 Wat bepaalt het beweeggedrag na een amputatie? De rol van vaardigheden en omgevingsfactoren: een mixed-methods studie in de klinische revalidatie – Yara van Boven
P3 Zelfgerapporteerde mRS 12 maanden na een herseninfarct: validatie van de Nederlandse smRSq – Lisanne Gilhuis
P4 CheckJeZit Tool voor Rolstoelgebruikers – Promotieplan voor Optimalisatie, Validatie en Evaluatie – Brecht Haakma
P5 Het verkennen van de haalbaarheid van rolstoelergometertraining met feedback- en intervalelementen bij personen met een dwarslaesie tijdens de revalidatie – Dionne Müller
P6 Gedragsmatige en psychosociale interventies voor slaapproblemen bij hartpatiënten: een systematische review en meta-analyse – Esmée Ooms
P7 ALS spreken niet meer vanzelfsprekend is: een experience-based co-design studie – Lobke Petit
P8 Hoe beoordelen patiënten telerevalidatie? Acht jaar ervaringen met een online patiëntenportaal – Zeb Weegink

Posters – Hersenletsel en Beroerte

P9 Interventies voor vermoeidheid bij kinderen, adolescenten en jongvolwassenen met niet-aangeboren hersenletsel in de revalidatiesetting: een systematische review – Florian Allonsius
P10 A blended e-health intervention for fatigue following acquired brain injury – Michelle Bertelkamp
P11 Bruggen bouwen voor het brein: naar inclusieve behandeling bij ernstig niet-aangeboren hersenletsel – Tim Crul
P12 Triage bij een beroerte: GRZ of MSR? – Lisa de Boer
P13 Van patiënt naar partner: de meerwaarde van ervaringsdeskundigheid en functionele diagnostiek bij complexe gevolgen van traumatisch hersenletsel – Esra de Ruiter
P14 NAHzorg-in-Beweging: Integratie van revalidatie en nazorg voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel is haalbaar en ondersteunt een actieve leefstijl na ontslag – Lianne de Vries
P15 Monitoren herstel bij afasie en spraakapraxie tijdens de revalidatie – Innovatie en validatie van een digitaal meetinstrument – Judith Feiken
P16 Determinants influencing physiotherapists' use of wearable activity monitors in geriatric stroke rehabilitation: A qualitative study – Marieke Geerars
P17 De modified Rankin Scale voorbij: haalbaarheid van online patiëntgerapporteerde uitkomstmaten voor langetermijnherstel in acute beroertestudies – Lisanne Gilhuis
P18 De Reporter's Test: op weg naar een Nederlandse normering! – Amber Haverkort
P19 CoRe@Home: Implementatie van een home-based computergestuurd cognitief revalidatie programma voor personen met niet-aangeboren hersenletsel – Majanka Heijenbrok-kal
P20 Patiëntperspectief op het triageproces na CVA – Cas Hilke
P21 Etnische verschillen in de presentatie en acute behandeling van een beroerte – Ying Xing Lee

P22 Ontwikkeling van een landelijk protocol voor mobiliseren na een subarachnoïdale bloeding: hoe mobiliseren de verschillende behandelcentra nu? – Inge Lim
P23 Je arm weer in beweging: onderzoek naar armkinematica en gebruikerservaringen met het VilPower-exoskelet bij mensen na een beroerte – Damion Lourensz
P24 Een voorstel voor eenduidige cognitieve diagnostiek voor patiënten met een beroerte in de klinische fase – Diana Oosterveer
P25 Posttraumatische groei na een beroerte: Een observationele prospectieve cohort studie – Diana Oosterveer
P26 Eerste ervaringen van CVA-patiënten met slimme toolkit voor stimuleren van inzet arm/hand in thuissituatie – Gerdienke Prange-Lasonder
P27 Motorisch herstel na een herseninfarct of -bloeding vindt onafhankelijk van cognitieve problematiek plaats – Elvira Ruijter
P28 Slaapkwaliteit bij poliklinische patiënten met niet aangeboren hersenletsel in Nederland: een inventarisatieonderzoek – Birgül Şahin
P29 Online cognitieve screening na een subarachnoïdale bloeding: De Amsterdam Cognition Scan – Teuni ten Brink
P30 De betrouwbaarheid, validiteit en responsiviteit van de IWW Neglect-test, een interactieve test voor het evalueren van neglect tijdens het lopen – Celine Timmermans
P31 Onderliggende mechanismen van verminderd ziekte-inzicht bij patiënten met hersenletsel in een revalidatiesetting: een prospectief cohort onderzoek – Yvonne van de Pasch
P32 Man-vrouw verschillen in lichamelijk functioneren en participatie na CVA: een prospectieve cohortstudie – Winke van Meijeren-Pont
P33 Planningsvaardigheden zijn geassocieerd met een beter leervermogen bij patiënten na een CVA – Laura Verbiest
P34 De inzet van predictiemodellen voor hand-arm herstel na een beroerte: Waarom worden predictiemodellen na een beroerte nauwelijks toegepast? –Tessa Verhoeff
P35 Trancraniële magnetische stimulatie voor herstel van de hand-arm functie na een beroerte: Een update van een multicentrum studie (B-STARS2) –Tessa Verhoeff

Posters – Neurodegeneratieve aandoeningen
P36 Volwassenen met de diagnose cerebrale parese en progressieve symptomen: overweeg hereditaire spastische paraparese in de differentiaaldiagnose, een case serie – Yvonne van de Pasch
P 37 Effect van het Exopulse Suit op mobiliteitsparameters en kwaliteit van leven in patiënten met Multipele Sclerose (MS): een pilot studie – Mark Y. van der Velde

Posters – Neuromusculaire aandoeningen
P38 Fysieke activiteit en training in het dagelijks leven bij patiënten met Duchenne spierdystrofie – Evelien Fleerakkers
P39 Patiënt voorkeuren, barrières en bevorderende factoren rondom fysieke activiteit en training bij Duchenne Spierdystrofie – Evelien Fleerakkers
P40 Kosteneffectiviteit van 3D-geprinte orthesen bij mensen met chronische handaandoeningen: protocol van een gerandomiseerde gecontroleerde non-inferioriteitsstudie – Lisse Geurink
P41 E-TECH NEURO: E-health voor veilig en zelfverzekerd thuis trainen bij neurologische aandoeningen; protocol van een multicenter interventiestudie – Amper Klomp

P42 Intensieve logopedische training van slikken bij volwassenen met een spierziekte – Amber Römkens
P43 Intensieve logopedische training van spreken bij volwassenen met een spierziekte – Amber Römkens
P44 Effectiviteit en kosteneffectiviteit van maatwerk- versus confectie-enkel-voetorthesen bij kuitspierzwakte als gevolg van neuromusculaire aandoeningen: studieprotocol van de CATE-trial – Daan Vermeulen

Posters – Dwarslaesie
P45 Lichaamssamenstelling en cardiometabool risico van personen met een chronische dwarslaesie met loopfunctie, en de relatie met fysieke activiteit – Stephen Butteling
P46 Beter screenen van overgewicht en obesitas bij mensen met een dwarslaesie: validatie van afkapwaarden voor BMI en buikomvang – Sonja de Groot
P47 Beweegrichtlijnen en vitaliteit bij mensen met een dwarslaesie in de chronische fase: resultaten uit de InSCI studie – Ingrid Kouwijzer
P48 Belemmerende en bevorderende factoren voor fysieke activiteit in eerste jaar na revalidatieontslag bij mensen met dwarslaesie en loopfunctie: kwalitatieve studie – Marthe Langerwerf
P49 Cervicale toediening van intrathecale baclofen bij een patiënt met een tetraplegie en slaapgerelateerde ademhalingsstoornissen – Ellen Maas
P50 Veranderingen in fysieke activiteit en sedentair gedrag na ontslag uit klinische revalidatie bij personen met een motorisch incomplete dwarslaesie – Marije Vos- van der Hulst

Posters – Amputatie
P51 Optimaliseren van arm–beenenergometers voor inspanningstesten bij mensen met een beenamputatie: een spierskeletmodelgestuurde benadering – Roos Duijn
P52 De SHOE-OFF trial: Implementatie van een landelijk offloading protocol voor plantaire voetulcera – Charlotte Hofma
P53 Arm-been ergometrie – een nieuwe methode voor het uitvoeren van inspanningstesten bij mensen met unilaterale bewegingsstoornissen – Cassandra Kraaijenbrink
P54 Accelerometrie-gemeten fysieke activiteit tijdens en na prothesetraining na een amputatie van de onderste extremiteit – Nina Mille
P55 Effectiviteit van protheses bij partiële hand- en vingeramputaties en reductiedefecten: een scoping review – Sietke Postema
P56 Morfologische en functionele veranderingen van heupspieren na een transfemorale amputatie – Reslin Schelhaas
P57 Veranderingen in functionele mobiliteit tijdens de vroege revalidatie na een transfemorale amputatie: de rol van heupfunctie – Reslin Schelhaas
P58 Keuze voor een armprothese: een vergelijking tussen proefprothesen en pasprothesen – Verena Schuurmans
P59 Postoperatieve uitkomsten tussen Burgess en sagittale incisie technieken bij transtibiale amputaties: een retrospectieve studie – Katelijne Stuart

Posters – Chronische aandoeningen, pijn en leefstijl
P60 Evaluatie van een gepersonaliseerd multidisciplinair obesitasprogramma binnen de revalidatie: voor wie werkt het en voor wie niet? – Sander Brink

P61 Prevalentie en risicofactoren van vermoeidheid 5-8 jaar na hartrevalidatie: follow-up van de OPTICARE trial – Inge van Loon
P62 Effectiveness of multidisciplinary rehabilitation in chronic low back pain: a pragmatic study with a waiting list control group – Twan van Opstal
P63 De menselijke factor; post-operatieve buikrevalidatie ter verbetering van functie en voorkoming van lange termijn complicaties – Jan-Paul van Wingerden
P64 De invloed van fysieke activiteit op kwaliteit van leven, angst en depressie bij volwassenen met een congenitale hartaandoening – Paulien Verbiest

Posters – Kinderrevalidatie
P65 Intensieve logopedische behandeling van bulbaire problemen bij kinderen met spierziekten – Karlijn Beckers
P66 De inzet van contextuele systeemtherapie als aanvullende behandelmethode binnen de klinische kinderrevalidatie – Jo-Anne (Jay) Brand Flu
P67 Tevredenheid over en het effect van de enkelvoetorthese type Ankle Light bij kinderen met cerebrale parese (CP): een cross-sectionele pilotstudie – Linda Britsemmer
P68 Hoe de geleefde ervaring van ouders bijdraagt aan een waardevollere inzet van de Canadian Occupational Performance Measure in de kinderrevalidatie – Laura Haffmans
P69 Hoe gaat het met de ouders? Ervaren zorgbelasting van ouders van kinderen met hersengerelateerde aandoening en de risicofactoren – Myrna Heydenrijk-Kikkert
P70 Het dagelijks functioneren van kinderen met een hersengerelateerde aandoeningen en de risicofactoren vanuit een diagnose overstijgend perspectief – Myrna Heydenrijk-Kikkert
P71 Kosteneffectiviteit van geoptimaliseerde enkelvoetorthesezorg bij kinderen met cerebrale parese: studieprotocol van de OPTI-CARE trial – Yvette Keij
P72 Applicaties voor informatie-uitwisseling professionals en kinderen/ouders: bomen snoeien en nieuwe paden maken in het bos – Anke Maas
P73 Ecologische validiteit van 3D-gangbeeldanalyse bij kinderen met cerebrale parese: invloed van het Hawthorne-effect en dubbeltaken op de kinematica. Een pilotstudie – Marc Nederhand
P74 Ouderperspectieven op succesvol armprothesegebruik van kinderen en jongeren – Mats van Gorkum
P75 Activiteiten- en participatiedoelen bij kinderen met cerebrale parese voor orthopedische ingrepen – Marloes van Haastrecht
P76 Netwerk Kind en NAH; resultaten van een eerste zorgevaluatie – Jeanine Voorman

Posters – Revalidatie zorg en onderwijs
P77 Van belofte naar praktijk: waarde creëren met technologie in de revalidatiezorg – Lilian Beijer
P78 Perspectieven van specialisten ouderengeneeskunde op persoonlijke en omgevingsfactoren in de geriatrische revalidatie – Veerle H.E.W. Brouwer
P79 Innovatiekracht in de gezondheidszorg: Een onderzoek naar de innovatiebereidheid van een revalidatieziekenhuis – Sanne Croes
P80 Leermethodiek Bewegen met Technologie! – Jeroen Davids
P81 Vernieuwing van het regionaal onderwijs voor revalidatieartsen in opleiding in onderwijs- en opleidingsregio oost nederland (oor-on). – Denise de Greef
P82 Hoe innovation ready zijn revalidatiecentra? Inzichten in knelpunten en kansen voor innoveren met zorgtechnologie – Marissa Gerards

P83 Steep Ramp Test in de praktijk: ontwikkeling van een toolkit voor gestandaardiseerde afname en interpretatie van een korte maximale inspanningstest – Saskia Huiberts
P84 Hoe kan je de impact van jouw revalidatietechnologie het best onderzoeken samen met de gebruikers? – Marian Hurmuz-Bodde
P85 Samen leren implementeren: spraakgestuurd rapporteren in de revalidatiezorg door samenwerking tussen vier centra – Bram Onneweer
P86 Ervaringen van patiënten en zorgverleners en gebruik van een generieke PROM-set bij start en einde revalidatie: een pilot-studie – Diana Oosterveer
P87 Embedded or Abandoned? Understanding Healthcare Professionals' Use of a Digital Rehabilitation Platform in Routine Care – Karlijn te Boekhorst
P88 Projecten die ertoe doen: Actie onderzoek in een revalidatie centrum –
Eline te Braake
P89 Mijn zelfmanagement gids: Zelfmanagement ondersteuning in de revalidatiezorg –
Eline te Braake
P90 Interdisciplinair opleiden van toekomstige zorgprofessionals: een behoefte analyse in het Radboudumc – Tiane Tilanus
P91 Rehabilitation as a Learning Process: Developing a Theoretical Framework for the Rehabilitation is Learning Approach – Rick van de Ven
P92 De dagelijkse praktijk als bron voor kwaliteit van revalidatiezorg – Larissa van den Bogaard
P93 Ontketende Zorg – co-creatie van een zorgpad in de MSR – Evert Veldman

P01

Zijn voetdrukmetingen geschikt voor de objectieve evaluatie van botulinetoxine-behandelingen voor dystonie bij de Ziekte van Parkinson?

drs A.F.J. de Boer[1,2], MSc. L. Verbiest[1], A.S.M. van Werkhoven[1,3], dr.ir. J.H. de Groot[1], dr. P.J. Homburg[1]
[1]Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), [2]Basalt Revalidatie, [3]Technische Universiteit Delft

Donderdag en vrijdag (top 8)

Introductie
Dystonie van het onderbeen bij de ziekte van Parkinson is geassocieerd met pijn en loopbeperkingen. Botulinetoxine-behandeling is effectief bij dystonie bij Parkinson, maar een objectieve evaluatiemethode van de behandelrespons ontbreekt.

Doelen
1.Evaluatie van het effect van botulinetoxine-behandeling op voetdruk-parameters.
2.Klinische toepasbaarheid van voetdrukmetingen bij Parkinson.

Patiënten/doelgroep
Parkinsonpatiënten met dystonie van het onderbeen.

Toegevoegde waarde voor de patiënt/klinische relevantie
Objectieve evaluatie van de behandelrespons na botulineneurotoxine-behandeling van dystonie bij Parkinson.

Methode
Retrospectief cohortonderzoek (N=32). Voetdrukmetingen (Footscan-V9) vonden plaats vóór en zes weken na botulinetoxine-behandeling. De meest behandelde spieren waren: flexor digitorum longus (N=16), tibialis posterior (N=15), soleus (N=10), flexor hallucis longus (N=8), extensor hallucis longus (N=7). Onderzochte voetdruk-parameters waren: plantaire drukverdeling, balans, Arc-index, afwikkelsnelheid en maximale druk onder tien voetregio's. Kwaliteit van de voetdrukmetingen werd beoordeeld. Statistische analyse middels de gepaarde t-toets en Wilcoxon signed-rank toets.

Resultaten
De maximale plantaire drukverschil tussen het aangedane en niet-aangedane been nam significant af na botulinetoxine-behandeling (p=0,046; N=31). Drukafname trad spierspecifiek op: onder digiti 2-5 na flexor digitorum longus-behandeling (p=0,030; N=15), onder digitus 1 na extensor hallucis longus-behandeling (p=0,043; N=7), en onder MTP5 na tibialis posterior-behandeling (p=0,050; N=15). Balans, Arc-index en afwikkelsnelheid veranderden niet significant. Toepasbaarheid: bij 16/32 patiënten was ≥1 stap (deels) buiten de plaat; 25 vertoonden een afwijkend afwikkelpatroon en 13 hadden steunname nodig.

Discussie en conclusie

Spierspecifieke drukveranderingen na botulinetoxine-behandeling kunnen worden geobjectiveerd middels voetdrukmetingen. Foutieve stappen, balansproblematiek en verminderde instrueerbaarheid beïnvloeden de meetkwaliteit.

Klinische boodschap
Voetdrukmetingen bieden potentieel een objectieve methode voor de evaluatie van botulinetoxine-behandelingen voor dystonie bij Parkinson.

P010

A blended e-health intervention for fatigue following acquired brain injury

Msc. Michelle Bertelkamp[1], Dr. Aglaia Zedlitz[2], Dr. Samantha Bouwmeester[3], Dr. Marthe Ford[4]
[1]Heliomare Revalidatie, [2]Leiden University, [3]Tilburg University, [4]University of Amsterdam

Donderdag

Objective: Fatigue is a common and disabling consequence of acquired brain injury (ABI). Despite the impact of fatigue in daily life, accessible and scalable treatment options remain limited. COGRAT, an evidence-based intervention combining cognitive therapy and graded activity training, has been shown to reduce fatigue after ABI. To improve accessibility while maintaining therapeutic effectiveness, a blended eHealth adaptation, e-COGRAT, was developed. This study evaluated the efficacy of e-COGRAT for individuals with fatigue following ABI.
Participants and methods: Twelve participants with ABI and complaints of fatigue were included and allocated to three different e-Cograt treatment groups (consisting of 12 weekly individual online sessions combined with 6 face-to-face group sessions). A randomized multiple baseline design was used to evaluate improvements in daily fatigue. Daily fatigue ratings and secondary outcome measures were collected throughout the study.
Results: Ten participants completed all treatment sessions and online assignments, indicating good feasibility and adherence. Visual analysis of daily fatigue ratings demonstrated reduced fatigue in five participants. Randomization tests showed a significant decrease in daily fatigue at the group level and significant improvements for most participants individually. Secondary outcome measures provided limited evidence of treatment effects.
Conclusions: e-COGRAT appears to be a promising blended intervention for reducing fatigue following ABI. High adherence rates and significant reductions in daily fatigue support its potential value in neurorehabilitation. Although the small sample size limits generalizability, these findings provide an important first step toward broader implementation. Larger controlled studies are needed to confirm efficacy and identify which patients benefit most.

P02

Wat bepaalt het beweeggedrag na een amputatie? De rol van vaardigheden en omgevingsfactoren: een mixed-methods studie in de klinische revalidatie

Drs Yara Van Boven[1], Drs. Lisenka te Lindert[1,2], Dr. Hanneke van der Krogt[1,3], Dr. Jorit Meesters[1,4], Dr. Aleid de Rooij[1,3]
[1]Basalt Revalidatie, afdeling Innovation, Quality and Research, [2]Rijksuniversiteit Groningen, Universitair Medisch Centrum Groningen, Afdeling Revalidatiegeneeskunde, [3]Leids Universitair Medisch Centrum, Afdeling Revalidatiegeneeskunde, [4]The Hague University of Applied Sciences, Center of expertise in Health Innovation

Donderdag en vrijdag (top 8)

Introductie: Vasculaire amputatiepatiënten bewegen vaak onvoldoende. Er is beperkte kennis over hun beweeggedrag, beweegcontext en de factoren die dit beïnvloeden.

Doel: Inzicht krijgen in hoeveelheid en context van bewegen en patiëntperspectieven op fysieke en psychologische capaciteit en omgevingsfactoren tijdens medisch specialistische klinische revalidatie.

Waarde voor patiënt: Beweeginterventies ontwikkelen afgestemd op de doelgroep voor maximale impact.

Methode: Beweegobservatie gedurende één therapiedag en semi-gestructureerde interviews; thematische analyse volgens het Capability, Opportunity and Motivation (COM-B) model en Theoretical Domains Framework (TDF).

Resultaten: 17 vasculaire amputatiepatiënten werden geïncludeerd (mediane opnameduur 23 dagen). Patiënten waren 82,5% (IQR 79%-89%) van de wakkere tijd sedentair. De resterende actieve tijd bestond voor 52% uit verplaatsen en 25% uit begeleide therapie. In 69% van de observaties waren patiënten alleen.
Invloeden op bewegen uit thematische analyse:
“Veranderde gezondheid en zelfregulatie”- Er was grote variatie in vaardigheden en kennis over zelfstandig bewegen. Beperkte zelfregulatie, fysieke gezondheid en gewoonten belemmerden.
“Beperkende structuur en gebrek aan sociale steun”- (Onduidelijkheid over) regels, lage therapiefrequentie en de zorgcultuur vormden belemmerende factoren om te bewegen, daarnaast ervoeren patiënten een gebrek aan (professionele) sociale steun bij zelfstandig bewegen.

Discussie en conclusie: Patiënten voegen weinig eigen beweegactiviteiten toe naast het therapierooster. Capaciteit en omgevingsfactoren spelen hierin een belangrijke rol.

Klinische boodschap: Richt beweeginterventies op het versterken van vaardigheden en kennis die patiënten en hun sociale omgeving nodig hebben om zelfstandig bewegen te

stimuleren en vol te houden. Creëer daarnaast een fysieke omgeving en organisatiecultuur die zelfstandig bewegen actief ondersteunt en faciliteert.

P03

Zelfgerapporteerde mRS 12 maanden na een herseninfarct: validatie van de Nederlandse smRSq

Lisanne Gilhuis[1], Emily Evans[1], Joris A. de Graaf[2,3], Sarah Zandvliet[1,4], Berber Zweedijk[5], Burak Konya[5], H. B. van der Worp[5], Bart Emmer[6], Ruud W. Selles[1,9,10], Majanka H. Heijenbrok-Kal[1,10]

[1]Afdeling Revalidatiegeneeskunde, Erasmus MC, Universitair Medisch Centrum Rotterdam, [2]Expertisecentrum voor Revalidatiegeneeskunde, UMC Utrecht Brain Center, Universitair Medisch Centrum Utrecht en De Hoogstraat Revalidatie, [3]Afdeling Revalidatie, Fysiotherapiewetenschap & Sport, UMC Utrecht Brain Center, Universitair Medisch Centrum Utrecht, [4]Afdeling Revalidatie, Donders Instituut voor Brein, Cognitie en Gedrag, Radboud Universitair Medisch Centrum, [5]Afdeling Neurologie en Neurochirurgie, UMC Utrecht Brain Center, Universitair Medisch Centrum Utrecht, [6]Afdeling Radiologie en Nucleaire Geneeskunde, Amsterdam UMC, Universiteit van Amsterdam, [7]Afdeling Revalidatiegeneeskunde, Amsterdam UMC, Amsterdam Neurosciences en Amsterdam Human Movement Sciences, [8]Afdeling Fysiotherapie en Bewegingswetenschappen, Northwestern University, [9]Afdeling Plastische en Reconstructieve Chirurgie en Handchirurgie, Erasmus MC, Universitair Medisch Centrum Rotterdam, [10]Rijndam Revalidatiecentrum

Donderdag en vrijdag (top 8)

Introductie:
De modified Rankin Scale (mRS) is in beroerteonderzoek de meest gebruikte uitkomstmaat. Deze schaal kan door middel van observatie, een face-to-face interview, of telefonisch interview worden afgenomen. De zelfgerapporteerde online Simplified Modified Rankin Scale Questionnaire (smRSq) biedt mogelijk een alternatief, maar de mate van overeenstemming met de telefonische interview-mRS is nog onvoldoende onderzocht in Nederland.
Doel:
Het bepalen van de overeenkomst tussen de online smRSq-score en de telefonische interview-mRS-score 12 maanden na een beroerte.
Patiënten/doelgroep:
Patiënten met een herseninfarct die zijn behandeld met endovasculaire trombectomie uit de DIVINE-cohortstudie binnen het CONTRAST 2.0-consortium met zowel de online smRSq-score als de telefonisch interview-mRS-score beschikbaar na 12 maanden.
Klinische relevantie:
Wanneer de online smRSq-score overeenkomt met de telefonische interview-mRS-score, laat dit zien dat patiënten zichzelf betrouwbaar kunnen scoren, wat tijd bespaart en de dataverzameling vereenvoudigt.
Methode:
Overeenstemming werd geanalyseerd met gewogen Cohen's Kappa met kwadratische weging, aangevuld met een dichotome mRS-analyse (mRS 0-2 vs. mRS 3-6) met ongewogen Kappa.
Resultaten:

Van de 44 patiënten bedroeg de gewogen kappa 0,73 (95%BI 0,56-0,90). Na dichotomisering was de kappa 0,71 (95%BI 0,47-0,95), met volledige overeenstemming in 39 van de 44 gevallen en in 5 gevallen week de classificatie af.

Discussie en conclusie:

De online smRSq laat op 12 maanden een 'gemiddelde' overeenstemming met de telefonische interview-mRS zien. Dit suggereert dat zelfrapportage een online alternatief is voor telefonische interviewafname, met een gemiddelde betrouwbaarheid.

Klinische boodschap

De smRSq biedt een online alternatief voor het telefonische interview-mRS op 12 maanden en ondersteunt een efficiëntere dataverzameling in herseninfarctstudies.

P04

CheckJeZit Tool voor Rolstoelgebruikers – Promotieplan voor Optimalisatie, Validatie en Evaluatie

Msc Brecht Haakma[1,2], PhD Margo van Hartingsveldt[3], PhD Trynke Hoekstra[2], PhD Janneke Nachtegaal[1], PhD Linda Valent[1]
[1]Revalidatiecentrum Heliomare, Afdeling Research & Development, [2]Vrije Universiteit Amsterdam, Afdeling Gezondheidswetenschappen en Amsterdam Movement Sciences, [3]Hogeschool van Amsterdam, Faculteit Gezondheid, Sport en Bewegen, Cluster Ergotherapie

Donderdag en vrijdag (top 8)

Onderwerp & Relevantie
CheckJeZit is een tool die rolstoelgebruikers inzicht geeft in de geschiktheid en fit van hun rolstoel en (risico's op) zit- en rijproblemen. De tool bestaat uit een vragenlijst en een feedbackrapport met als doel een positieve bijdrage aan gezondheid, functioneren en tevredenheid van de rolstoelgebruiker.

De vragenlijst bevat onderdelen zoals zitafmetingen, ervaren ondersteuning en gezondheidsuitkomsten (bijvoorbeeld decubitus, pijn, vermoeidheid). Ook wordt gevraagd naar de rolstoelfinancier. CheckJeZit is geschikt voor rolstoelgebruikers met diverse aandoeningen, rolstoeltypes en ervaring.

Rolstoelgebruikers kunnen op eigen initiatief de vragenlijst invullen, maar de tool wordt ook gebruikt in de zorg. Door het invullen komt de rolstoelgebruiker goed voorbereid op de zorgafspraak en door het feedbackrapport kan de zorgprofessional de zitproblemen efficiënter aanpakken.

Huidige status
De database bestaat momenteel uit meer dan 1600 ingevulde vragenlijsten. Verder is de vragenlijst vertaald naar andere talen en is er een internationaal consortium voor het doorontwikkelen van CheckJeZit(/The WheelchairCheck).

Plannen
Tijdens het promotietraject gaan we de vragenlijst optimaliseren, valideren en evalueren om CheckJeZit toekomstbestendig maken. Ten eerste zullen wij de vragenlijst optimaliseren en valideren door middel van een literatuuronderzoek en het raadplegen van experts met een Delphi contentvalidatiestudie. Ook zullen wij de gebruikerseffecten evalueren en de betrouwbaarheid onderzoeken voor gebruik in interventiestudies. Bovendien onderzoeken we de database om waardevolle inzichten op te doen voor de gezondheidszorg door bijvoorbeeld associaties tussen diagnosegroepen, rolstoel-fit, tevredenheid, functioneren en gezondheidsuitkomsten.

Patiëntenparticipatie
Tijdens het hele project betrekken wij een klankbordgroep van rolstoelgebruikers die vanuit hun diverse ervaringsdeskundigheid meedenken en meebeslissen.

P05

Het verkennen van de haalbaarheid van rolstoelergometertraining met feedback- en intervalelementen bij personen met een dwarslaesie tijdens de revalidatie

Drs. Dionne Müller[1,2], Dr. Riemer Vegter[1,2,3], Eline van den Bosch[1,2], Dr. Cassandra Kraaijenbrink[1,2], Prof. Dr. Han Houdijk[1,2], Dr. Rowie Terpstra-Janssen[1,2]
[1]Universitair Medisch Centrum Groningen, [2]Rijksuniversiteit Groningen, [3]Peter Harrison Centre for Disability Sports, School of Sport, Exercise and Health Sciences, Loughborough University

Donderdag en vrijdag (top 8)

Introductie: Een handbewogen rolstoel vraagt veel van de bovenste extremiteiten bij mensen met een dwarslaesie. Rolstoelergometertraining met feedback kan mogelijk de roltechniek en fysieke belasting verbeteren, maar de haalbaarheid binnen de revalidatie is nog onvoldoende onderzocht. Hiermee wordt de ervaring van de rolstoelgebruikers, de ervaren bruikbaarheid voor de behandelaren en de kwantitatieve waarde van de training bedoeld.
Doel: Het doel van de studie was om de ervaring met een rolstoelergometertraining van rolstoelgebruikers met een dwarslaesie en behandelaren te onderzoeken. Daarnaast werden de biofysiologische belasting van rolstoelvoortbeweging tijdens de revalidatie geëxploreerd.
Patiënten/doelgroep: Rolstoelgebruikers met een dwarslaesie en behandelaren (fysiotherapeuten en ergotherapeuten) in revalidatie.
Toegevoegde waarde voor de patiënt/klinische relevantie: De studie kan bijdragen aan verbeterde rolstoeltraining en efficiëntere rolstoelvoortbeweging, en mogelijk leiden tot vermindering van fysieke belasting en schouderklachten.
Patiëntenparticipatie in het onderzoek: Patiënten leverden actieve input via vragenlijsten en semigestructureerde interviews over gebruikservaringen en toepasbaarheid.
Methode: Mixed-methods observationele case serie met een pre-post design. De interventie bestond uit vijf trainingssessies op een rolstoelergometer onder begeleiding van onderzoekers en behandelaren, gecombineerd met feedback op voortbewegingstechniek en/of snelheidsvariaties. Er werden kwalitatieve (IMI en SUS vragenlijsten en semigestructureerde interviews) en kwantitatieve (ergometer- en spirometriegegevens) uitkomsten verzameld.
Resultaten: Rolstoelgebruikers rapporteerden positieve ervaringen. De gemiddelde SUS-score van behandelaren was 76,75, passend bij acceptabele bruikbaarheid. Daarnaast werden verbeteringen gezien in verschillende voortbewegings- en efficiëntieparameters.
Discussie en conclusie: Rolstoelergometertraining lijkt haalbaar binnen de dwarslaesierevalidatie, al zijn optimalisaties wenselijk voor implementatie in de praktijk.
Klinische boodschap: Rolstoelergometertraining biedt een veelbelovende aanvulling op revalidatie voor mensen met een dwarslaesie.

P06

Gedragsmatige en psychosociale interventies voor slaapproblemen bij hartpatiënten: een systematische review en meta-analysedo

Esmée Ooms[1,2], Inge van Loon[1,2], Annemarie Luik[3], Madoka Sunamura[2], Eric Boersma[4], Rita van den Berg-Emons[1], Nienke ter Hoeve[1,2]
[1]Afdeling revalidatiegeneeskunde, Erasmus MC, [2]Capri Hartrevalidatie, [3]Trimbos-instituut, [4]Afdeling cardiologie, Erasmus MC

Donderdag en vrijdag (top 8)

Doel
Meer dan 50% van de hartpatiënten ervaart slaapproblemen, wat nadelige gevolgen kan hebben voor hun herstel en cardiovasculaire gezondheid. Dit onderzoek evalueert de effecten van gedragsmatige en psychosociale interventies op slaap bij hartpatiënten.

Waarde voor patiënt
Het verbeteren van slaap krijgt binnen huidige hartrevalidatieprogramma's nog weinig aandacht. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen inzicht geven in welke interventies het meest effectief zijn om slaapproblemen tijdens hartrevalidatie te verbeteren.

Patiëntparticipatie
Deze review maakt deel uit van het OPTICARE RESST project, waarin patiënten actief hebben bijgedragen aan de opzet.

Zoekstrategie
Een systematische literatuurzoekactie werd uitgevoerd in MEDLINE, EMBASE, Web of Science, CINAHL en PsycINFO.

Selectie artikelen
Gerandomiseerde en niet-gerandomiseerde onderzoeken waarin gedragsmatige of psychosociale interventies werden vergeleken met standaardzorg voor hun effect op slaap bij hartpatiënten zijn geïncludeerd. Uitkomsten omvatten zelfgerapporteerde slaap (slaapkwaliteit, slapeloosheid) en objectief gemeten slaap (slaapduur, slaapefficiëntie).

Resultaten
In totaal werden 23 onderzoeken opgenomen in de meta-analyse. Gedragsmatige en psychosociale interventies leidden tot significante verbeteringen van gemiddeld 2.42 punten(95%CI 1.63-3.20) in zelfgerapporteerde slaapkwaliteit en gemiddeld 3.12 punten(95%CI 2.14-4.11) in slapeloosheid. Subgroepanalyses toonden verbeteringen voor alle typen interventies (ontspanning, cognitief/psychologisch, lichaamsbeweging/hartrevalidatie), met grotere verbeteringen bij personen met hartfalen dan bij personen met coronaire hartziekte. Er werd geen significante verbetering gevonden voor objectief gemeten slaap.

Conclusie

Gedragsmatige en psychosociale interventies verbeteren zelfgerapporteerde slaap bij hartpatiënten, terwijl effecten op objectieve slaapparameters niet werden gevonden, mogelijk door het lage aantal onderzoeken met objectieve maten. Deze bevindingen ondersteunen de integratie van niet-farmacologische slaapinterventies in hartrevalidatie en de behoefte aan vervolgonderzoek met objectieve uitkomstmaten.

P07

ALS spreken niet meer vanzelfsprekend is: een experience-based co-design studied

Msc. Lobke Petit[1,2], Dr. Maren van Rijssen[3], MSc. Lotte van der Schoot[4], Prof. Dr. Johanna Visser-Meily[1,2], Dr. Lizet Van Ewijk[3], Dr. Anita Cremers[4], Dr. Anita Beelen[1,2], Dr. Janneke Stolwijk-Swüste[1,2]
[1]UMC Utrecht, Divisie Hersenen, Afdeling Revalidatie, Fysiotherapiewetenschap en Sport, [2]Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht, [3]Hogeschool Utrecht, Lectoraat Logopedie: Participatie door Communicatie, [4]Hogeschool Utrecht, Lectoraat Co-Design

Donderdag en vrijdag (top 8)

Onderwerp
Dit onderzoeksproject richt zich op het ontwikkelen van interventies voor personen met ALS, PLS en PSMA (PALS) met communicatieproblemen en hun naasten. De focus ligt op het in kaart brengen van communicatieknelpunten in het dagelijks leven en het ontwerpen van kleinschalige, persoonsgerichte oplossingen die gesprekken ondersteunen.

Relevantie
80–95% van de PALS verliest het vermogen tot verbale communicatie, met grote gevolgen voor dagelijkse gesprekken. Communicatiehulpmiddelen alleen bieden onvoldoende ondersteuning om te kunnen participeren in alledaagse communicatiesituaties.

Patiëntenparticipatie
PALS en hun naasten nemen deel aan Experience Based Co-Design (EBCD) via interviews, observaties, reflectiesessies en co-designsessies. Zij geven richting aan inhoud en vorm van de interventies. Het onderzoek heeft veel aandacht voor inclusieve methoden, zodat ook mensen met ernstige communicatie- en motorische beperkingen volwaardig kunnen deelnemen.

Huidige status
Dertien PALS en naasten zijn geïnterviewd over communicatie in hun dagelijkse leven. Bij vijf PALS vonden observaties plaats in communicatiesituaties. PALS ervaren gevoelens van schaamte, afhankelijkheid en machteloosheid in communicatie. Situaties als telefoneren, winkelen en groepsgesprekken worden als moeilijk ervaren. Daarnaast blijkt dat communicatiepartners vaak weinig kennis hebben over communicatieproblemen bij ALS en gesprekken invullen of overnemen. PALS ervaren ook belemmeringen om hun communicatiehulpmiddel te gebruiken. Deze inzichten vormen de basis voor de “co-design-for-one”-trajecten waarin tussen mei en november 2026 persoonsgerichte oplossingen worden ontwikkeld.

Plan van aanpak
Na afronding van de ontwerptrajecten worden de context, mechanismen en uitkomsten van de ontworpen oplossingen systematisch onderzocht. Het project beoogt een contextgerichte aanpak voor communicatieondersteuning voor PALS, die mogelijk ook bruikbaar is voor andere diagnosegroepen.

P08

Hoe beoordelen patiënten telerevalidatie? Acht jaar ervaringen met een online patiëntenportaal

Zeb Weegink[1], Dr. Rikke Aune Asbjørnsen[1], Ina Flierman[1], Dr. Stephanie Jansen – Kosterink[1]
[1]Roessingh Centrum voor Revalidatie

Donderdag en vrijdag (top 8)

Introductie: Patiëntenportalen zoals Telerevalidatie (TR) worden steeds vaker ingezet binnen medisch-specialistische revalidatie. Inzicht in patiëntervaringen is hierbij belangrijk.

Doel: Onderzoeken hoe patiënten een patiëntenportaal ervaren en welke factoren daarbij een rol spelen.

doelgroep: Revalidatiepatiënten die het portaal gebruikten tussen juli 2018 en februari 2026.

Klinische relevantie: Resultaten bieden inzichten voor inzet en ontwikkeling van TR.

Patiëntenparticipatie: Patiënten zijn betrokken via een vragenlijst over hun wensen en ervaringen met TR. Ervaringen van patienten vormen de kern van dit onderzoek.

Methode: Een zelf ontwikkelde vragenlijst is via het portaal aan patiënten binnen Roessingh verspreid. Van de 3074 reacties werden 713 geëxcludeerd (portaal niet gebruikt), n=2361. Verschillen zijn getoetst met Kruskal-Wallis en Dunn post-hoc tests, trends met Spearman correlatie.

Resultaten: De gemiddelde leeftijd van het cohort is 46,7 jaar (SD 17,6, n=879) en 58,7% is vrouw (n=973). Deelnemers gaven een gemiddeld rapportcijfer van 6,3 (SD 2,2, mediaan 7, n=887). 81,9% (n=1199) ervaarde toegevoegde waarde en 79,9% (n=1148) zag het niet als vervanger van reguliere behandeling. De factoren “makkelijker contact” (3,48) en “behoud van persoonlijk karakter” (3,40) scoorde het positiefst op een 5 punt likert-schaal. Rapportcijfers verschilden tussen behandelteams ($p<0,001$), “NMA/ALS/MS” en “kinderen” scoorden het hoogst. Rapportcijfers toonde geen lineaire trend over de jaren heen ($\rho=0,04$; $p=0,22$).

Discussie/conclusie: Patiënten beoordelen TR overwegend positief, vooral als aanvulling op reguliere behandeling, en ervaren vooral makkelijker contact via het portaal.

Klinische boodschap: TR wordt door patiënten gezien als waardevolle aanvulling en (nog) niet als vervanger van reguliere revalidatie. Inzet kan het best worden afgestemd op de populatie.

P09

Interventies voor vermoeidheid bij kinderen, adolescenten en jongvolwassenen met niet-aangeboren hersenletsel in de revalidatiesetting: een systematische review

Dr. Florian Allonsius[1], Drs. Marjolijn de Koning[1], Dr. Maaike Gademan[2], prof. dr. Thea Vliet Vlieland[1,2], Dr. Menno van der Holst[1,2]
[1]Basalt revalidatie, [2]Leids Universitair Medisch Centrum

Donderdag

Doel: Het systematisch identificeren/samenvatten van de literatuur waarin effect en/of procesevaluaties van interventies gericht op vermoeidheid bij kinderen, adolescenten en jongvolwassenen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH) in de revalidatie worden beschreven.
Relevantie: Vermoeidheid na NAH kan de participatie (school/werk, hobby's, sport) en kwaliteit van leven (KvL) beperken. Inzicht in de effecten van interventies om vermoeidheidsgerelateerde klachten te verminderen ondersteunt de klinische besluitvorming in de revalidatie.
Zoekstrategie&Methode: PubMed/MEDLINE, Cochrane-CENTRAL, CINAHL en WoS-Core-Collection werden doorzocht op Engels-en Nederlandstalige publicaties tussen 2006-2026. Gecontroleerde of observationele studies werden geïncludeerd wanneer zij de effecten en/of haalbaarheid van een niet-farmacologische interventie evalueerden bij kinderen, adolescenten of jongvolwassenen (8-20 jaar) met NAH. Uitkomsten konden betrekking hebben op vermoeidheid, participatie, KvL, en therapietrouw/uitval. Methodologische kwaliteit/risico op bias werd beoordeeld met RoB-2, ROBINS-I en JBI voor gerandomiseerde, quasi-experimentele en observationele studies.
Resultaten: Vier studies (uit zes publicaties) werden geïncludeerd: twee gerandomiseerde studies, een quasi-experimentele studie en een observationele pilotstudie. Interventies betroffen cognitieve strategietraining, psycho-educatie en fysieke therapie. Door heterogeniteit vond narratieve synthese plaats. Uitkomsten op de belangrijkste pijler, vermoeidheid, waren inconsistent: één gerandomiseerde studie liet een gunstig effect op vermoeidheid als secundaire uitkomst zien; overige studies toonden geen duidelijke positieve effecten op vermoeidheid. Uitkomsten op procesevaluatie werden beperkt gerapporteerd. Risico op bias beperkte de bewijskracht; twee publicaties hadden "some concerns", vier vielen onder "high risk".
Conclusie: Recente studies naar vermoeidheidsinterventies bieden nog geen sluitend bewijs voor een goed onderbouwde aanpak om vermoeidheidsgerelateerde klachten bij jonge mensen met NAH in de revalidatie te verminderen. Dit benadrukt het belang van verdere interventieontwikkeling.

P11

Bruggen bouwen voor het brein: naar inclusieve behandeling bij ernstig niet-aangeboren hersenletsel

Dr. Tim Crul[1], Dr. Willemijn van Erp[2,3,4]
[1]Radboudumc Afdeling Revalidatie, [2]Radboudmc Afdeling Eerstelijns Geneeskunde,
[3]Accolade Zorg, [4]Libra Revalidatie & Audiologie

Donderdag

Protocol goedgekeurd door: ZonMW subsidie Academische bruggenbouwers ouderengeneeskunde voor aanstelling PhD-student.

Introductie: Voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH) is revalidatie van levensbelang. In Nederland kun je daarvoor in revalidatiecentra en verpleeghuizen terecht. Bij lichamelijke kwetsbaarheid of onzekerheid over uiteindelijke ontslag locatie worden mensen regelmatig niet toegelaten tot een revalidatiecentrum, ook al ben je eigenlijk te jong voor een geriatrische revalidatieplek. In 2020 trokken specialisten ouderengeneeskunde en revalidatieartsen aan de bel omdat ze samen betere zorg wilden bieden aan mensen tussen 18 en 65 jaar met ernstig NAH. Met dit nieuwe onderzoek komen we te weten hoe het deze patiënten vergaat en welke knelpunten we samen moeten en kunnen oplossen.
Onderzoeksvraag: Hoe vergaat het mensen met NAH tussen 18 en 65 jaar die na opname in het ziekenhuis elders worden opgenomen dan een revalidatiecentrum.

Methode: Het project bestaat uit meerdere onderzoeken:.
- Prospectief observationele cohortstudie naar mensen met NAH tussen 18-65 jaar gedurende opname in het ziekenhuis. Op basis van ontslag locatie worden patiënten gegroepeerd en met elkaar vergeleken.
- Prospectief observationele cohortstudie van mensen met NAH tussen 18-65 jaar die worden opgenomen in geriatrische revalidatiezorg of verpleeghuiszorg. Zij worden gedurende 2-3 jaar gevolgd. Deze groep wordt gematcht met patiënten die zijn opgenomen in medische specialistische revalidatie vanuit Stichting Revalidatie Impact.

Toegevoegde waarde voor patiënten en klinische praktijk: inclusieve revalidatie, die mensen ongeacht leeftijd, ernst van het letsel of achtergrond helpt op weg naar betekenisvol herstel.

Patiëntparticipatie: Patiëntenvereniging Hersenletsel.nl is middels de participatiematrix nauw betrokken in het gehele onderzoek.

P12

Triage bij een beroerte: GRZ of MSR?

MSc Lisa de Boer[1], Veerle Brouwer[2,3,4], Prof. Dr. Anne Visser-Meily[5,6], MD PhD (Dr.) Willemijn van Erp[7,8,9], Dr. Joris de Graaf[5,6]
[1]De Hoogstraat Revalidatie, [2]AxionContinu, [3]Afdeling Public Health en Eerstelijns Geneeskunde LUMC, [4]Universitair Netwerk voor de Care sector Zuid Holland, LUMC, [5]Afdeling Revalidatie, Fysiotherapiewetenschap & Sport, UMC Utrecht Brain Center, Universitair Medisch Centrum Utrecht, [6]Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde, UMC Utrecht Brain Center, Universitair Medisch Centrum Utrecht en de Hoogstraat Revalidatie, [7]Radboudumc, [8]Accolade Zorg, [9]Libra Revalidatie & Audiologie

Donderdag

Introductie: de keuze tussen medisch specialistische revalidatie (MSR) en geriatrische revalidatiezorg (GRZ) na een beroerte wordt steeds complexer. Leeftijd en multimorbiditeit zijn niet langer vanzelfsprekende onderscheidende triagecriteria, waardoor de indicatiestelling berust op een samenspel van factoren dat nog onvoldoende is beschreven.

Doel: onderzoeken welke demografische, pre-morbide en beroertegerelateerde factoren samenhangen met de verwijzing naar MSR danwel GRZ, waarbij aanvullend werd ingezoomd op GRZ-patiënten <70 jaar en MSR-patiënten >70 jaar.

Patiënten: volwassenen met een beroerte

Klinische relevantie: meer transparantie in de indicatiestelling voor klinische revalidatie

Methode: data vanuit de multicenter prospectieve longitudinale Restore4Stroke Cohort studie (2011-2013) werden geanalyseerd. Verschillen in demografische, pre-morbide en beroertegerelateerde factoren werden onderzocht.

Resultaten: in totaal werden 395 patiënten geïncludeerd met ontslagbestemming MSR n=59, GRZ n=58, thuis n=278. Verwijzing naar de MSR was geassocieerd met een lagere leeftijd ($p<0.001$), vrouwelijk geslacht ($p=0.05$), een relatie ($p=0.007$), hoger opleidingsniveau ($p=0.001$), hogere frequentie (vrijwilligers)werk ($p<0.001$), minder comorbiditeit ($p=0.018$), minder beroerterecidieven ($p=0.007$) en minder cognitieve stoornissen ($p=0.004$). In de groep GRZ-patiënten <70 jaar werden ernstigere beroertes gezien t.o.v. de MSR-patiënten >70 jaar.

Conclusie: ondanks de grotere overlap tussen GRZ en MSR blijven leeftijd en comorbiditeit een onderscheidende factor. Daarnaast spelen pre-morbide factoren en demografische factoren een grotere rol dan beroertegerelateerde factoren. Bij de jongere GRZ-patiënt en oudere MSR-patiënt lijken juist beroertegerelateerde factoren bepalend, mogelijk samenhangend met een verminderde belastbaarheid bij een ernstige beroerte.

Klinische boodschap: het is belangrijk dat de triagerend arts zich bewust is van de grote invloed van persoonlijke en omgevingsfactoren uit het ICF-model op het triageproces.

P13

Van patiënt naar partner: de meerwaarde van ervaringsdeskundigheid en functionele diagnostiek bij complexe gevolgen van traumatisch hersenletsel

Msc Cognitive Neuroscience Esra De Ruiter[1]
[1]Radboudumc, Donders Institute for Brain, Cognition, and Behaviour, Radboud University

Donderdag

Deze bijdrage beschrijft de langetermijngevolgen van ernstig traumatisch hersenletsel (TBI) vanuit het perspectief van een patiënt werkzaam binnen de cognitieve neurowetenschappen. Aan de hand van een persoonlijk verhaal worden de dagelijkse gevolgen van diffuus axonaal letsel (DAI) inzichtelijk gemaakt, met bijzondere aandacht voor klachten die vaak moeilijk objectiveerbaar zijn, zoals neurofatigue, sensorische overbelasting, visuele informatieverwerkingsproblemen en functionele neurologische symptomen.

Veel mensen met traumatisch hersenletsel ervaren beperkingen die niet altijd zichtbaar worden binnen standaard diagnostische trajecten. Bovendien zijn deze klachten vaak moeilijk onder woorden te brengen, waardoor een kloof kan ontstaan tussen wat een patiënt ervaart en wat een zorgprofessional begrijpt. Deze bijdrage laat zien hoe die kloof het herkennen van problemen en het vinden van passende behandelstrategieën kan bemoeilijken.

De spreker is zowel patiënt als wetenschapper en reflecteert vanuit beide rollen op diagnostiek, revalidatie en dagelijks functioneren na hersenletsel.

De presentatie werd eerder gegeven tijdens het Academy for Multidisciplinary Neurotraumatology (AMN) congres in Istanbul en daar zeer positief ontvangen. Klinische gegevens, functionele diagnostiek en persoonlijke ervaringen worden gecombineerd om inzicht te geven in de complexe realiteit van leven met ernstig traumatisch hersenletsel. Hierbij wordt aandacht besteed aan technieken zoals eye-tracking, qEEG en functionele beeldvorming en hun meerwaarde voor het zichtbaar maken van beperkingen die binnen reguliere diagnostiek en revalidatie niet altijd worden herkend.

Deze bijdrage beoogt een discussie op gang te brengen over de rol van ervaringsdeskundigheid en functionele diagnostiek binnen de neurorevalidatie. De centrale boodschap is dat patiëntperspectieven essentieel zijn voor het begrijpen en verbeteren van functioneren na hersenletsel.

P14

NAHzorg-in-Beweging: Integratie van revalidatie en nazorg voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel is haalbaar en ondersteunt een actieve leefstijl na ontslag.

Dr. Lianne De Vries[1], MD, PhD Erik Grauwmeijer[1,2], Dr. Erwin Ista[3,4], Prof, MD, PhD Gerard Ribbers[1], PhD Rita van den Berg-Emons[1], Dr. Majanka Heijenbrok-kal
[1]Erasmus MC, Universitair Medisch Centrum Rotterdam, Afdeling Revalidatiegeneeskunde, [2]Rijndam Revalidatie, [3]Erasmus MC, Universitair Medisch Centrum Rotterdam, Afdeling Interne Geneeskunde, Sectie Verplegingswetenschappen, [4]Erasmus MC-Sophia Kinderziekenhuis, Universitair Medisch Centrum Rotterdam, Afdeling Intensive Care Neonatologie en Kinderen, Divisie Intensive Care Kinderen

Donderdag

Introductie: Patiënten met niet-aangeboren hersenletsel (NAH) hebben behoefte aan langdurige nazorg dichtbij huis, inclusief begeleiding naar een actieve leefstijl.
Doel: Het implementeren van de NAHzorg-in-Beweging-interventie voor mensen met NAH in de regio Rotterdam en het evalueren van implementatie en effecten op actieve leefstijl en kwaliteit van leven (KvL).
Doelgroep: Mensen met NAH die medisch-specialistische revalidatie (MSR) volgen.
Toegevoegde waarde voor de patiënt: De NAHzorg-interventie biedt beweegadvies op maat rondom ontslag uit de MSR en ondersteunt mensen met NAH bij het vinden van passende sport- en beweegactiviteiten.
Patiëntenparticipatie in het onderzoek: Mensen met NAH waren betrokken bij de subsidieaanvraag en de (door)ontwikkeling van de interventie.
Methode: Pre-post implementatieonderzoek met proces- en effectevaluatie volgens het RE-AIM model. De interventie groep diende tijdens de revalidatie aangemeld te worden bij SportMEE voor sport- en beweegadvies. Bij de controlegroep (pre-implementatie) gebeurde dit niet. Het implementatieproces werd geëvalueerd met focusgroepen en interviews. Effecten werden onderzocht met functionele en cognitieve testen, vragenlijsten en activiteitenmonitoring, direct na ontslag en na 3, 6 en 12 maanden.
Resultaten: 48 interventie- en 21 controledeelnemers werden geïncludeerd. 92% van de interventiegroep werd aangemeld bij SportMEE, waarvan 81% succesvol sportadvies kreeg. Verdere implementatieproces- en effectresultaten (6 maanden follow-up) worden op het congres gedeeld.
Discussie en conclusie: Implementatie van de NAHzorg-in-Beweging-interventie binnen de MSR is haalbaar; vrijwel alle deelnemers werden tijdens de revalidatie aangemeld bij SportMEE. Het merendeel werd succesvol begeleid naar passende sport- en beweegactiviteiten.
Klinische boodschap: De NAHzorg-interventie kan een actieve leefstijl en KvL van patiënten verbeteren, waardoor revalidatieresultaten mogelijk langer beklijven.

P15

Monitoren herstel bij afasie en spraakapraxie tijdens de revalidatie - Innovatie en validatie van een digitaal meetinstrument.

Phd Judith Feiken[1], drs Bart Buijze[3], Dr. D.A. Dörte de kok[2], prof. dr. Roel Jonkers[2]
[1]Umcg Centrum voor Revalidatie, [2]Center for Language and Cognition, Rijksuniversiteit Groningen, [3]STAPP Solutions

Donderdag

Doen van effectiviteitsonderzoek in de revalidatiefase is een uitdaging. Om te kunnen bepalen welke invloed spraak- en taaltherapie daadwerkelijk heeft op het herstel bij afasie en spraakapraxie, is een andere manier van klinimetrie nodig. Nodig is een cross-over studiedesign en een meetinstrument dat de mogelijkheid biedt om met korte intervallen te meten (Van Dongen, 2021).
Het Procesgeoriënteerd Assessment Instrument voor afasie en spraakapraxie (PAI A/SA) is een webtool met second screen-technologie. Het kan heel gericht het functioneren van verschillende spraak- en taalprocessen monitoren. Bij het testen worden responses deels automatisch geregistreerd en gescoord. Dit zorgt voor tijdbesparing, maar ook dat therapie voortdurend op maat kan worden bijgestuurd.
Voor het vastleggen van psychometrische eigenschappen hebben tot nu toe twee deelonderzoeken plaatsgevonden:

1. Normeringsonderzoek bij 43 niet-taalgestoorde proefpersonen, waarmee de eerste normgegevens zijn vastgesteld.
2. Betrouwbaarheidsonderzoek bij 11 personen met afasie en spraakapraxie in de chronische fase, waarmee is vastgesteld dat de A- en B versies van de verschillende taken vergelijkbaar zijn, zodat ze onderling kunnen worden uitgewisseld om leereffect tegen te gaan.

Momenteel vindt middels multicenter onderzoek plaats binnen 6 revalidatiecentra in Nederland:

3. Normering- en validatie-onderzoek bij personen met afasie en spraakapraxie in de revalidatiefase. De taken worden vergeleken met vergelijkbare taken uit het regulier onderzoek (CAT-NL).
4. Responsiviteitsonderzoek, om de mogelijkheden vast te stellen om herstel te detecteren binnen 2 à 3 weken.

Plan is om het meetinstrument in de toekomst te gaan verbinden aan het therapeutische platform van STAPP, zodat conclusies linea recta kunnen vertaald naar gerichte oefenprogramma's.

P16

Determinants influencing physiotherapists' use of wearable activity monitors in geriatric stroke rehabilitation: A qualitative study

Msc Marieke Geerars[1], PhD Marion Sommers-Spijkerman[1], MSc Haniyeh Shoughiniya[1], PhD Marije Holstege[3], PhD MD Anne Visser-Meily[1], PhD Martijn F. Pisters[1]
[1]UMCUtrecht , [2]Axioncontinu, [3]Omring

Donderdag

Background and Purpose
During inpatient geriatric rehabilitation, stroke survivors are often inactive outside therapy sessions, which may hinder recovery. Wearable activity monitors could support recovery by addressing movement behavior, but are rarely used by physiotherapists (PTs). This study aimed to identify determinants influencing PTs' use of wearable activity monitors in geriatric stroke rehabilitation.
Methods
Open interviews were conducted with Dutch PTs working in geriatric stroke rehabilitation, to explore their beliefs about wearable activity monitors. Data were analyzed using both directed and conventional qualitative content analysis, guided by the updated Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR 2.0) and the Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT). Determinants were identified and categorized across five domains: 1) innovation, 2) outer setting, 3) inner setting, 4) individuals and 5) implementation process.
Results
Fifteen PTs were interviewed. Although generally open to using wearables, PTs reported that adoption was hindered by limited device performance, including difficulties measuring atypical movements, slow walking speed, and rollator or wheelchair use. These limitations reduced confidence in wearable-derived data, perceived clinical value, and clarity regarding device selection. Adoption was further influenced by beliefs about usability and feasibility, the skills and abilities of both PTs and stroke survivors, and the heterogeneity of the geriatric stroke population.
Conclusion
Adoption of wearable activity monitors in geriatric stroke rehabilitation was influenced by device-related, personal, organizational, and contextual determinants. Improving device performance and providing guidance on device selection, clinical application, coaching, and workflow integration may support successful implementation.

P17

De modified Rankin Scale voorbij: haalbaarheid van online patiëntgerapporteerde uitkomstmaten voor langetermijnherstel in acute beroertestudies

Lisanne Gilhuis[1], Joris A. de Graaf[2,3], Emily Evans[1], Sarah Zandvliet[1,4], Majanka H. Heijenbrok-Kal[1,5], P. C. Nguyen[6,7], M.H. Lahr[6], M. Uyttenboogaart[8,9], H. B. van der Worp[10], B. J. Emmer[11], H. D. Boogaarts[12], B. Zweedijk[10], Philippine B. van Wijngaarden[10], M.D.I. Vergouwen[10], Burak Konya[10], Carel Meskers[13,14], Ruud W. Selles[1,5,15]
[1]Afdeling Revalidatiegeneeskunde, Erasmus MC, Universitair Medisch Centrum Rotterdam, [2]Expertisecentrum voor Revalidatiegeneeskunde, UMC Utrecht Brain Center, Universitair Medisch Centrum Utrecht en De Hoogstraat Revalidatie, [3]Afdeling Revalidatie, Fysiotherapiewetenschap & Sport, UMC Utrecht Brain Center, Universitair Medisch Centrum Utrecht, [4]Afdeling Revalidatie, Donders Instituut voor Brein, Cognitie en Gedrag, Radboud Universitair Medisch Centrum, [5]Rijndam Revalidatiecentrum, [6]Afdeling Health Technology Assessment, Afdeling Epidemiologie, Universitair Medisch Centrum Groningen, [7]Faculteit Farmaceutisch Management en Economie, Hanoi Universiteit voor Farmacie, [8]Afdeling Neurologie, Universitair Medisch Centrum Groningen, [9]Afdeling Radiologie, Medisch Beeldvormingscentrum, Universitair Medisch Centrum Groningen, [10]Afdeling Neurologie en Neurochirurgie, UMC Utrecht Brain Center, Universitair Medisch Centrum Utrecht, [11]Afdeling Radiologie en Nucleaire Geneeskunde, Amsterdam UMC, Universiteit van Amsterdam, [12]Afdeling Neurochirurgie, Radboud Universitair Medisch Centrum, [13]Afdeling Revalidatiegeneeskunde, Amsterdam UMC, Amsterdam Neurosciences en Amsterdam Human Movement Sciences, [14]Afdeling Fysiotherapie en Bewegingswetenschappen, Northwestern University, [15]Afdeling Plastische en Reconstructieve Chirurgie en Handchirurgie, Erasmus MC, Universitair Medisch Centrum Rotterdam

Donderdag

Introductie
De modified Rankin Scale (mRS) is de meest gebruikte uitkomstmaat na een herseninfarct of hersenbloeding in onderzoek, maar biedt slechts beperkt inzicht in het bredere herstelproces. Online patiëntgerapporteerde uitkomstmaten (PROMs) bieden een gedetailleerder beeld; het is echter onduidelijk in hoeverre beroertepatiënten deze kunnen en willen invullen.
Doel
Het evalueren van de haalbaarheid en gebruiksvriendelijkheid van online PROM-afname binnen twee acute beroertecohorten.
Patiënten/doelgroep
Patiënten uit de cohortstudies DIVINE (herseninfarct) en MEASURE (subarachnoïdale bloeding) binnen het CONTRAST 2.0-consortium.
Klinische relevantie
Online PROMs vullen de mRS aan door herstelaspecten vanuit patiëntperspectief mee te nemen.
Methode
Patiënten ontvingen 3 en 12 (DIVINE) of 6 en 18 maanden (MEASURE) na het event vragenlijsten per e-mail. De gevalideerde PROM set (± 60 minuten) omvatte fysieke,

emotionele en cognitieve functies, participatie, kwaliteit van leven, zorggebruik, medische consumptie en werk. Na afloop konden patiënten een gebruiksvriendelijkheidsenquête invullen.
Resultaten
Binnen DIVINE voltooiden 382/609 patiënten (63%) de vragenlijst na 3 maanden en tot dusver 295/433 (68%) na 12 maanden. Binnen MEASURE voltooiden tot dusver 325/391 patiënten (83%) de vragenlijst na 6 maanden en 72/91 (79%) na 18 maanden. Sinds februari 2026 hebben 36 respondenten de gebruiksvriendelijkheidsenquête ingevuld. Het merendeel gaf aan de vragenlijsten zonder moeite of hulp te hebben ingevuld.
Conclusie
Online PROMs zijn haalbaar en gebruiksvriendelijk voor patiënten met een herseninfarct of subarachnoïdale bloeding met responspercentages van 60–80%.
Klinische boodschap
Online PROMs vormen een haalbare en potentieel waardevolle aanvulling op traditionele uitkomstmaten en dragen bij aan een patiëntgerichtere evaluatie van herstel na een herseninfarct of subarachnoïdale bloeding.

P18

De Reporter's Test: op weg naar een Nederlandse normering!

Drs. Amber Haverkort[1], Cornelie Andela[1], Evy Visch-Brink[2]
[1]LUMC, [2]Erasmus Universiteit

Donderdag

Introductie
De Reporter's Test (RT) beoordeelt de expressieve taalvaardigheden van patiënten met afasie. Momenteel ontbreken Nederlandse normgegevens. Gezien de beperkte beschikbaarheid van Nederlandse diagnostische instrumenten voor het beoordelen van expressieve taalvaardigheden, is het van essentieel belang om Nederlandse normgegevens te verzamelen.

Doel
Het doel van deze studie is het verzamelen van normgegevens bij een Nederlandstalige gezonde populatie en het onderzoeken van de invloed van demografische kenmerken.

Patiënten/doelgroep
Gezonde Nederlandse participanten.

Toegevoegde waarde voor de patiënt/klinische relevantie
De RT is een kort diagnostisch instrument voor het bepalen van mondelinge expressieve taalvaardigheden bij afasie door het uitlokken van semi-spontane taal.

Patiëntenparticipatie in het onderzoek
N.v.t.

Methode
73 gezonde Nederlandse participanten zijn geïncludeerd en getest met de RT. De invloed van demografische eigenschappen (leeftijd, geslacht en opleidingsniveau) op de RT-scores zijn geanalyseerd middels een regressieanalyse.

Resultaten
De resultaten laten zien dat een hogere leeftijd geassocieerd was met een lagere RT totaalscore ($B=-0.585$, $p<.001$), meer fouten ($B=0.001$, $p<.001$) en meer zelfcorrecties ($B=0.001$, $p<.01$). Daarnaast produceerden mannen meer herhalingen dan vrouwen ($B=-0.672$, $p=.017$). Een lager opleidingsniveau was geassocieerd met een lagere RT totaalscore ($B=0.285$, $p<.05$) en meer fouten ($B=-0.186$, $p<.001$).

Discussie en conclusie
Met de huidige studie is Nederlandse normdata verkregen voor de RT. Deze studie toont tevens het belang van demografische eigenschappen bij de interpretatie van de RT.

Klinische boodschap
Deze normdata is de eerste stap in de richting van een Nederlandse normering en implementatie van de RT.

P19

CoRe@Home: Implementatie van een home-based computergestuurd cognitief revalidatie programma voor personen met niet-aangeboren hersenletsel

Dr. E.A. de Vries[1], Dr. J. Berentschot[1], Mw. S. van Wissen[1,2], Dr. E. Ista[1], dhr. A. van Dongen[3], dhr. O. Wagenaar[2], Mw. C.J.C. Luijkx[1,2], Dr. E. Grauwmeijer[1,2], Dr. Majanka Heijenbrok-kal[1]
[1]Erasmus Mc, [2]Rijndam Revalidatie, [3]Hersenletsel.nl

Donderdag

Onderwerp:
Implementatie van computergestuurde cognitieve therapie (CCT) vanuit huis in combinatie met metacognitieve strategietraining op de polikliniek van het revalidatiecentrum.
Relevantie:
Cognitieve klachten zijn de meest voorkomende en invaliderende gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel (NAH). We verwachten dat de combinatie van persoonlijke therapie op de polikliniek met training vanuit huis betere zorg op maat oplevert, met meer eigen regie voor de patiënt met NAH. Zo kan de re-integratie sneller verlopen en de kwaliteit van leven verbeteren. Therapeuten kunnen de vorderingen van patiënten digitaal volgen en bijsturen, waardoor zij beter inzicht krijgen in het cognitief herstel en meer zorg op maat kunnen leveren. Het deels verplaatsen van zorg naar huis heeft ook impact op de zorgorganisatie, omdat minder een-op-een sessies nodig zijn per patiënt, waardoor de druk op de zorg afneemt.
Patiëntenparticipatie in het innovatieproces
We implementeren het thuisprogramma samen met ervaringsdeskundigen van Hersenletsel.nl in het poliklinische revalidatietraject, zodat een optimaal zorgpad ontstaat. Patiënten nemen deel aan focusgroepen om bevorderende en belemmerende factoren in kaart te brengen en aan onderzoek om het effect van CCT te evalueren.
Huidige status:
Vijf ervaringsdeskundigen hebben voorafgaand aan de implementatie het programma getest en advies uitgebracht. Focusgroepen met patienten en therapeuten hebben plaatsgevonden. Het programma is vervolgens geimplementeerd en 32 patienten (gemiddelde leeftijd 45 jaar (SD13); 53% man) doen mee aan gerandomiseerd wachtlijst-controle-onderzoek, waarvan de resultaten op het congres worden gepresenteerd.
Plan van aanpak:
Het implementatieproces en -effect van dit zorgpad worden geevalueerd en een implementatieplan opgesteld om de uitrol naar andere locaties te bevorderen.

P20

Patiëntperspectief op het triageproces na CVA

Drs. Cas Hilke[1], dr. J.D.M. Vloothuis[2], dr. M.C. Maijers[2], drs. Laura Sterkman[1,2]
[1]Amsterdam Umc, [2]Reade

Donderdag

Achtergrond: Jaarlijks worden in Nederland ruim 40.000 patiënten opgenomen in het ziekenhuis na een cerebrovasculair accident (CVA). Het triageproces en de uitkomst heeft gevolgen op de ontslagbestemming. Hoe patiënten en naasten het triageproces en hun eigen invloed hierop ervaren, is onbekend.

Doel: Toetsen of het ontslagadvies overeenkomt met de voorkeur van de patiënt en het patiëntenperspectief op de triage in kaart te brengen. Secundair werd onderzocht welke factoren bijdragen aan discrepantie.

Methoden: Observationele analyse van 23 CVA-patiënten beoordeeld door een revalidatiearts of specialist ouderengeneeskunde in het OLVG of Amsterdam UMC. Gegevens werden verzameld via telefonische semi-gestructureerde interviews met de patiënt of eerste contactpersoon en omvatten voornamelijk triage- en ontslagadviezen en follow-up-informatie (Barthel Index). Statistische analyse betrof een single-proportion-analyse met Clopper-Pearson-interval en ongecorrigeerde groepsvergelijkingen (Mann-Whitney U-toets).

Resultaten: Bij 78% (n=18) sloot het behandeladvies aan bij de eigen voorkeur; bij 22% was er geen overeenstemming. Patiënten zonder overeenstemming gingen vaker naar de WLZ (n=3) of GRZ (n=1). Genoemde factoren waren betere communicatie, weinig ruimte voor de revalidatiewens van patiënt en naasten en zorgen over de kwaliteit van zorg van de ontslaglocatie.

Conclusie: De meerderheid van de CVA-patiënten ervaart de uitkomst van het triageproces als passend bij hun wensen. Bij discrepantie spelen communicatie en onvoldoende samen beslissen een rol. Goede communicatie en vroegtijdig verwachtingsmanagement tijdens de ziekenhuisopname, gecombineerd met het systematisch implementeren van feedback over het triageproces, kunnen leiden tot meer overeenstemming tussen behandeladvies en patiëntvoorkeur en daarmee verbetering van de zorgketen.

P21

Etnische verschillen in de presentatie en acute behandeling van een beroerte

Miss Ying Xing Lee[1,3], Dhr Pjotr Hurkmans[1], Dr Henk Arwert[1,2,3], Prof Thea Vliet Vlieland[2,3], Dr Ido van den Wijngaard[1,3], Mw Danique Hofs[2], Dr Korné Jellema[1]
[1]Haaglanden Medisch Centrum, [2]Basalt Revalidatie Centrum, [3]Leiden UMC

Donderdag

Introductie: Etnische verschillen kunnen de behandeling en uitkomsten van een beroerte beïnvloeden. Of deze verschillen ook in de acute fase van de zorg in Nederland bestaan, is onbekend.
Doel: Onderzoeken of etniciteit samenhangt met acute presentatie en behandeling van patiënten met een eerste acuut herseninfarct op de spoedeisende hulp van een Nederlands ziekenhuis.
Patiënten/doelgroep: Patiënten met een eerste acuut herseninfarct die zich presenteerden in Haaglanden Medisch Centrum (HMC, Den Haag) 2020-2021.
Toegevoegde waarde/klinische relevantie: Inzicht in mogelijke ongelijkheden in de acute beroertezorg op basis van etniciteit kan bijdragen aan betere toegankelijkheid en uitkomsten.
Patiëntenparticipatie: n.v.t.
Methode: Observationeel cohortonderzoek in HMC. Demografische kenmerken waaronder migratieachtergrond (ja/nee), beroertekenmerken, presentatie binnen of buiten het therapeutisch tijdvenster, reperfusietherapie (intraveneuze trombolyse en endovasculaire trombectomie) en tijd tot behandeling werden geregistreerd. Presentatie en behandeling werden vergeleken tussen patiënten met en zonder migratieachtergrond met multivariabele regressiemodellen, gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en beroerte-ernst.
Resultaten: Van de 232 patiënten hadden 62 (26,7%) een migratieachtergrond. Zij waren jonger, hadden vaker diabetes en verschilden in etiologie, met minder vaak cardio-embolische herseninfarcten en vaker kleine vatenziekte als etiologie. Zij presenteerden zich vaker buiten het therapeutische tijdsvenster (53,2% versus 37,1%, OR 1.90) en ondergingen minder vaak endovasculaire trombectomie (8,1% versus 22,4%, OR 0.28). Intraveneuze trombolysepercentages en tijd tot behandeling verschilden niet significant.
Discussie en conclusie: Patiënten met een migratieachtergrond presenteerden zich later en ondergingen minder vaak endovasculaire trombectomie. Mogelijke barrières in de zorgketen verdienen nader onderzoek.
Klinische boodschap: Gerichte interventies zijn nodig om tijdige acute beroertezorg voor patiënten met een migratieachtergrond te verbeteren.

P22

Ontwikkeling van een landelijk protocol voor mobiliseren na een subarachnoïdale bloeding: hoe mobiliseren de verschillende behandelcentra nu?

Dr Inge Lim[1], Msc Hélène Krijger[2]
[1]Umc Utrecht, [2]Amsterdam UMC

Donderdag

Introductie: Vanuit het FUMC (fysiotherapeuten van UMC's) is er behoefte aan een eenduidig protocol voor mobilisatie van patiënten na een subarachnoïdale bloeding (SAB).

Doel:
Inventariseren van mobilisatieprotocollen na SAB in de acht Nederlandse centra waarin SAB-patiënten behandeld worden, als eerste stap richting een landelijk, consensus-based mobilisatieprotocol.

Patiëntengroep: Mensen die een SAB hebben doorgemaakt, zij zijn in deze fase niet persoonlijk betrokken, zij worden bij de ontwikkeling van het landelijke protocol wel betrokken.

Methode: In landelijke bijeenkomsten zijn de mobilisatieprotocollen van acht behandelcentra systematisch vergeleken voor wat betreft: eerste mobilisatiemoment, wijze, dosering en opbouw van mobilisatie en gehanteerde contra-indicaties.

Resultaten:
Er werd spreiding tussen de behandelcentra gevonden variërend van meteen lopen op de dag na interventie tot bewegen opbouwen naar lopen in vier dagen. Soms werd er gebruik gemaakt van een behandelprotocol voor cerebrovasculair accidenten. Er werden verschillende contra-indicaties aangehouden voor mobilisatie.

Discussie en conclusie: De wijze van mobiliseren na behandeling van SAB verschilt per ziekenhuis. Het is niet duidelijk wat de beste manier en het beste moment is om mobiliseren te starten. Hiervoor is meer onderzoek nodig naar mobilisatie bij SAB-patiënten, waarin zowel SAB-gerelateerde complicaties als complicaties van bedlegerigheid worden meegenomen. De huidige inventarisatie vormt de aanleiding voor verder onderzoek, zodat er een landelijk consensus-based mobilisatieprotocol ontwikkeld kan worden. Iedere SAB-patiënt in Nederland zou dan een vergelijkbare veilige behandeling moeten krijgen, met oog voor individuele verschillen en rode vlaggen.

Klinische boodschap: de huidige praktijkvariatie onderstreept de noodzaak van een landelijk mobilisatieprotocol na SAB als basis voor uniforme en veilige zorg.

P23

Je arm weer in beweging: onderzoek naar armkinematica en gebruikerservaringen met het VilPower-exoskelet bij mensen na een beroerte

MSc. Damion Lourensz[1], PhD. Gerdienke B Prange[1,2]
[1]Roessingh Centrum Voor Revalidatie, [2]Universiteit Twente - Biomechanical Engineering group

Donderdag

Introductie: Een beroerte leidt vaak tot blijvende beperkingen van de arm, waardoor zelfstandigheid en participatie in activiteiten van het dagelijks leven (ADL) verminderen. Het VilPower-exoskelet (VP-exo) is een robotisch hulpmiddel dat armbewegingen ondersteunt op basis van minimale krachten die door de gebruiker worden geleverd.

Onderzoeksvraag: Dit onderzoek heeft als doel nagaan of het activiteitenniveau kan worden verbeterd door de bewegingskwaliteit en de gebruikerservaring van mensen die een beroerte hebben gehad tijdens dagelijkse activiteiten te beoordelen.

Onderzoeksopzet, onderzoeksgroep en methoden: Dit exploratieve ongecontroleerde interventieonderzoek wordt uitgevoerd bij 24 Nederlandse volwassenen met een beroerte. De deelnemers gebruiken het VP-exo gedurende 8 weken thuis tijdens zelf gekozen dagelijkse activiteiten. Voor en na de interventie vinden metingen plaats met en zonder het exoskelet. Uitkomstmaten omvatten biomechanische analyses van armbewegingen, bewegingskwaliteit, taakuitvoering en gebruikerservaringen.

Toegevoegde waarde voor patiënt / klinische relevantie: Het VP-exo kan mogelijk de armfunctie verbeteren, het gebruik van de aangedane arm vergroten en uitvoering van betekenisvolle dagelijkse activiteiten bevorderen. Dit biedt tevens veelbelovende mogelijkheden voor ondersteuning na afloop van revalidatie.

Patiëntenparticipatie in het onderzoek: Het onderzoeksprotocol is gebaseerd op inzichten uit een forecast Social Return on Investment (SROI) analyse, waarin patiënten en andere stakeholders behoeften, verwachtingen en potentie van exoskelet gebruik hebben gedeeld.

Verwachte bijdrage aan wetenschap en klinische praktijk: Dit onderzoek levert inzicht op in de mechanismen van armbewegingen die worden ondersteund door een exoskelet, en in de factoren die samenhangen met succesvol gebruik. De resultaten kunnen bijdragen aan de implementatie van draagbare exoskeletten binnen de revalidatiezorg en de thuissituatie.

P24

Een voorstel voor eenduidige cognitieve diagnostiek voor patiënten met een beroerte in de klinische fase

Dr. (MD PhD) Diana Oosterveer[1,3,4], Drs. (MD) Elbrich Jagersma[1], Dr. (MD PhD) Ellen van Coevorden-van Loon[2], drs. (MD) Annelies Mantje[1]
[1]Basalt, [2]Revant, [3]Alrijne, [4]Leids Universitair Medisch Centrum

Donderdag

Introductie: Eerder bleek al uit de literatuur dat er veel praktijkvariatie bestaat in cognitieve diagnostiek na een beroerte. Dit is nog steeds actueel bleek in het REVION CVA-verbeterteam.

Doel/Toegevoegde waarde voor de patiënt/klinische relevantie: Patiënten met vergelijkbare problematiek krijgen dezelfde adequate cognitieve diagnostiek.

Patiënten: Patiënten met een beroerte die klinisch revalideren.

Methode: Het CVA verbeterteam, bestaande uit een multidisciplinaire vertegenwoordiging vanuit de vier REVION-revalidatiecentra (Basalt, Revalidatie Friesland, Revant en Klimmendaal) en patiëntvertegenwoordiging, bracht de huidige praktijk in kaart. Vanuit de praktijk (variatie en overeenkomst) en getoetst aan de geldende richtlijnen, werd een flowchart opgesteld voor cognitieve diagnostiek in de klinische revalidatiebehandeling, inclusief testbatterij voor kort neuropsychologisch onderzoek (NPO).

Resultaten: Een flowchart waarin staat beschreven dat bij iedere patiënt met een beroerte minimaal een (hetero)anamnese, gestandaardiseerde observatie (PRPP en CDL) en een MoCA moet worden afgenomen. Bij het eerste teamoverleg wordt o.b.v. specifieke in- en exclusiecriteria gekozen voor afname van een kort NPO (afnameduur < 60 min). De testbatterij voor het kort NPO wordt gepresenteerd in een tabel.

Discussie en conclusie: Praktijkvariatie t.a.v. cognitieve diagnostiek is nog actueel. Consensus werd bereikt over welke cognitieve diagnostiek op welk moment verricht zou moeten worden en welke testbatterij een kort NPO zou moeten omvatten voor patiënten met een beroerte in de klinische fase.

Klinische boodschap: Met deze voorzet voor cognitieve diagnostiek en testbatterij voor een kort NPO hopen we praktijkvariatie te verminderen, zodat iedere patiënt de juiste (cognitieve) zorg krijgt.

P25

Posttraumatische groei na een beroerte: Een observationele prospectieve cohort studie

Dr. (MD PhD) Diana Oosterveer[1,2,3], Drs. (MD) Khalid Koukouh[1], Dr. (MD PhD) Danique Hofs[1], PhD Winke van Meijeren-Pont[1], PhD Dominique van den Heuvel[1,4], MD PhD Thea Vliet Vlieland[1,3]
[1]Basalt, [2]Alrijne, [3]Leids Universitair Medisch Centrum, [4]Universiteit Leiden

Donderdag

Introductie: Posttraumatische groei (PTG) verwijst naar positieve veranderingen na het ervaren van een traumatische gebeurtenis. Dit kan bestaan uit een sterker gevoel van eigenwaarde, verdieping van relaties, meer waardering voor het leven, spirituele of existentiële groei en het zien van nieuwe mogelijkheden. Onderzoek naar PTG na een beroerte is echter beperkt tot kleine onderzoekspopulaties, waarbij associaties met leeftijd en depressie wisselend aanwezig waren.

Doel: Bepalen van de prevalentie van PTG en geassocieerde factoren.

Patiënten: Revalidanten met een beroerte (klinisch en poliklinisch).

Methode: Revalidanten vulden 24 maanden na start revalidatie de Posttraumatic Growth Inventory (PTGI; score 0-105, hogere scores duiden op meer PTG, ≥46 duidt op de aanwezigheid van PTG) en de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Multivariate regressieanalyse met bootstrapping werd gebruikt om te bepalen of HADS-depressie scores en leeftijd geassocieerd waren met PTGI-scores.

Resultaten: De 485 geïncludeerde revalidanten (39,2% vrouw, mediane leeftijd 62 jaar) hadden een mediane PTGI van 30.0 (IQR 15.0-52.0). De prevalentie van PTG was 30.5%. Een jongere leeftijd (β -0.261, 95%CI -0.448 - -0.764, p=0.008) en minder depressieve symptomen (β -0.762, 95%CI -1.271 - -0.265, p=0.002) waren geassocieerd met hogere PTGI-scores.

Discussie en conclusie: PTG was aanwezig bij 30.5% van de revalidanten met een beroerte. Een jongere leeftijd en minder depressieve symptomen waren geassocieerd met hogere scores voor PTG.

Toegevoegde waarde voor de patiënt/klinische relevantie/klinische boodschap: Naast de vele negatieve gevolgen van een beroerte, ervaart een deel van de revalidanten ook positieve veranderingen.

P26

Eerste ervaringen van CVA-patiënten met slimme toolkit voor stimuleren van inzet arm/hand in thuissituatie

PhD Gerdienke Prange-Lasonder[1,2], MSc Ellis oude Kempers[3], MD José Broeks[4], PhD Christina Jaschinski[3], PhD Juliet Haarman[5]
[1]Roessingh Centrum voor Revalidatie, Roessingh Research and Development, [2]Universiteit Twente, Biomechanical Engineering, [3]Saxion Hogeschool, lectoraat Technology, Health & Care, [4]Ziekenhuisgroep Twente, [5]Universiteit Twente, Human Media Interaction

Donderdag

Introductie
Thuisrevalidatie wordt steeds vaker ingezet, vaak m.b.v. technologie zoals webportalen. Echter, oefentijd blijft in de praktijk achter. Het idee is hier om oefenen van arm/handfunctie thuis te stimuleren met interactieve alledaagse voorwerpen.
Doel
Gebruik van met sensoren uitgeruste voorwerpen door CVA-patiënten in het dagelijks leven onderzoeken op haarbaarheid en gebruikerservaringen.
Doelgroep
Zelfstandig wonende CVA-patiënten met arm/handfunctieproblemen.
Klinische relevantie
Slimme interactieve voorwerpen kunnen inzet van aangedane arm/hand in dagelijkse handelingen uitlokken, en zo 'learned non-use' verminderen en arm/handfunctie verbeteren/behouden.
Patiëntenparticipatie
Het concept van arm/handgebruik in het dagelijks leven uitlokken middels slimme voorwerpen, en eerdere prototypes van de toolkit zijn ontwikkeld o.b.v. meerdere focusgroepen met CVA-patiënten en klinische professionals bij verschillende ontwerprondes.
Methode
De Freehabilitation toolkit bevat een mok, spatel, tandenborstel, placemat en computermuis, met accelerometer/gyroscoop en led-lampjes die reageren op (goed) gebruik. Vijf CVA-patiënten gebruikten de toolkit 4 weken thuis, met wekelijkse huisbezoeken door een onderzoeker. Tijdens en na gebruik werd gebruiksvriendelijkheid, mentale belasting en gebruikerservaring uitgevraagd via vragenlijsten.
Resultaten
Gebruiksvriendelijkheid was goed-uitstekend. Mentale belasting was matig-laag en nam af na week 1. Totale gebruikstijd was gemiddeld ~200 min/deelnemer (~4,5 min/voorwerp/sessie). Uitkomsten varieerden tussen deelnemers en voorwerpen, met overwegend voorkeur voor tandenborstel en computermuis.
Discussie/conclusie
De toolkit werd positief ontvangen en zorgde niet voor overmatige belasting. Functionele voorwerpen met naadloze integratie in dagelijkse handelingen lijken het meest kansrijk voor doorontwikkeling richting thuisgebruik. Voorwerpen met spelelementen worden meer geschikt bevonden voor therapiesetting. Vervolgonderzoek is nodig naar de invloed van gebruik van de toolkit op arm/hand inzet en het effect op arm/handfunctie.

P27

Motorisch herstel na een herseninfarct of -bloeding vindt onafhankelijk van cognitieve problematiek plaats

MSc Elvira Ruijter[1], dr. Jorrit de Kieviet[2], dr. Janneke Haisma[1]
[1]Reade, [2]Heliomare

Donderdag

Introductie
Eerder onderzoek suggereerde een mogelijke relatie tussen enerzijds cognitieve problemen kort na een herseninfarct of -bloeding, en anderzijds de mate van functionele zelfstandigheid na een paar maanden. Meer inzicht in deze relatie is belangrijk voor verbetering van de prognostiek en de revalidatiebehandeling. Doel van huidige studie is het verduidelijken van de invloed van cognitieve problemen op motorisch herstel bij mensen met een recent herseninfarct of -bloeding.

Methode
In dit retrospectieve single-center cohortonderzoek analyseerden we data van 143 volwassen patiënten met een herseninfarct of (subarachnoïdale) -bloeding die klinisch revalideerden in Reade tussen april 2016 en mei 2023. Cognitief functioneren werd in kaart gebracht middels de MoCA 33 dagen (+/- 5.6) na het letsel. Motorisch herstel definieerden we als het verschil tussen de Brunnstrom Fugl-Meyer (BFM) 5 weken na herseninfarct of -bloeding en deze score 2 maanden later. ANCOVA werd verricht voor het motorisch herstel in 3 subgroepen van de MoCA, gecorrigeerd voor opleidingsniveau. Daarnaast werd een one-way ANOVA uitgevoerd op de mate van zelfstandigheid na 3 maanden, gemeten middels de modified Rankin Scale (mRS).

Resultaten
Er was sprake van een significant hoofdeffect van motorisch herstel (BFM) over tijd ($p=0.024$), echter zonder interactie met de cognitieve subgroepen ($p=0.576$). De mate van zelfstandigheid (mRS) na drie maanden verschilde niet tussen de MoCA subgroepen ($p=0.761$).

Discussie
Bovenstaande bevindingen suggereren dat motorisch herstel onafhankelijk van cognitieve problematiek plaatsvindt.

P28

Slaapkwaliteit bij poliklinische patiënten met niet aangeboren hersenletsel in Nederland: een inventarisatieonderzoek

drs. Birgül Şahin[1], dr. Joris de Graaf[1,2], dr. Patricia Passier[3], dr. Olaf Verschuren[1]
[1]Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht, samenwerking tussen de Hoogstraat Revalidatie en het UMC Utrecht Hersencentrum, [2]Afdeling Revalidatie, Fysiotherapiewetenschappen & Sport, Universitair Medisch Centrum Utrecht, [3]Afdeling revalidatiegeneeskunde, St. Antonius Ziekenhuis

Donderdag

Achtergrond: 26% van de totale Nederlandse bevolking ervaart slaapproblemen. Slaap is cruciaal voor herstel en cognitief functioneren, maar bij NAH-patiënten kan slaapverstoring het herstel bemoeilijken. Er is weinig bekend over de prevalentie en ernst van slaapproblemen bij poliklinische NAH-patiënten in Nederland.
Doel: inzicht verkrijgen in de slaapkwaliteit van poliklinische NAH-patiënten (CVA, THL, SAB en meningeoom) in Nederland. Specifiek werd onderzocht: (1) de prevalentie van slaapproblemen binnen deze patiëntengroepen, (2) de ernst en (3) vergelijking van deze prevalenties met cijfers uit de algemene bevolking.
Methode: dit inventarisatieonderzoek werd uitgevoerd met digitale vragenlijsten bij zeven Nederlandse revalidatiecentra en ziekenhuizen (UMCU, De Hoogstraat, Merem, Meander, Basalt, MRC Doorn, St. Antonius). NAH-patiënten ≥18 jaar die in 2023–2024 een poliklinisch consult bij een revalidatiearts hadden, werden geïncludeerd. Sociodemografische gegevens, diagnose-informatie werden verzameld en aangevuld met twee gevalideerde vragenlijsten: de Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) voor slaapkwaliteit en de Insomnia Severity Index (ISI) voor slapeloosheid.
Resultaten: 574 patiënten werden geïncludeerd (gemiddelde leeftijd 59 jaar en 55% man). Meeste patiënten hadden CVA (70%), gevolgd door hersentrauma (9.8%), SAB (4%) en meningeoom (3.3%). Op basis van de standaard PSQI scoorde 68% van de deelnemers >5, wat duidt op een verminderde slaapkwaliteit. Bij een strengere afkapwaarde van ≥7 was dit 55%. Volgens de ISI had 15% van de deelnemers klinisch relevante slapeloosheid.
Conclusie: de bevindingen laten zien dat slaapproblemen bij poliklinische NAH-patiënten veel voorkomen. Het onderzoek attendeert meer bewustwording en structurele aandacht voor slaap in de revalidatiezorg.

P29

Online cognitieve screening na een subarachnoïdale bloeding: De Amsterdam Cognition Scan

Dr. Teuni ten Brink[1,2], Dr. Joris de Graaf[1,2], Drs. Philippine van Wijngaarden[3], Dr. Mervyn Vergouwen[3], Prof. dr. Jeroen Boogaarts[4], Prof. dr. Ruud Selles[5,6], Prof. dr. Carel Meskers[7], Prof. dr. Anne Visser-Meily[1,2], CONTRAST Consortium
[1]Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht, samenwerking tussen De Hoogstraat Revalidatie en het UMC Utrecht Hersencentrum, [2]Afdeling Revalidatie, Fysiotherapiewetenschap & Sport, UMC Utrecht, [3]Afdeling Neurologie en Neurochirurgie, UMC Utrecht Hersencentrum, UMC Utrecht, [4]Afdeling Neurochirurgie, Radboud UMC, [5]Afdeling Revalidatiegeneeskunde, Erasmus MC, UMC Rotterdam, [6]Afdeling Plastische en Reconstructieve Chirurgie, Erasmus MC, UMC Rotterdam, [7]Afdeling Revalidatiegeneeskunde, Amsterdam UMC, Vrije Universiteit Amsterdam

Donderdag

Onderwerp: Online cognitieve screening na subarachnoïdale bloeding (SAB) met de Amsterdam Cognition Scan (ACS): inzichten in het beloop van cognitieve uitkomsten, voorspellers en de relatie met patiëntrelevante uitkomsten.
Relevantie: Een SAB kan blijvende cognitieve stoornissen veroorzaken, met impact op kwaliteit van leven en participatie. Deze stoornissen worden niet altijd tijdig herkend. Online cognitieve screening biedt een kans voor laagdrempelige, efficiënte en patiëntvriendelijke signalering. Dit onderzoek levert kennis op over het beloop van cognitieve stoornissen na SAB, voorspellers daarvan, en de associatie tussen nieuwe cognitieve uitkomstmaten en patiëntrelevante uitkomsten zoals kwaliteit van leven. Daarnaast draagt het bij aan inzicht in de toepasbaarheid van online cognitieve testen.
Patiëntenparticipatie in het innovatieproces: Patiënten hebben meegedacht over de gebruiksvriendelijkheid in de ontwikkeling van de ACS. De afname-ervaring wordt geëvalueerd.
Huidige status: In de MEASURE-cohortstudie (CONTRAST 2.0-consortium) ontvingen 207 patiënten zes maanden na SAB een e-maillink naar de ACS. Van hen voltooide 57% de volledige testbatterij. Leeftijd, geslacht, type SAB, modified Rankin Scale (mRS), zelfgerapporteerde cognitieve klachten (CLCE-24) en kwaliteit van leven (SSQoL) verschilden niet tussen completers, non-completers en non-responders. Cognitieve prestaties op de ACS correleerden consistent met zelfgerapporteerde cognitieve klachten en kwaliteit van leven.
Plan van aanpak: De data worden verder geanalyseerd, inclusief follow-up op 18 maanden, waarbij het beloop van cognitieve uitkomsten en voorspellers van herstel centraal staan. Ervaringen en resultaten worden daarnaast gebruikt om aanbevelingen te formuleren voor digitale neuropsychologische assessment in toekomstig revalidatieonderzoek en/of de klinische praktijk.

P30

De betrouwbaarheid, validiteit en responsiviteit van de IWW Neglect-test, een interactieve test voor het evalueren van neglect tijdens het lopen

Dr. Celine Timmermans[1], Dr. Judith Vloothuis-Boone[1]
[1]Reade

Donderdag

Introductie:
Visuo-spatieel neglect komt voor bij 30-50% van personen in de subacute fase na een beroerte en leidt tot beperkingen in mobiliteit en zelfstandigheid.1,2 Traditionele pen-en-papiertests zijn statisch en brengen neglect tijdens dynamische activiteiten daardoor onvoldoende in kaart.3 De neglecttest op de Interactive Walkway (IWW-NT) is ontwikkeld om neglect tijdens lopen in een gestandaardiseerde omgeving te beoordelen. De IWW maakt gebruik van vier Microsoft Kinect-sensoren voor bewegingsregistratie via infraroodtechnologie.4 Daarnaast is er een beamer aan gekoppeld die bewegingsafhankelijk visuele objecten projecteert op het loopoppervlak De IWW-NT levert scores op drie constructen; visueel scannen, looprichting5 en obstakels ontwijken.

Onderzoeksvraag:
Wat is de test-hertestbetrouwbaarheid, constructvaliditeit, het discriminerend vermogen en de responsiviteit van de IWW-NT bij personen met neglect na een beroerte?

Methode:
In deze longitudinale studie (voormeting, hermeting, nameting) worden 20 personen met een beroerte en mogelijk neglect en 20 op leeftijd gematchte controles geïncludeerd. Naast IWW-NT-uitkomsten worden pen-en-papiertests en de Mobility Assessment Course (MAC) afgenomen. Tenslotte dragen deelnemers tijdens de IWW-NT een eyetracker om tevens het kijkgedrag te analyseren.

Toegevoegde waarde voor de patiënt / klinische relevantie:
De IWW-NT beoordeelt neglect tijdens het lopen en kan daardoor beperkingen identificeren die met traditionele tests onopgemerkt blijven.

Verwachte bijdrage aan wetenschap en klinische praktijk:
Bij positieve resultaten kan de IWW-NT bijdragen aan een betere diagnostiek, monitoring en evaluatie van neglect.

P31

Onderliggende mechanismen van verminderd ziekte-inzicht bij patiënten met hersenletsel in een revalidatiesetting: een prospectief cohort onderzoek

Drs Yvonne Van De Pasch[1], Dr Ieke Winkens[2], Dr Simone Sep[1]
[1]Adelante, [2]Maastricht University

Donderdag

Achtergrond: Verminderd ziekte-inzicht komt frequent voor na traumatisch hersenletsel (THL) en cerebrovasculair accident (CVA) en wordt geassocieerd met slechtere revalidatie-uitkomsten. Er wordt onderscheid gemaakt tussen denial of disability (DD), voornamelijk gerelateerd aan psychologische factoren, en impaired self-awareness (ISA), vooral geassocieerd met neurocognitieve schade.

Doel: Het onderzoeken van de relatie tussen DD en ISA enerzijds en cognitieve functies, ernst van letsel, stemming en coping anderzijds in een subacute populatie met THL of CVA.

Methoden: In deze observationele studie worden patiënten <1 jaar post-THL of CVA geïncludeerd tijdens revalidatiedagbehandeling. Inclusie vindt plaats tussen mei 2024 en december 2026. Demografische en letselgerelateerde gegevens, cognitieve testresultaten en vragenlijsten over ziekte-inzicht, stemming en coping worden verzameld. Correlaties tussen variabelen worden geanalyseerd met Pearson- of Spearman-correlaties. Op basis van poweranalyse ($\alpha = 0,05$; power = 0,90; $r = 0,35$) is een minimale steekproef van 67 patiënten vereist.

Verwachte resultaten: Verwacht wordt dat DD sterker samenhangt met psychologische variabelen zoals angst, depressie en copingstijl, en zwakker met cognitieve beperkingen en letselernst. ISA wordt naar verwachting sterker geassocieerd met cognitieve stoornissen en ernst van het hersenletsel, en minder met stemming en coping.

Conclusie: Deze studie beoogt een klinisch relevant onderscheid te valideren tussen DD en ISA. Dit kan bijdragen aan differentiatie in diagnostiek en het ontwikkelen van gerichte revalidatie-interventies, afgestemd op de onderliggende mechanismen van verminderd ziekte-inzicht. Dit onderscheid is klinisch relevant voor de cognitieve revalidatie, aangezien beide vormen vermoedelijk een verschillende behandelbenadering vereisen.

P32

Man-vrouw verschillen in lichamelijk functioneren en participatie na CVA: een prospectieve cohortstudie

Winke van Meijeren-Pont[1], Danique Hofs[1], Henk Arwert[1,2], Thea Vliet Vlieland[1,3], Diana Oosterveer[1,3,4]
[1]Basalt, [2]Haaglanden Medisch Centrum, [3]Leids Universitair Medisch Centrum, [4]Alrijne

Donderdag

Introductie: In ziekenhuispopulaties zijn de uitkomsten een jaar na CVA in het algemeen slechter bij vrouwen dan bij mannen. Het is onduidelijk of dit ook voor een revalidatiepopulatie geldt.
Doel: Evalueren van man-vrouw-verschillen in lichamelijk functioneren en participatie na een beroerte bij revalidanten.
Patiënten/doelgroep: 63 vrouwen en 82 mannen (mediane leeftijd 62.9 en 62.0 jaar), die klinisch en/of poliklinisch revalideerden na CVA.
Toegevoegde waarde voor de patiënt/klinische relevantie: Inzicht in man-vrouw-verschillen kan mogelijk revalidatie optimaliseren.
Methode: Twee van de 7 domeinen (Lichamelijk functioneren en Vermogen om een aandeel te hebben in sociale rollen en activiteiten (participatie) van de Patient-Reported Outcomes Measurement Information System® (PROMIS) Profile (T-score 0-100, hoger is beter) werden ingevuld en vergeleken tussen mannen en vrouwen op 0, 3 en 12 maanden na CVA met lineaire mixed modellen, gecorrigeerd voor sociodemografische- en patiëntkenmerken. Een verschil van 2-3 T-scorepunten is klinisch relevant.
Resultaten: Zowel bij vrouwen als mannen was er over de tijd verbetering van fysiek functioneren (vrouwen: 33.9 naar 38.6, mannen: 38.6 naar 43.3) en achteruitgang van participatie (vrouwen: 45.4 naar 41.2, mannen: 48.5 naar 44.6). Er waren geen significante man-vrouw-verschillen in lichamelijk functioneren en participatie op alle tijdstippen, maar wel klinisch relevante verschillen.
Discussie en conclusie: Vrouwelijke revalidanten hadden geen statistisch significante, maar wel klinisch relevante slechtere scores voor fysiek functioneren en participatie dan mannen in het eerste jaar na CVA.
Klinische boodschap: Een grotere studie is nodig om de verschillen te bevestigen en te exploreren of/in hoeverre veranderingen in de revalidatie nodig of wenselijk zijn.

P33

Planningsvaardigheden zijn geassocieerd met een beter leervermogen bij patiënten na een CVA

MSc Laura Verbiest[1], PhD Cornelie Andela[1], PhD Jurriaan de Groot[1], PhD Philip Homburg[1]
[1]LUMC

Donderdag

Introductie
Cognitieve stoornissen treffen meer dan 70% van de CVA-patiënten en kunnen hun leervermogen negatief beïnvloeden, terwijl leervermogen cruciaal is voor revalidatie. Ondanks de klinische relevantie is de wetenschappelijke literatuur over leervermogen na een CVA beperkt. Het Perceive, Recall, Plan and Perform (PRPP)-Assessment brengt de informatieverwerking tijdens dagelijkse activiteiten in kaart.

Doel
Het onderzoeken van de relatie tussen PRPP (sub)kwadranten en het leervermogen bij CVA-patiënten in de acute fase.

Patiënten/doelgroep
CVA-patiënten in de acute fase.

Toegevoegde waarde voor de patiënt/klinische relevantie
Objectivering van het leervermogen voor doelmatige triage voor revalidatie na een CVA.

Methode
In dit observationele cross-sectionele onderzoek is cognitief functioneren geëvalueerd met het PRPP-Assessment, en het leervermogen bepaald conform Transmuralis-criteria (niveau 1: generaliseren, niveau 2: her-leren oude vaardigheden, niveau 3: inslijtniveau). Middels Spearman-correlatieanalyse zijn de associaties tussen de PRPP-(sub)kwadranten en het leervermogen geanalyseerd.

Resultaten
Achtenveertig patiënten werden geïncludeerd. Hogere scores in het kwadrant Plan waren sterk geassocieerd met een beter leervermogen ($r_s=0.757$, $p<0.001$), evenals de sub-kwadranten Evalueren ($r_s=0.706$, $p<0.001$), In kaart brengen ($r_s=0.601$, $p<0.001$) en Programmeren ($r_s=0.596$, $p<0.001$).

Hogere scores op Opletten ($r_s=0.409$, $p=0.004$) en Detecteren ($r_s=0.457$, $p=0.001$) van het kwadrant Waarnemen waren geassocieerd met een beter leervermogen. Hogere scores op het kwadrant Herinneren ($r_s=0.488$, $p<0.001$) en het subkwadrant Procedures herinneren ($r_s=0.435$, $p=0.002$) waren geassocieerd met een beter leervermogen.

Discussie en conclusie
PRPP-scores en met name planningsvaardigheden, zijn geassocieerd met een beter leervermogen bij CVA-patiënten.

Klinische boodschap
Een PRPP-Assessment kan bijdragen aan een objectievere beoordeling van het leervermogen tijdens de revalidatie triage.

P34

De inzet van predictiemodellen voor hand-arm herstel na een beroerte: Waarom worden predictiemodellen na een beroerte nauwelijks toegepast?

Tessa Verhoeff[1,2], E. A. König[1], J.M.A. Visser-Meily[1], H. Bart van der Worp[3], Rick M. Dijkhuizen[2], Joris de Graaf[1], Jord J. Vink[1,2]
[1]Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht, UMC Utrecht, [2]Translational Neuroimaging Group, UMC Utrecht, [3]Neurologie & Neurochirurgie, UMC Utrecht

Donderdag

Introductie: Herstel van de hand-armfunctie na een beroerte varieert sterk tussen individuen. Predictiemodellen kunnen zorgverleners en patiënten ondersteunen bij het inschatten van herstelprognoses en het maken van behandelkeuzes. Het is echter onduidelijk in hoeverre deze modellen worden toegepast in de Nederlandse revalidatiezorg en welke factoren implementatie beïnvloeden.

Doel: Het in kaart brengen van het huidige gebruik van predictiemodellen voor hand-armherstel na een beroerte en het identificeren van bevorderende en belemmerende factoren voor implementatie.

Patiënten/doelgroep: Patiënten met een arm-handparese na een beroerte.

Klinische relevantie: Inzicht in het gebruik en de implementatie van predictiemodellen kan bijdragen aan beter onderbouwde klinische besluitvorming en meer gepersonaliseerde revalidatiezorg.

Methode: Er werden semigestructureerde interviews uitgevoerd met zorgverleners uit de Nederlandse revalidatiezorg, waaronder revalidatieartsen, fysiotherapeuten en ergotherapeuten werkzaam in ziekenhuizen, medisch-specialistische revalidatie (MSR) en geriatrische revalidatiezorg (GRZ). De interviews werden thematisch geanalyseerd.

Resultaten: 20 zorgverleners werden geïnterviewd (5 revalidatieartsen, 6 fysiotherapeuten en 9 ergotherapeuten). Predictiemodellen spelen momenteel een beperkte rol in de klinische praktijk. Bevorderende factoren voor implementatie zijn ondersteuning bij behandelplanning, het creëren van realistische verwachtingen en het bepalen van de ontslagrichting. Belemmerende factoren zijn zorgen over het verminderen van hoop op herstel en de beperkte nauwkeurigheid en generaliseerbaarheid van bestaande modellen.

Conclusie: Succesvolle implementatie van predictiemodellen vereist niet alleen betere voorspellende prestaties, maar ook zorgvuldige communicatie en een goede inbedding in de klinische praktijk.

P35

Trancraniële magnetische stimulatie voor herstel van de hand-arm functie na een beroerte: Een update van een multicentrum studie (B-STARS2)

Tessa Verhoeff[1,2], Jord Vink[1,2], H. Bart van der Worp[3], J.M.A. Visser-Meily[1], Rick M. Dijkhuizen[2]
[1]Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht, UMC Utrecht, [2]Translational Neuroimaging Group, UMC Utrecht, [3]Neurologie & Neurochirurgie, UMC Utrecht

Donderdag

Introductie: In de Nederlandse fase 2-gerandomiseerde trial B-STARS verbeterde transcraniële magnetische stimulatie (TMS), gestart binnen drie weken na een beroerte, het herstel van de hand-armfunctie. Hierbij werd een inhiberende vorm van TMS toegepast op de contralesionale hemisfeer. De fase 3-trial B-STARS2 is opgezet om deze bevindingen in een grotere populatie te bevestigen en de implementatie van TMS in de revalidatiezorg voor te bereiden.

Onderzoeksvraag: Wat zijn de therapeutische effectiviteit en kosteneffectiviteit van tien TMS-behandelingen voor herstel van de hand-armfunctie, gestart binnen drie weken na een beroerte?

Trial design/patiënten en methode: B-STARS2 is een multicenter, dubbelblinde, gerandomiseerde sham-gecontroleerde trial. Patiënten met een verminderde hand-armfunctie binnen drie weken na een beroerte worden geïncludeerd. In totaal nemen 454 patiënten deel vanuit 16 Nederlandse revalidatiecentra. De interventie bestaat uit tien dagelijkse TMS-sessies direct voorafgaand aan hand-armtraining. Uitkomsten worden gemeten na drie maanden en één jaar en omvatten hand-armfunctie, mate van handicap, kwaliteit van leven en fysiologische parameters.

Toegevoegde waarde voor de patiënt: Indien effectief kan TMS de hand-armfunctie verbeteren bij een grote groep patiënten die herstellen van een beroerte.

Verwachte bijdrage aan wetenschap en klinische praktijk: Ondertussen zijn 194 patiënten geïncludeerd in 14 deelnemende centra (d.d. 5-6-2026) sinds december 2024. De studie kan leiden tot een nieuwe effectieve behandeling voor hand-arm herstel na een beroerte en nieuwe inzichten bieden in de optimalisatie van de behandeling. Daarnaast biedt de studie inzicht in factoren die van belang zijn voor implementatie, zoals de training van behandelaren en kwaliteitsborging van de uitvoer van de TMS behandelingen.

P36

Volwassenen met de diagnose cerebrale parese en progressieve symptomen: overweeg hereditaire spastische paraparese in de differentiaaldiagnose, een case serie

Drs Yvonne Van De Pasch[1], Dr Fred de Laat[2], Dr Jikke-Mien Niermeijer[3], drs Evert Schouten[2]
[1]Adelante revalidatie & audiologie, [2]Libra revalidatie & audiologie, [3]Elisabeth Tweesteden ziekenhuis

Donderdag

Achtergrond: De meest voorkomende oorzaak van spastische diplegie is cerebrale parese (CP), een niet-progressieve ontwikkelingsstoornis. CP heeft echter meerdere mimics, waaronder hereditaire spastische paraparese (HSP), een progressieve genetische neurodegeneratieve aandoening. Klinische overlap kan leiden tot diagnostische onzekerheid en mogelijke misdiagnose bij gebrek aan de juiste diagnostische middelen.
Doel: Het identificeren van onderscheidende kenmerken tussen CP en HSP en het vergroten van bewustwording van mogelijke historische misdiagnoses bij volwassenen geboren vóór 1980, toen genetische diagnostiek nog niet beschikbaar was.
Methoden: Vier volwassen patiënten met in de kinderjaren gestelde diagnose CP werden, bij wie later de diagnose is veranderd naar HSP op basis van klinische progressie en genetisch onderzoek, werden beschreven aan de hand van hun medisch dossier. Daarnaast werd een scoping review uitgevoerd in PubMed naar klinische kenmerken, CP-mimics en diagnostische strategieën. In totaal werden hiervoor 16 artikelen geïncludeerd.
Resultaten: Alle vier patiënten vertoonden in de loop van de tijd progressieve spasticiteit en functionele achteruitgang, niet passend bij CP. Genetische analyse bevestigde HSP. De literatuurstudie bevestigt dat HSP een frequente CP-mimic is en dat tot circa 30% van de patiënten met een initiële CP-diagnose een onderliggende genetische oorzaak heeft, passend bij een CP-mimic. Differentiatie is complex door klinische overlap, maar progressie, afwezigheid van perinatale risicofactoren en normale of aspecifieke MRI-bevindingen zijn belangrijke alarmsignalen. Aanvullende diagnostiek, waaronder genetisch onderzoek, is essentieel.
Conclusie: HSP dient overwogen te worden bij patiënten met een CP-diagnose en een atypisch of progressief beloop. Klinische relevantie: correcte differentiatie is essentieel vanwege verschillen in prognose, behandeling en genetische counseling.

P37

Effect van het Exopulse Suit op mobiliteitsparameters en kwaliteit van leven in patiënten met Multipele Sclerose (MS): een pilot studie

MD MY van der Velde[1], PhD W van Meijeren-Pont[1], PhD DM Oosterveer[1,2]
[1]Basalt, [2]Afdeling Revalidatiegeneeskunde, Alrijne

Donderdag

Introductie Het Exopulse Suit beoogt met 1uur dragen 48uur effect te hebben op mobiliteit door reductie van spasticiteit.
Doel Bepalen van het effect van het Exopulse Suit op mobiliteitsparameters en kwaliteit van leven (KvL).
Patiënten Patiënten met MS, die zelf een afspraak maakten om het Exopulse Suit uit te proberen.
Toegevoegde waarde voor de patiënt/klinische relevantie Veel patiënten met MS hebben een hulpvraag gericht op beter lopen, maar het is onduidelijk of het Exopulse Suit hier een rol in kan spelen.
Methode In een pilot-studie werden voor en na het 1uur dragen van het Exopulse Suit balans met de Berg Balance Scale (BBS), opstaan en loopvermogen met de Timed Up & Go test (TUG) en 10 meter looptest (10MWT), en KvL met de EuroQol-5 (EQ-5D-5L) gemeten. Voor- en nametingen werden vergeleken met de Wilcoxon Signed Rank Test.
Resultaten Bij de 8 deelnemers (75% vrouw, mediane leeftijd 48 jaar) verbeterde de mediane BBS van 44.5 naar 49.5 (p=0.017) en de 10MWT van 14.5 naar 12.2s (p=0.018). Bij 6/8 patiënten was de verbetering van de BBS ≥ de minimal important change (MIC). De voor- en nametingen van de TUG en EQ-5D-5L verschilden niet significant.
Discussie en conclusie In een pilot-studie lijkt het Exopulse Suit verbetering te geven op balans en loopvermogen. Een randomized controlled trial is van meerwaarde om dit effect te bevestigen en inzicht te krijgen welke patiënten baat hebben.
Klinische boodschap Gebruik van het Exopulse Suit kan overwogen worden bij patiënten met MS die problemen ervaren met balans en loopvermogen.

P38

Fysieke activiteit en training in het dagelijks leven bij patiënten met Duchenne spierdystrofie

Evelien Fleerakkers[1], Anna Stuurman[1], Prof. dr. Hermien Kan[1], dr. Erik Niks[1], dr. Menno van der Holst[1]
[1]Leiden Universitair Medisch Centrum

Donderdag

Introductie
Bij Duchenne Spierdystrofie (DMD) is fysieke activiteit (FA) en training belangrijk voor het behoud van functie. Internationale richtlijnen over frequentie, duur en intensiteit ontbreken, maar een Nederlandse Duchenne richtlijn adviseert aerobe training en krachttraining: beide 3x/week, 20–25 min, lage tot matige intensiteit.
Doel
Het in kaart brengen van dagelijkse FA en training, en de mate waaraan voldaan wordt aan de Nederlandse richtlijn.
Patiënten
25 patiënten met DMD, mediane leeftijd 11.3 jaar (IQR 8.6–14.5), 11 ambulant.
Methode
FA en training werd gedurende drie weken vastgelegd in een beweegdagboek: frequentie (dagen/week), duur (minuten) en intensiteit (OMNI-schaal 0–10). Aerobe training werd gedefinieerd als OMNI≥5; krachttraining werd gerapporteerd door de fysiotherapeut. Groepen (ambulant vs non-ambulant) werden vergeleken met Mann-Whitney U-toetsen.
Resultaten
Ambulante patiënten waren significant meer minuten per week fysiek actief (608 vs. 325; p=0.020) maar niet op meer dagen per week (6.3 vs. 4.0; p=0.067). Ambulante patiënten voltooiden meer aerobe trainingssessies (3.0 vs. 1.7) en meer minuten per week (94 vs. 63), deze verschillen waren niet significant (p>0.05). Krachttraining werd alleen uitgevoerd door non-ambulante patiënten (n=7) met een mediane frequentie van 1x/week gedurende 15 minuten/keer. Zeven ambulante en drie non-ambulante patiënten voldeden aan de aerobe richtlijn; geen enkele voldeed aan de krachtrichtlijn.
Discussie/conclusie
Ambulante patiënten voldeden vaker aan de aerobe richtlijn, maar aan de krachtrichtlijn voldeed geen enkele patiënt.
Klinische boodschap
Gerichte sturing op aerobe training is nodig, maar de grootste winst is te behalen in het structureler en gedoseerd inzetten van krachttraining voor zowel ambulante als non-ambulante patiënten.

P39

Patiënt voorkeuren, barrières en bevorderende factoren rondom fysieke activiteit en training bij Duchenne Spierdystrofie

Evelien Fleerakkers[1], Isabelle Pirson[1], Anna Stuurman[1], Prof. dr. Hermien Kan[1], dr. Erik Niks[1], dr. Menno van der Holst[1]
[1]Leiden Universitair Medisch Centrum

Donderdag

Introductie
Bij Duchenne Spierdystrofie (DMD) is fysieke activiteit (FA) en training belangrijk voor het behoud van motorische functie. Om FA en training beter te ondersteunen en gerichte programma's te ontwikkelen, is inzicht nodig in de voorkeuren, barrières en bevorderende factoren vanuit het perspectief van patiënten, ouders en zorgverleners.
Patiënten
11 patiënten met DMD (mediane leeftijd 14 jaar, IQR 10.5–15.2; 4 ambulant), 12 ouders en 11 zorgverleners.
Methode
Er werden semigestructureerde interviews afgenomen met patiënten, twee focusgroepen met ouders en twee met zorgverleners, bevindingen werden geanalyseerd middels thematische analyse.
Resultaten
Alle groepen gaven sociale interactie, plezier en gezondheidswinst als belangrijke voorkeuren. Patiënten noemden verbinding met leeftijdsgenoten als voornaamste bevorderende factor. Ouders en zorgverleners benadrukten dat de ziektefase en verwacht functieverlies bepalend zijn voor de keuze van geschikte activiteiten. Alle partijen vonden dat de verantwoordelijkheid voor planning en therapietrouw gedeeld moet worden. Bevorderende factoren waren deskundige begeleiders, spelelementen in de training en flexibiliteit in intensiteit en duur. Belemmerende factoren waren vermoeidheid en energiemanagement, maar ook valangst, vergelijking met leeftijdsgenoten, beperkte toegankelijkheid van sportclubs, gebrek aan aangepast sporten, vervoersproblemen en overbelaste gezinssystemen.
Discussie en conclusie
FA en trainingsprogramma's bij DMD dienen flexibel en individueel afgestemd te zijn, met aandacht voor energiemanagement, spelelementen en sociale participatie.
Klinische boodschap
Gerichte sturing op FA en training vereist maatwerk: het is goed om rekening te houden met ziektefase, vermoeidheid en sociale context om participatie te optimaliseren.

P40

Kosteneffectiviteit van 3D-geprinte orthesen bij mensen met chronische handaandoeningen: protocol van een gerandomiseerde gecontroleerde non-inferioriteitsstudie

Msc Lisse Geurink[1,2], PhD Tanja Oud[1,2], MD PhD Vincent de Groot[1,2,3], PhD Merel-Anne Brehm[1,2]
[1]Afdeling Revalidatiegeneeskunde, Amsterdam UMC, locatie Universiteit van Amsterdam, Meibergdreef 9, [2]Amsterdam Bewegingswetenschappen, Revalidatie & Ontwikkeling, [3]Afdeling Revalidatiegeneeskunde, Amsterdam UMC, locatie Vrije Universiteit, De Boelelaan 1117

Donderdag

Introductie: Bij verminderde handfunctie kunnen handorthesen het uitvoeren van activiteiten van het dagelijks leven (ADL) verbeteren. Conventionele maatwerk handorthesen zijn echter arbeidsintensief om te maken. 3D-geprinte handorthesen zijn mogelijk sneller en goedkoper te maken, met vergelijkbare effectiviteit, maar bewijs is beperkt tot kleine studies en informatie over kosteneffectiviteit ontbreekt (Oud et al. 2024). Deze studie onderzoekt of 3D-geprinte handorthesen minstens even effectief zijn als conventionele handorthesen voor ADL-uitvoering bij mensen met chronische handaandoeningen. Daarnaast wordt de kosteneffectiviteit van beide handorthesen vergeleken. De studie draagt bij aan de ontwikkeling van patiëntvriendelijkere en efficiëntere orthesezorg voor mensen met chronische handaandoeningen.

Methode: In deze non-inferioriteitsstudie worden 100 volwassenen met een chronisch stabiele handaandoening gerandomiseerd naar een 3D-geprinte of conventionele duim-, pols- of polsduimorthese. Metingen vinden plaats bij screening, baseline (twee weken later) en 1, 4, 8 en 12 maanden na aflevering van de orthese. De primaire uitkomst is de verandering in ADL-uitvoering na 4 maanden ten opzichte van baseline (custom short-form Patient-Reported Outcomes Measurement Information System-Upper Extremity). Secundaire uitkomsten zijn functionele status (Patiënt Specifieke Klachten), handfunctie en pijn (Michigan Hand Outcomes Questionnaire), kwaliteit van leven (EuroQol 5-Dimension 5-Level) en orthesetevredenheid (Client Satisfaction with Device; Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology). Daarnaast worden gezondheidszorg- en maatschappelijke kosten bijgehouden. De kosteneffectiviteit wordt berekend als de ratio van de gemiddelde verschillen in kosten en effecten tussen de 3D-geprinte en conventionele handorthesen, uitgedrukt als incrementele kosteneffectiviteitsratio (ICER). Ervaringen met het aanmeetproces worden onderzocht via semigestructureerde interviews met participanten en instrumentmakers.

Registratienummer: ingediend 01-06-2026
METC-nummer: 2025.1123
Goedgekeurd in ClinicalTrials.gov. Het registratienummer is: NCT07633821.

P41

E-TECH NEURO: E-health voor veilig en zelfverzekerd thuis trainen bij neurologische aandoeningen; protocol van een multicenter interventiestudie

MSc Amber Klomp[1,2], Dr. Erwin van Wegen[2,3], Prof. dr. Vincent de Groot[2,3,4], Dr. Marike van der Schaaf[1,5,6], Dr. Eric Voorn[1,2]
[1]Amsterdam UMC location University of Amsterdam, Department of Rehabilitation Medicine, Meibergdreef 9, Amsterdam, The Netherlands, [2]Amsterdam Movement Sciences, Rehabilitation & Development, Amsterdam, The Netherlands;, [3]Amsterdam UMC location Vrije Universiteit Amsterdam, Rehabilitation, De Boelelaan 1117, Amsterdam, The Netherlands, [4]Amsterdam Neuroscience, Neuroinfection & -inflammation, Amsterdam, The Netherlands, [5]Amsterdam Movement Sciences, Ageing and Vitality, Amsterdam, The Netherlands, [6]Amsterdam University of Applied Sciences, Faculty of Health, Center of Expertise Urban Vitality, Amsterdam, The Netherlands

Donderdag

Introductie

Mensen met neuromusculaire aandoeningen (NMD), multiple sclerose (MS) of de ziekte van Parkinson (PD) hebben vaak een verminderde fysieke fitheid. Aerobe training verbetert fitheid en functioneren, maar onzekerheid over veilige trainingsintensiteit en herstel belemmert zelfstandig thuis trainen. Hartslagvariabiliteit (HRV), gemeten via een smartphone-app, kan helpen om belasting en herstel dagelijks te monitoren en training te personaliseren.

Onderzoeksvraag

Is een 16-weeks, door een fysiotherapeut begeleid, thuis uitgevoerd aerobe trainingsprogramma (B-FIT), ondersteund met HRV-gestuurde zelfmonitoring (HRV4Training), haalbaar, veilig en acceptabel voor volwassenen met NMD, MS of PD, en wat zijn de eerste effecten op fysieke fitheid en vertrouwen om te trainen?

Methode

Volgens het Medical Research Council (MRC) framework voor complexe interventies wordt een prospectieve, multicenter, mixed-methods interventiestudie in drie fasen uitgevoerd: (1) haalbaarheidsstudie (N=30), (2) iteratieve doorontwikkeling en (3) exploratieve evaluatiestudie (N=60). Volwassenen met NMD, MS of PD volgen gedurende 16 weken een thuisprogramma met drie wekelijkse fietssessies op een hometrainer, geïndividualiseerd op basis van een maximale inspanningstest. Dagelijkse HRV-metingen, vragen over herstel en hartslagmonitoring ondersteunen de training op afstand, gesuperviseerd door fysiotherapeuten. Uitkomsten worden gemeten bij aanvang en na 16 weken met vragenlijsten, fysieke testen en activiteitenmonitoring.

Toegevoegde waarde en verwachte bijdrage

Het programma biedt een laagdrempelige, thuis uitgevoerde, datagedreven trainingsvorm die fysieke fitheid en vertrouwen in veilig bewegen kan vergroten. De studie geeft inzicht in

haalbaarheid en potentiële effectiviteit van HRV-gestuurde, thuis uitgevoerde training in de neurologische revalidatie en kan toekomstige zorgpaden en richtlijnen informeren.

METC en trialregistratie
Voorgelegd (12-05-2026) aan METC van Amsterdam UMC (NL-011596)

P42

Intensieve logopedische training van slikken bij volwassenen met een spierziekte

MA Amber Römkens[1], Prof. dr. Jan Groothuis[1], dr. Sanne Diepenveen[2], MSc Daphne Maas[1], Prof. dr. Philip van der Wees[1,3], dr. Hanneke Kalf[1], dr. Karlien Mul[4], dr. Simone Knuijt[1]
[1]Afdeling Revalidatie, Donders Institute for Brain, Cognition and Behaviour, Radboud universitair medisch centrum, [2]HAN University of Applied Sciences, [3]IQ Health, Radboud universitair medisch centrum, [4]Afdeling Neurologie, Donders Institute for Brain, Cognition and Behaviour, Radboud universitair medisch centrum

Donderdag

Introductie: Dysfagie is een veelvoorkomend symptoom bij neuromusculaire aandoeningen (NMA) als oculofaryngeale spierdystrofie (OPMD) en inclusion body myositis (IBM). Hoewel fysieke training steeds vaker wordt aanbevolen, richt logopedie zich voornamelijk op compensatiestrategieën. Het effect van functionele en spiertraining op slikfunctie en spierkwaliteit is echter onvoldoende onderzocht bij deze doelgroep.

Onderzoeksvraag: 'Wat is het effect van intensieve logopedische sliktraining, ondersteund door spierkrachttraining, op de slikfunctie en spierkwaliteit van volwassenen met OPMD en sIBM en is de interventie haalbaar en uitvoerbaar voor deelnemers en logopedisten?

Design: Deze mixed-methods pilotstudie evalueert het mogelijke effect, de haalbaarheid, uitvoerbaarheid en acceptatie van intensieve logopedische training. In totaal worden 25 volwassenen met genetisch vastgestelde OPMD of IBM geïncludeerd. Deelnemers krijgen functionele sliktraining en uitademingskrachttraining met 'expiratory muscle strength training' (EMST). De interventie bestaat uit twee maanden hoogfrequente logopedische therapie gevolgd door tien maanden laagfrequente onderhoudsoefeningen. Enkele logopedisten en deelnemers worden geïnterviewd over de ervaringen en uitvoerbaarheid van de training.

Klinische relevantie: De studie levert eerste systematische evidentie over de effectiviteit en haalbaarheid van logopedische training van slikken bij volwassenen met NMA.

Patiëntenparticipatie: Patiëntonderzoekers lezen en beoordelen de proefpersoneninformatie en handleidingen, denken mee over de vormgeving van de interventie en evalueren de uitvoerbaarheid. Daarnaast helpen zij bij het maken van nieuwsberichten en het verspreiden van de resultaten.

Verwachte bijdrage: Deze studie kan directe implicaties leveren voor behandelrichtlijnen, klinische besluitvorming en de verschuiving van langdurige laagfrequente compensatiegerichte zorg naar kortdurende hoogfrequente functie-herstellende training voor mensen met NMA.

P43

Intensieve logopedische training van spreken bij volwassenen met een spierziekte

MA Amber Römkens[1], Prof. dr. Jan Groothuis[1], dr. Sanne Diepenveen[2], dr. Karlien Mul[3], dr. Simone Knuijt[1]
[1]Afdeling Revalidatie, Donders Institute for Brain, Cognition and Behaviour, Radboud universitair medisch centrum, [2]HAN University of Applied Sciences, [3]Afdeling Neurologie, Donders Institute for Brain, Cognition and Behaviour, Radboud universitair medisch centrum

Donderdag

Introductie: Dysartrie is een veelvoorkomend symptoom bij myotone dystrofie type 1 (DM1). Hoewel fysieke training steeds vaker wordt aanbevolen, richt logopedie zich voornamelijk op compensatiestrategieën, zoals het verlagen van het spreektempo. Omdat orofaciale spieren een andere spieropbouw hebben dan skeletspieren, is het nog onbekend welk effect training heeft op de functie en kwaliteit van deze orofaciale spieren.

Onderzoeksvraag: 'Wat is het effect van intensieve articulatietraining, ondersteund door spierkrachttraining, op de verstaanbaarheid, communicatieve participatie en spierkwaliteit van volwassenen met een spierziekte en is de interventie haalbaar en uitvoerbaar voor deelnemers en logopedisten?'.

Design: Deze mixed-methods pilotstudie evalueert het mogelijke effect, de haalbaarheid, uitvoerbaarheid en acceptatie van intensieve logopedische training. In totaal worden 25 volwassenen met genetisch vastgestelde DM1 geïncludeerd. Deelnemers krijgen functionele articulatieoefeningen in combinatie met tongkrachttraining met 'Iowa Oral Performance Instrument' (IOPI). De interventie bestaat uit twee maanden hoogfrequente logopedische therapie gevolgd door tien maanden laagfrequente onderhoudsoefeningen. Enkele logopedisten en patiënten worden geïnterviewd over de ervaringen en uitvoerbaarheid van de training.

Klinische relevantie: Dit onderzoek levert eerste systematische evidentie over de effectiviteit en haalbaarheid van logopedische training van spreken bij volwassenen met NMA.

Patiëntenparticipatie: Patiëntonderzoekers lezen en beoordelen alle deelnemersmaterialen, denken actief mee over de vorm en inhoud van de interventie en evalueren praktische toepasbaarheid. Ook spelen zij een rol in het ontwikkelen van nieuwsberichten en het delen van resultaten.

Verwachte bijdrage: De bevindingen kunnen direct bijdragen aan implicaties voor behandelrichtlijnen, klinische besluitvorming en de verschuiving van langdurige laagfrequente compensatiegerichte zorg naar kortdurende hoogfrequente functie-herstellende training voor mensen met NMA.

P44

Effectiviteit en kosteneffectiviteit van maatwerk- versus confectie-enkel-voetorthesen bij kuitspierzwakte als gevolg van neuromusculaire aandoeningen: studieprotocol van de CATE-trial

PhD Daan Vermeulen[1,2], PhD Merel Brehm[1,2], MD, PhD Fieke Koopman[1,2], MD, PhD Vincent de Groot[1,2], PhD Niels Waterval[1,2]
[1]Amsterdam UMC, afdeling Revalidatiegeneeskunde, [2]Amsterdam Movement Sciences, Rehabilitation & Development

Donderdag

Introductie
Bij mensen met kuitspierzwakte door een neuromusculaire aandoening (NMA) worden zowel maatwerk- als confectie-enkel-voetorthesen (EVOs) voorgeschreven. Maatwerk-EVOs kunnen worden gepersonaliseerd in pasvorm en eigenschappen, maar zijn duurder om te maken dan confectie-EVOs. Het is echter onbekend of maatwerk-EVOs op langere termijn leiden tot betere loopvaardigheid, hogere orthesetevredenheid en gunstigere kosteneffectiviteit dan confectie-EVOs.

Onderzoeksvraag
Zijn maatwerk-EVOs effectiever en kosteneffectiever over een follow-up periode van 18 maanden dan confectie-EVOs bij mensen met kuitspierzwakte door een NMA?

Methode
De CATE-trial is een gerandomiseerde gecontroleerde studie waarin 68 volwassenen met kuitspierzwakte door een NMA en een indicatie voor een eerste EVO worden gerandomiseerd naar een maatwerk- of confectie-EVO. Metingen vinden plaats op baseline en op 3, 12 en 18 maanden na aflevering van de EVO. Primaire uitkomstmaten zijn verandering in loopsnelheid tussen baseline en 18 maanden follow-up, gemeten middels de 6-minuten looptest, en orthesetevredenheid op 18 maanden, gemeten met de Dutch Client Satisfaction with Device vragenlijst (D-CSD). Secundaire uitkomstmaten zijn energieverbruik tijdens lopen, gangbeeldparameters, orthese-eigenschappen en ervaren loopvaardigheid. De economische evaluatie wordt uitgevoerd vanuit zorg- en maatschappelijk perspectief. Kosten worden elke 3 maanden gemeten met kostenvragenlijsten en kwaliteit van leven met de EQ-5D-5L.

Toegevoegde waarde en verwachte bijdrage
De studie draagt bij aan kennis over (kosten)effectiviteit van EVOs bij mensen met kuitspierzwakte door een NMA.
De resultaten ondersteunen patiënten en behandelaren bij onderbouwde keuzes tussen maatwerk- en confectie-EVOs, waarbij naast het verschil in effectiviteit ook tevredenheid, kosten en duurzaamheid op langere termijn kunnen worden meegewogen.

METC
Ingediend bij METC Amsterdam UMC, Protocol-ID: NL-011570

P45

Lichaamssamenstelling en cardiometabool risico van personen met een chronische dwarslaesie met loopfunctie, en de relatie met fysieke activiteit

Drs. Stephen Butteling[1,3], drs. Marthe Langerwerf[1,2], dr. Rutger Osterthun[1,2], dr. Rita van den Berg-Emons[1]
[1]Afdeling Revalidatiegeneeskunde, Erasmus MC, Universitair Medisch Centrum, [2]Rijndam Revalidatie, [3]Basalt Revalidatie

Donderdag

Introductie
Fysieke activiteit (FA) heeft een gunstig effect op lichaamssamenstelling en cardiometabool risico (CMR). Personen met een dwarslaesie zijn veelal laag actief. Er is echter weinig bekend over lichaamssamenstelling en CMR, en hun relatie met FA, bij lopende personen met een chronische dwarslaesie (LCDL).
Doel
Inzicht verkrijgen in lichaamssamenstelling, CMR, en hun relatie met FA, bij LCDL.
Patiënten
Dwarslaesie >1 jaar, leeftijd ≥18 jaar, minimaal functionele loopfunctie binnenshuis.
Klinische relevantie
Inzicht in de gezondheid van een relatief onderbelichte subpopulatie.
Patiëntenparticipatie in het onderzoek
Dwarslaesie Organisatie Nederland-lid betrokken bij opzet.
Methode
Cross-sectioneel onderzoek. Botdichtheid t.h.v. de heup en lichaamsvetpercentage werden gemeten middels DEXA-scan. CMR werd bepaald a.d.h.v. Metabool Syndroom (MetSyn, aanwezigheid van ≥3 risicofactoren: verhoogde buikomtrek, verlaagd HDL, verhoogd triglyceride, hypertensie, dysglycemie). FA zoals lopen/fietsen/rolstoelrijden werd gemeten middels een Activ8-activiteitenmonitor. Associatie tussen botdichtheid/lichaamsvetpercentage/MetSyn en FA werd geanalyseerd met Generalized Linear Models, gecorrigeerd voor persoonlijke- en dwarslaesiekenmerken.
Resultaten
Eenentachtig personen werden geïncludeerd. 72.8% was man, mediane (IQR) leeftijd was 60 (52-66) en tijd sinds dwarslaesie 3 (2-7.5) jaar. Botdichtheid (N=38) was in 50% verlaagd, lichaamsvetpercentage (N=41) in 87.5% verhoogd. MetSyn (N=58) was aanwezig bij 35.6%. Mediane (IQR) FA (N=73) was 98.1 (61.9-140.4) min/dag. FA was geassocieerd met lichaamsvetpercentage (B=-0.049, $p<0.001$) en MetSyn (OR=0.988, $p=0.049$) maar niet met botdichtheid.
Discussie en conclusie
Botdichtheid, lichaamsvetpercentage en CMR waren ongunstig in een groot deel van de deelnemers. Hogere FA was geassocieerd met lager lichaamsvetpercentage en lagere prevalentie van MetSyn.
Klinische boodschap
Verhogen van FA heeft potentieel een positief effect op lichaamssamenstelling en CRM bij LCDL.

P46

Beter screenen van overgewicht en obesitas bij mensen met een dwarslaesie: validatie van afkapwaarden voor BMI en buikomvang

Dr. Sonja de Groot[1,2], Dr. Jasmijn Holla[3], Dr. Majanka Heijenbrok-Kal[4], Dr. Janneke Stolwijk-Swüste[1], Dr. Rutger Osterthun[4,5], Dr. Rita van den Berg-Emons[4]
[1]Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht, UMC Utrecht Hersencentrum, UMC Utrecht; De Hoogstraat Revalidatie, [2]Afdeling Bewegingswetenschappen, Faculteit der Gedrags- en Bewegings-wetenschappen, Vrije Universiteit, [3]Centre of Expertise Preventie in Zorg & Welzijn, Faculteit Gezondheid, Educatie en Welzijn, Hogeschool Inholland, [4]Afdeling Revalidatiegeneeskunde, Erasmus MC, [5]Rijndam Revalidatie

Donderdag

Introductie: De prevalentie van overgewicht en obesitas is hoog bij personen met een dwarslaesie. Hoewel gecombineerde leefstijlinterventies kunnen bijdragen aan gewichtsmanagement, is deelname vaak gebaseerd op body mass index (BMI)- en buikomvang-afkapwaarden uit de algemene populatie. Door veranderingen in lichaamssamenstelling bij dwarslaesie is het onzeker of deze afkapwaarden overgewicht en obesitas adequaat identificeren in deze groep.
Doel: Valideren van eerder voorgestelde, dwarslaesie-specifieke afkapwaarden voor BMI en buikomvang.
Patiënten/doelgroep: 112 volwassenen met een dwarslaesie (73% man; leeftijd: 51,8 ± 12,6 jaar, 36% tetraplegie, 39% motor compleet).
Toegevoegde waarde voor de patiënt/klinische relevantie: Bij afwijkende afkapwaarden dienen inclusiecriteria voor leefstijlinterventies te worden aangepast voor deze doelgroep.
Patiëntenparticipatie in het onderzoek: n.v.t.
Methode: Individuele patiëntendata meta-analyse van drie prospectieve Nederlandse studies. Metingen: lichaamsgewicht, lengte, BMI en buikomvang; DXA als gouden standaard voor overgewicht en obesitas. ROC-curven bepaalden sensitiviteit en specificiteit van bestaande dwarslaesie-specifieke afkapwaarden en optimale afkapwaarden voor de Nederlandse doelgroep.
Resultaten: De sensitiviteit en specificiteit van bestaande dwarslaesie-specifieke afkapwaarden varieerden van slecht tot uitstekend. Nieuwe afgeleide BMI-afkapwaarden (20,9–23,3 kg/m² voor overgewicht en 25,1 kg/m² voor obesitas) kwamen overeen met eerdere aanbevelingen. De buikomvang-afkapwaarde voor mannen (93,8 cm) sloot eveneens goed aan bij de eerder voorgestelde >94 cm drempel.
Discussie en conclusie: De bevindingen versterken het bewijs dat BMI- en buikomvang-afkapwaarden lager zouden moeten zijn voor personen met een dwarslaesie dan voor de algemene populatie.
Klinische boodschap: Dwarslaesie-specifieke afkapwaarden identificeren adequater personen die baat hebben bij leefstijlinterventies ter verbetering van de gezondheid en kwaliteit van leven.

P47

Beweegrichtlijnen en vitaliteit bij mensen met een dwarslaesie in de chronische fase: resultaten uit de InSCI studie

Dr. Ingrid Kouwijzer[1,2], Dr. Rita Van den Berg-Emons[3], Dr. Janneke Stolwijk-Swüste[4], Dr. Ellen Roels[5], Dr. Marike Maijers[1], Dr. Anke Tigchelaar[6], Dr. Rutger Osterthun[3,7], Dr. Sonja de Groot[2,4]
[1]Amsterdam Rehabilitation Research Center | Reade, [2]Afdeling Bewegingswetenschappen, Faculteit der Gedrags- en Bewegings-wetenschappen, Vrije Universiteit, [3]Afdeling Revalidatiegeneeskunde, Erasmus MC, [4]Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht, UMC Utrecht Hersencentrum, UMC Utrecht; De Hoogstraat Revalidatie, [5]Afdeling Revalidatiegeneeskunde, Centrum voor Revalidatie, Universiteit Groningen, Universitair Medisch Centrum Groningen, [6]Dwarslaesie Organisatie Nederland, [7]Rijndam Revalidatie

Donderdag

Introductie: Mensen met een dwarslaesie (MmDWL) zijn weinig fysiek actief, ondanks bestaande beweegrichtlijnen. Voldoende fysieke activiteit kan mogelijk bijdragen aan een betere vitaliteit.
Doel: Het beschrijven van het percentage MmDWL dat aan verschillende beweegrichtlijnen voldoet en het onderzoeken van de associatie met vitaliteit.
Patiënten/doelgroep: 338 MmDWL (64% man; leeftijd 62±13 jaar; 45% tetraplegie; 25% complete laesie).
Toegevoegde waarde voor de patiënt/klinische relevantie: Dit onderzoek laat zien welke beweegrichtlijnen samenhangen met hogere vitaliteit en helpt bij beweegadviezen voor MmDWL.
Patiëntenparticipatie in het onderzoek: Dwarslaesie Organisatie Nederland is actief betrokken bij het onderzoek.
Methode: Cross-sectioneel multicenter vragenlijstonderzoek (InSCI). Vitaliteit werd gemeten met de SF-36 (range: 0-100). Fysieke activiteit werd uitgevraagd voor aerobe belasting en krachttraining. Respondenten werden ingedeeld in voldoen aan: 1) geen richtlijn; 2) fitheidsrichtlijn (≥40 min/week aeroob + ≥2x krachttraining); 3) cardiometabole richtlijn (>90 min/week aeroob); 4) cardiometabole richtlijn + ≥2x/week krachttraining.
Resultaten: 49% voldeed aan geen richtlijn, 12% voldeed aan de fitheidsrichtlijn, 16% aan de cardiometabole richtlijn zonder en 23% met krachttraining. De gemiddelde vitaliteitsscore was 57 ± 20. Na correctie voor persoons- en laesiekenmerken, hadden deelnemers die voldeden aan de cardiometabole richtlijn met krachttraining een significant hogere vitaliteit dan degenen die niet aan een richtlijn voldeden (beta±SE: 8.89 ± 2.73, $p < 0.001$).
Discussie en conclusie: De helft van de MmDWL voldoet niet aan beweegrichtlijnen. Voldoen aan de cardiometabole richtlijn met krachttraining hangt samen met hogere vitaliteit.
Klinische boodschap: Stimuleer MmDWL om te voldoen aan een beweegrichtlijn. Om vitaliteit te bevorderen wordt de cardiometabole richtlijn met krachttraining aanbevolen.

P48

Belemmerende en bevorderende factoren voor fysieke activiteit in eerste jaar na revalidatieontslag bij mensen met dwarslaesie en loopfunctie: kwalitatieve studie

Drs. Marthe Langerwerf[1,2], Karlijn e. te Boekhorst[3], Karin Postma[1,2], Freke K. van den Bosch[1], Tijn van Diemen[4], Janneke M. Stolwijk-Swuste[5], Rutger Osterthun[1,2], Rita J.G. van den Berg-Emons[1]

[1]Afdeling Revalidatiegeneeskunde, Erasmus MC, Universitair Medisch Centrum Rotterdam, [2]Rijndam Revalidatie, [3]Afdeling Sociaal-Medische Wetenschappen, Erasmus School of Health Policy & Management, Erasmus Universiteit Rotterdam , [4]Afdeling Revalidatie, Sint-Maartenskliniek, [5]De Hoogstraat Revalidatie

Donderdag

Introductie: Mensen met een dwarslaesie met loopfunctie zijn, ondanks een relatief grotere functionele capaciteit dan rolstoelgebruikers, verminderd fysiek actief. Lage fysieke activiteit (FA) hangt samen met ongunstige gezondheidsuitkomsten. Het eerste jaar na ontslag uit de revalidatie is een cruciale overgangsfase, waarin de stap gemaakt wordt van gestructureerde therapie naar het zelfstandig behouden van een actieve leefstijl.
Doel: Inzicht verkrijgen in belemmerende en bevorderende factoren voor FA bij mensen met een dwarslaesie met loopfunctie in het jaar na ontslag.
Patiënten of doelgroep: Twintig mensen met een dwarslaesie met loopfunctie met variërende loopcapaciteit.
Toegevoegde waarde voor de patiënt of klinische relevantie: Inzicht in deze factoren ondersteunt gerichte interventies om FA te bevorderen binnen deze onderbelichte groep.
Patiëntenparticipatie in het onderzoek: Deelnemers deelden via semigestructureerde interviews hun ervaringen met FA.
Methode: Kwalitatief onderzoek met thematische analyse volgens het Physical Activity for People with a Disability model.
Resultaten: De populatie had een gemiddelde leeftijd van 57 jaar bij ontstaan van de dwarslaesie, bestond voor 60% uit mannen, 40% had tetraplegie en vertoonde uiteenlopende loopcapaciteit, van vrijwel onbeperkt lopen tot beperkt binnenshuis met een hulpmiddel. Belemmerende factoren waren vermoeidheid, hoge fysieke belasting van het lopen, mobiliteitsbeperkingen, valangst en verminderd zelfvertrouwen. Bevorderend waren symptoomreductie door beweging, behoud van zelfstandigheid, hulpmiddelengebruik, motivatie, doorzettingsvermogen, zelfeffectiviteit en herstelgericht denken.
Discussie en conclusie: Diverse factoren beïnvloeden FA in de eerste periode na ontslag. Maatwerkinterventies zijn nodig in deze overgangsfase.
Klinische boodschap: Gerichte interventies zijn essentieel om duurzame FA na ontslag te ondersteunen bij mensen met een dwarslaesie met loopfunctie.

P49

Cervicale toediening van intrathecale baclofen bij een patiënt met een tetraplegie en slaapgerelateerde ademhalingsstoornissen.

Drs Ellen Maas[1], Dr Corien Nikamp-Simons[1], Drs Kuan Kho[2], Drs Michiel Wagenaar[2], Prof. Dr. Ig. Gabrielle Tuijthof[3], Dr Erik Prinsen[1,3]
[1]Roessingh Centrum Voor Revalidatie, [2]Medisch Spectrum Twente. , [3]Department of Biomechanical Engineering, Faculty of Engineering Technology, Universiteit Twente

Donderdag

Introductie:
Intrathecale baclofen is een effectieve behandeling voor ernstige spasticiteit van de onderste extremiteit. Voor optimale behandeling van spasticiteit van de bovenste extremiteit is positionering van de kathetertip op cervicaal niveau noodzakelijk. Cervicale toediening van ITB (cITB) kan echter gepaard gaan met een verhoogd risico op het ontstaan of verergeren van slaapgerelateerde-ademhalingsstoornissen, wat terughoudendheid kan geven bij het starten van deze behandeling.
Doel:
Onderzoek naar veiligheid van behandeling met cITB.
Patiënten/doelgroep:
Patiënten met een tetraplegie en spasticiteit van de bovenste extremiteit.
Toegevoegde waarde patiënt/klinische relevantie:
Spasticiteit kan leiden tot functionele beperkingen en een verminderde kwaliteit van leven. Effectieve en veilige behandeling is daarom van groot belang.
Patiëntenparticipatie:
Patient werd nauw betrokken bij zorgvuldige afweging van de risico's en baten voor starten van cITB-behandeling.
Methode:
Case-report.
Resultaten:
Een man met een tetraplegie, spasticiteit van beide armen en een adequaat behandeld slaapapneu-syndroom werd geïncludeerd in de CervitB-studie. Tijdens de proefbehandeling werden duidelijke verbeteringen in spasticiteit en functionele uitkomsten gezien. Tegelijkertijd trad een verslechtering van het slaapapneu-syndroom op, wat leidde tot uitval uit CervitB-studie en een negatief advies voor start van cITB. Na multidisciplinair overleg werd behandeling met Continuous-Positive-Airway-Pressure gestart. Een herhaalde proefbehandeling liet opnieuw gunstige effecten zien, zonder verslechtering van respiratoire parameters. Hierop werd cITB-behandeling veilig gestart.
Discussie/conclusie:
Verslechtering van slaapapneu tijdens cITB-toediening is niet per definitie een absolute contra-indicatie voor deze behandeling, mits zorgvuldige respiratoire monitoring plaatsvindt en adequate behandeling van ademhalingsstoornissen wordt ingezet.
Klinische boodschap:
cITB-behandeling kan veilig en effectief worden toegepast bij patiënten met een tetraplegie en bestaande slaapgerelateerde-ademhalingsstoornissen

P50

Veranderingen in fysieke activiteit en sedentair gedrag na ontslag uit klinische revalidatie bij personen met een motorisch incomplete dwarslaesie

Dr Marije Vos- van der Hulst[1], Drs Maxime van Oort[1,2]
[1]Sint Maartenskliniek, [2]RadboudUMC

Donderdag

Studieopzet
Observationele cohortstudie.
Doelstellingen
In hoeverre verandert objectief gemeten fysieke activiteit en sedentair gedrag in de thuissituatie na klinische revalidatie bij personen met een motorisch incomplete dwarslaesie met loopfunctie? Is er een relatie tussen fysieke activiteit en de mate van vertrouwen om fysiek actief te kunnen zijn?
Methoden
Activiteit werd gemeten met behulp van een op het bovenbeen gedragen accelerometer die staan en lopen mat op drie meetmomenten: M0 (week vóór ontslag), M1 (eerste week na ontslag), M2 (drie maanden na ontslag). Vertrouwen in het fysiek actief zijn werd gemeten met de Exercise Self-Efficacy Scale (ESES). Veranderingen in activiteit en sedentair gedrag over tijd en de mogelijke relatie met ESES werden geanalyseerd met linear mixed models.
Resultaten
Twintig deelnemers met een motorisch incomplete dwarslaesie werden geïncludeerd. De gemiddelde fysieke activiteit nam toe van 116 minuten/dag (SD 82) bij M0 naar 151 minuten/dag (SD 114) bij M1, tot 190 minuten/dag (SD 132) bij M2 ($P<0.001$). Sedentair gedrag bleef stabiel rond 12 uur per dag. ESES scores bleven stabiel en waren niet geassocieerd met fysieke activiteit.
Conclusie
Bij deelnemers nam de fysieke activiteit toe gedurende de eerste drie maanden na klinisch ontslag, terwijl sedentair gedrag hoog bleef. Fysieke activiteit was niet gerelateerd aan het vertrouwen om fysiek actief te kunnen zijn. Deelnemers bleken in staat om in de thuissituatie het niveau van fysieke activiteit te verhogen. Deze resultaten suggereren dat monitoren van fysieke activiteit in de thuissituatie bijdragend kan zijn voor het begeleiden naar een fysiek actieve leefstijl.

P51

Optimaliseren van arm–beenenergometers voor inspanningstesten bij mensen met een beenamputatie: een spierskeletmodelgestuurde benadering.

dr. Roos Gretha Afra Duijn[1], dr. Juha M. Hijmans[2], ir. Gerben Gerard Plijter[3], ir. Jasper Willem Den Boer[3], Prof. Han Houdijk[1], dr. Christian Greve[1,2]
[1]Department of Human Movement Sciences, University Medical Center Groningen, [2]Department of Rehabilitation Medicine, University Medical Center Groningen, [3]Umaco B.V.

Vrijdag

De ontwikkeling van arm–been-ergometers voor inspanningstesten in de revalidatie is een langdurig en kostbaar proces. Modelgebaseerde spierskeletsimulaties bieden de mogelijkheid om de interactie tussen patiënt en ergometer systematisch te optimaliseren.

Het ontwikkelen van een ergometer waarmee mensen met een bewegingsbeperking maximale inspanning kunnen leveren, is complex. Meerdere ledematen moeten gecoördineerd worden en het beschikbare spiervolume wordt vaak niet optimaal benut. Hierdoor ontbreekt een geschikte ergometer voor valide inspanningstesten bij mensen met een beenamputatie [1,2]. Spierskeletsimulaties bieden een oplossing doordat ergometerontwerpen eerst virtueel geëvalueerd kunnen worden.

Er is een framework ontwikkeld waarmee een ergometerprototype virtueel is nagebouwd in combinatie met een spierskeletmodel. Hiermee kan de interactie tussen gebruiker en ergometer systematisch worden geanalyseerd. De simulaties zijn vergeleken met experimentele metingen op het fysieke prototype. De bewegingspatronen (gewrichtshoeken van heup, knie, enkel, schouder en elleboog) kwamen goed overeen (cross-correlatie 0,93–0,95), wat laat zien dat het model realistische bewegingen reproduceert. Binnen dit framework richten we ons op optimalisatie van drie kernaspecten voor maximale inspanning: arm–beencoördinatie, spierarbeidscapaciteit en de timing van krachtlevering [3,4].

Resultaten van de eerste simulaties (15 configuraties) tonen aan dat ontwerpaanpassingen de arm–beencoördinatie (49% verschuiving in de piek van de elleboog–kniehoek) en de spierarbeidscapaciteit (11,5% verschuiving in de timing van de bewegingscyclus) beïnvloeden. Dit toont aan dat ontwerpkeuzes direct effect hebben op coördinatie en spierbelasting. In de vervolgfase worden deze drie kernaspecten verder geoptimaliseerd, waarna een aangepast arm-been-ergometerprototype wordt ontwikkeld en geëvalueerd om het modelgebaseerde ontwerpframework te valideren.

1)Simmelink et al. 2018 2)Wezenberg et al.2012 3)Kelso 1995 4)MacDougall et al. 2022

P52

De SHOE-OFF trial: Implementatie van een landelijk offloading protocol voor plantaire voetulcera

Charlotte Hofma[1,2], dr. Sanne Ettema[1,2], Rimke Lagrand[1,2], dr. Louise Sabelis[1,2], dr. Edgar Peters[2,3], dr. Chantal Bakker[4], dr. Olaf Bakker[5], prof. dr. Sicco Bus[1,2], dr. Jaap van Netten[1,2]
[1]Afdeling Revalidatiegeneeskunde, Amsterdam UMC, Universiteit van Amsterdam, [2]Amsterdam Movement Sciences, Rehabilitation & Development, [3]Afdeling Interne Geneeskunde, Amsterdam UMC, Vrije Universiteit Amsterdam, [4]Afdeling Revalidatiegeneeskunde, Máxima Medisch Centrum Veldhoven, [5]Afdeling Vaatchirurgie, St Antonius Ziekenhuis

Vrijdag

Introductie

Offloading (drukverlaging) vormt een belangrijk onderdeel bij behandeling van plantaire voetulcera bij mensen met perifere neuropathie. Hoewel er internationale richtlijnen bestaan voor het offloaden van plantaire voetulcera, bestaat er in de praktijk variatie in de behandeling. De SHOE-OFF trial heeft als doel offloading van plantaire voetulcera in Nederland te structureren, standaardiseren, personaliseren en evidence-based te maken door een multidisciplinair protocol te ontwikkelen en implementeren, met als uitgangspunt ongewenste variatie in behandeling in kaart brengen en verminderen en daarmee uitkomsten te verbeteren.

Onderzoeksvraag

Welke procesmechanismen ondersteunen de duurzame borging van het SHOE-OFF protocol volgens implementatie-theoretische kaders?

Methode

De SHOE-OFF trial is een multicenter studie waaraan zeventien Nederlandse ziekenhuizen deelnemen. Het knowledge-to-action framework wordt toegepast om het implementatieproces te ontwerpen. Op basis van co-design wordt met stakeholders van de deelnemende ziekenhuizen het SHOE-OFF protocol opgesteld. Met de Normalization Process Theory wordt onderzocht hoe het protocol ingebed kan worden in de huidige zorg. Aan de hand van het RE-AIM framework wordt geëvalueerd hoe de implementatie verloopt en welke factoren een rol spelen in duurzame borging. Het stepped-wedge design van de SHOE-OFF trial faciliteert evaluatie en aanpassing van het protocol per stap en implementatie van het protocol op landelijke schaal.

Klinische relevantie

Toepassing van implementatiewetenschap op de SHOE-OFF trial kan resulteren in groter draagvlak onder zorgverleners om geprotocolleerde zorg met focus op passende zorg te leveren.

Verwachte bijdrage

Het implementatieonderzoek zal behandelaars inzicht geven in de variatie in offloading behandelingen en kan bijdragen aan meer gestructureerde, gepersonaliseerde en onderbouwde zorg van plantaire voetulcera.

P53

Arm-been ergometrie – een nieuwe methode voor het uitvoeren van inspanningstesten bij mensen met unilaterale bewegingsstoornissen

Dr. Cassandra Kraaijenbrink[1], Dr. Rowie Terpstra[1], Dionne Müller[1], Dr. Liesbeth Simmelink[2], Prof. Dr. Rienk Dekker[2], Dr. Riemer Vegter[1,3], Prof. Dr. Han Houdijk[1]
[1]Rijksuniversiteit Groningen, Universitair Medisch Centrum Groningen, Afdeling Bewegingswetenschappen, [2]Rijksuniversiteit Groningen, Universitair Medisch Centrum Groningen, Afdeling Revalidatiegeneeskunde, [3]Peter Harrison Centre for Disability Sports, School of Sport, Exercise and Health Sciences, Loughborough University

Vrijdag

Onderwerp: In het huidige project is een arm-been ergometer ontwikkeld, die breed ingezet kan worden bij het testen van inspanningscapaciteit.
Relevantie: Patiënten met functieverlies in de benen, bijvoorbeeld na een amputatie of bij niet aangeboren hersenletsel, kunnen vaak geen inspanningstest op een reguliere fietsergometer voltooien.
Patiëntenparticipatie: Naast het uitvoeren van de inspanningstest vullen de patiënten een vragenlijst in waarin zij hun mening over de arm-beenergometer kunnen geven, die als input dient voor een verbetering van het ontwerp.
Huidige status: Een prototype is ontwikkeld en eerder getest bij valide deelnemers. Momenteel wordt de ergometer getest bij mensen met een beenamputatie of met niet aangeboren hersenletsel. Vijf patiënten hebben het volledige protocol doorlopen waarbij ze een maximale inspanningstest hebben uitgevoerd. Daarbij blijkt dat niet alle patiënten de criteria voor maximale inspanning haalden. Zo bereikten alle deelnemers wel een RER van boven 1.05, maar slechts één deelnemer had een $\dot{V}O_2$peak waarde boven 85% van de voorspelde waarde. Geen van de deelnemers had een Borg CR10 score boven 7 voor centrale inspanning. De patiënten en clinici die de test uitvoerden, gaven aan dat het grootste verbeterpunt een dood punt in de beweging op de arm-been ergometer is. Patiënten vonden het zeer lastig dit dode punt te overwinnen en konden zich daarom niet maximaal inspannen.
Plan van aanpak: De komende periode wordt het aantal deelnemers uitgebreid tot minimaal tien patiënten per groep, op basis van de resultaten uit testen en vragenlijsten worden verbeteringen aan de arm-been ergometer opgesteld en geïmplementeerd.

P54

Accelerometrie-gemeten fysieke activiteit tijdens en na prothesetraining na een amputatie van de onderste extremiteit.

Drs Nina Mille[1], Cecile Utens, Fred de Laat, Herwin Horemans, Dianne ten Haaf, Irene Nijssen, Rachel Nemelc, Rita van den Berg-Emons
[1]Libra Revalidatie

Vrijdag

Introductie: Na een amputatie van de onderste extremiteit verbetert de loopcapaciteit tijdens prothesetraining, maar het beloop van fysieke activiteit (FA) tijdens en na deze training is onvoldoende bekend.
Doel: Kwantificeren van FA voor, tijdens en na prothesetraining en het exploreren van associaties tussen klinische factoren en FA.
Doelgroep: Volwassenen met een recente (<1 jaar) unilaterale onderste extremiteit amputatie.
Patiëntenparticipatie: vrijwillige deelname; geen betrokkenheid bij analyse.
Methode: Prospectief cohortonderzoek met drie meetmomenten: T0: start prothesetraining, T1: einde prothesetraining, T2: 6 maanden na einde prothesetraining. FA werd gedurende 7 dagen gemeten met een accelerometer (Activ8) en uitgedrukt als percentage per 24 uur.
Resultaten/toegevoegde waarde: 61 deelnemers werden geïncludeerd (65 ± 14 jaar; 67% man; 79% dysvasculair; 53% transtibiaal) met valide Activ8 data op T0 N=42, T1 N=29, T2 N=24. Gemiddelde FA per dag bedroeg 10,3% op T0, 12.1% op T1 (T1–T0 $p < .01$) en 12,6% op T2 (T2–T0 $p<.05$; T2–T1, ns). Op T0 en T1 werd een associatie tussen BMI en FA gevonden, en op T1 en T2 tussen comorbiditeit en FA. Geslacht, opleidingsniveau, etiologie, amputatie-zijde en -niveau waren niet geassocieerd met FA.
Discussie en conclusie: FA neemt significant toe tijdens prothesetraining maar verdere toename blijft uit. Dit patroon is vergelijkbaar met andere chronische aandoeningen (beroerte, dwarslaesie) en suggereert een mogelijke invloed van contextgedreven factoren in de overgang van revalidatiecentrum naar thuissituatie. Door de beperkte steekproef is voorzichtigheid bij interpretatie geboden.
Klinische boodschap: Stel realistische verwachtingen en richt interventies expliciet op het verhogen én behouden van FA na prothesetraining.

P55

Effectiviteit van protheses bij partiële hand- en vingeramputaties en reductiedefecten: een scoping review

Dr. Sietke Postema[1], Merel Peppelman[2], Prof. dr. Corry van der Sluis[1]
[1]UMCG, [2]Rijksuniversiteit Groningen

Vrijdag

Doel:
Een overzicht maken van effectiviteit van protheses voor personen met een partiële hand- of vingeramputatie of reductiedefect, op verschillende ICF-domeinen.

Toegevoegde waarde voor de patiënt/klinische relevantie:
Een dergelijk overzicht ontbreekt momenteel, wat het moeilijk maakt om evidence-based beslissingen te nemen bij het voorschrijven van deze protheses.

Patiëntenparticipatie in het onderzoek:
Geen.

Zoekstrategie:
Relevante artikelen voor deze scoping review werden geïdentificeerd via PubMed, Embase, Web of Science en CINAHL.

Selectie van artikelen:
Na het screenen van 2.889 zoekresultaten werden 14 artikelen geïncludeerd.

Evaluatie van artikelen en resultaten:
Het bewijs voor partiële hand- en vingerprothesen is beperkt en heterogeen (lage bewijskracht, geen eenduidige resultaten, kleine, observationele studies). Binnen het ICF-domein Functies en Anatomische Eigenschappen werd gezien dat de grijpkracht over het algemeen niet verbeterde met een prothese. Meetinstrumenten die het ICF domein Activiteiten onderzochten, toonden over het algemeen betere scores wanneer de prothese wordt gedragen bij grotere amputaties. Voor Participatie was het bewijs schaars en voornamelijk beschrijvend. Een kwalitatieve studie benadrukte het belang van prothesen voor sociale participatie. Daarnaast lijken protheses een belangrijke psychologische rol te spelen, vooral in de eerste periode na amputatie.

Conclusie:
Het huidige bewijs is inconsistent en onvoldoende om betrouwbare uitspraken te doen over effectiviteit binnen ICF domeinen. De duidelijkste positieve effecten werden gezien op psychosociaal gebied. Onduidelijk blijft voor welke patiëntgroepen prothesen leiden tot relevante winst in activiteiten en participatie. Systematische, kosten effectieve evaluaties en robuuster onderzoek zijn nodig om passende en doelmatige zorg te ondersteunen.

P56

Morfologische en functionele veranderingen van heupspieren na een transfemorale amputatie

MSc Reslin Schelhaas[1,2], dr. Klaske van Kammen[1], Prof. dr. Han Houdijk[3], Richard Reijmes[4], Prof. dr. Paul Jutte[5], Prof. dr. Rienk Dekker[1], Prof. dr. Jan Geertzen[1]
[1]Afdeling Revalidatiegeneeskunde, Universitair Medisch Centrum Groningen, Rijksuniversiteit Groningen, [2]Opleiding Ergotherapie, Hanzehogeschool Groningen, [3]Afdeling Bewegingswetenschappen, Universitair Medisch Centrum Groningen, Rijksuniversiteit Groningen, [4]Opleiding Medische Beeldvorming en Radiotherapeutische Technieken, [5]Afdeling Orthopedische Chirurgie, Universitair Medisch Centrum Groningen, Rijksuniversiteit Groningen

Vrijdag

Introductie: Een transfemorale amputatie (TFA) leidt tot veranderingen in spiermorfologie en -functie door het doornemen en opnieuw fixeren van bovenbeenspieren. De relatie tussen spiermorfologie (zoals spiervolume en vetinfiltratie) en functionele uitkomsten na een TFA is nog niet eerder onderzocht. Het doel van dit onderzoek was om inzicht te verkrijgen in spiermorfologie en spierfunctie na een TFA, en hun onderlinge relatie.

Methode: In deze cross-sectionele studie werden prothesegebruikers (K level ≥2) geïncludeerd met een unilaterale TFA, 1–5 jaar post-TFA. Middels MRI werd het spier- en vetvolume van de stomp en het intacte been bepaald. Heupspierkracht werd gemeten met isokinetische en isometrische dynamometrie (Humac Norm). Momenten zijn genormaliseerd naar lichaamsgewicht en gecorrigeerd voor zwaartekracht. Metingen van gepresenteerde resultaten vonden plaats bij 60°/s (flexie-extensie) en 30°/s (abductie-adductie). Uitkomsten zijn uitgedrukt als percentage van het intacte been.

Resultaten: Elf deelnemers (3 vrouwen, 60,5±9,9 jaar) zijn geïncludeerd. Het spiervolume was lager in de stomp (39–69%), met de grootste afname voor flexoren (39%) en extensoren (57%). Functioneel werd een minder eenduidig beeld gezien: lagere momenten voor flexoren en abductoren (~68–69%), vergelijkbare waarden voor extensoren (94%) en hogere waarden voor adductoren (126%).

Discussie en conclusie: Een afname in spiervolume gaat niet één-op-één samen met functieverlies. Met name de relatief behouden extensiekracht en verhoogde adductorkracht wijzen op mogelijke compensatiemechanismen. Verdere inclusie moet deze bevindingen bevestigen.

Klinische relevantie: Inzicht in discrepanties tussen spiermorfologie en -functie kan bijdragen aan gerichtere revalidatie na een TFA, met aandacht voor compenserende spiergroepen. Daarnaast geeft het inzicht in het effect van de chirurgische ingreep.

P57

Veranderingen in functionele mobiliteit tijdens de vroege revalidatie na een transfemorale amputatie: de rol van heupfunctie.

MSc Reslin Schelhaas[1], Mette Oonk[1,3], dr. Klaske van Kammen[1], Prof. dr. Han Houdijk[3], Prof. dr. Paul Jutte[4], Prof. dr. Rienk Dekker[1], Prof. dr. Jan Geertzen[1]
[1]Afdeling Revalidatiegeneeskunde, Universitair Medisch Centrum Groningen, Rijksuniversiteit Groningen, [2]Opleiding Ergotherapie, Hanzehogeschool Groningen, [3]Afdeling Bewegingswetenschappen, Universitair Medisch Centrum Groningen, Rijksuniversiteit Groningen, [4]Afdeling Orthopedische Chirurgie, Universitair Medisch Centrum Groningen

Vrijdag

Introductie: Personen ervaren na een transfemorale amputatie (TFA) vaak verminderde functionele mobiliteit, wat dagelijkse activiteiten en participatie beperkt en de kwaliteit van leven negatief beïnvloedt. Hoewel herstel van functionele mobiliteit een belangrijk doel is van revalidatie, is weinig bekend over het beloop hiervan in de vroege fase na een TFA. Daarnaast is onduidelijk wat de invloed is van beïnvloedbare factoren zoals heupmobiliteit en heupmoment. Dit onderzoek had als doel veranderingen in functionele mobiliteit tussen één en zes maanden na TFA te beoordelen en de rol van heupfunctie te onderzoeken.

Methode: Deelnemers ≥18 jaar met een unilaterale TFA werden binnen één week na amputatie geïncludeerd. Functionele mobiliteit werd gemeten met de AMP(no)PRO (scorelijst mobiliteit met/zonder prothese). Heupmobiliteit (actieve bewegingsuitslag in flexie/extensie) werd gemeten op één en zes maanden, en heupmoment op zes maanden post-TFA. Veranderingen werden geanalyseerd met een gepaarde t-toets; associaties met een univariate regressie.

Resultaten: Negentien deelnemers (69,4 ± 11,5 jaar) werden geïncludeerd. Functionele mobiliteit verbeterde significant tussen één en zes maanden ($p < .001$). Er werden geen significante associaties gevonden tussen baseline mobiliteit, veranderingen in heupmobiliteit of heupmoment en verbetering in mobiliteit.

Discussie en conclusie: Functionele mobiliteit neemt toe in de vroege revalidatiefase na een TFA. De onderzochte factoren lijken hierin geen duidelijke rol te spelen, mogelijk door de kleine steekproef en heterogeniteit en de relatief korte follow-up.

Klinische boodschap: Herstel van mobiliteit treedt op, maar lijkt niet primair afhankelijk van heupfunctie, mogelijk door de verschillende aspecten die de AMP(no)PRO meet. Aangrijpingspunten voor gerichte interventies zijn nog onduidelijk.

P58

Keuze voor een armprothese: een vergelijking tussen proefprothesen en pasprothesen

Verena Schuurmans[1], A. de Roode[2], Prof. Dr. C.K. van der Sluis[1], Dr. I. van Wijk[2], M.C. Kole[3], J. Berkhof[3], Drs. M. Lange[2]
[1]UMC Groningen/ProtheseAcademie, [2]De Hoogstraat Revalidatie, [3]Rijndam Revalidatie

Vrijdag

Introductie
Het keuzeproces voor armprothesen is complex en kan leiden tot ongebruikte hulpmiddelen. Met proefprothesen (thuisgebruik) en pasprothesen (gebruik in de kliniek) kunnen patiënten ervaren hoe het is een prothese te dragen, maar beide kennen verschillende voor- en nadelen, waaronder in individualisatie en zorgkosten.

Onderzoeksvraag
Hoe verschillen functioneren en tevredenheid tussen gebruikers van een proefprothese en een pasprothese tijdens het keuzeproces voor een armprothese?

Methode
In drie centra (UMCG, Rijndam Revalidatie en De Hoogstraat Revalidatie) werden volwassenen met een amputatie of congenitaal reductiedefect van de arm en wens voor een armprothese geïncludeerd. Deelnemers werden via multipurpose sampling toegewezen aan een groep die gebruikmaakte van een proef- of een pasprothese. Metingen vonden plaats vóór en na het keuzeproces. Functioneren, tevredenheid (met functioneren en testprothese), kwaliteit van leven en aantal zorgafspraken werden vergeleken.

Patiëntenparticipatie
Drie ervaringsdeskundigen traden op als onderzoekspartners.

Resultaten
Vijfentwintig deelnemers werden geïncludeerd, waarvan dertien tot dusver de nameting voltooiden. Er werden geen verschillen gevonden tussen beide groepen in functioneren, tevredenheid, kwaliteit van leven en aantal zorgafspraken. De mediane tijd tussen start van het keuzeproces en definitieve prothesekeuze bedroeg 146,5 dagen voor de pasprothese en 210 dagen voor de proefprothese. Dit verschil was niet significant.

Discussie/conclusie
Gebruikers van proef- en pasprothesen verschilden niet in functioneren, tevredenheid, zorgafspraken en doorlooptijd. De kleine steekproef beperkt de generaliseerbaarheid. Vervolgonderzoek is nodig om verschillen in zorgkosten en tevredenheid met definitieve prothese te onderzoeken.

Klinische boodschap
Op basis van de resultaten lijken zowel de proef- als pasprothese geschikte opties binnen het keuzeproces voor een armprothese.

P59

Postoperatieve uitkomsten tussen Burgess en sagittale incisie technieken bij transtibiale amputaties: een retrospectieve studie

Katelijne Stuart[1], S.M. Brink[1], drs. A.F. ten Hoff[1], drs. J. Oskam[2]
[1]Isala, afdeling revalidatie, [2]Isala, afdeling vaatchirurgie

Vrijdag

Introductie: Transtibiale amputaties (TTA) hebben impact op de kwaliteit van leven en zelfstandigheid van patiënten. Er is weinig bekend over de invloed van operatietechniek op postoperatieve uitkomsten.

Doel: Onderzoeken van verschillen tussen de sagittale incisie- en de Burgess-techniek in tijd tot eerste prothese-aanmeting en het vergelijken van complicaties en heroperaties.

Patiënten/doelgroep: Patiënten na een TTA.

Toegevoegde waarde voor patiënt/klinische relevantie: Het verbeteren van functionele uitkomsten en het revalidatieproces na een TTA.

Patiënten participatie: niet van toepassing.

Methode: De tijd tot prothesevoorziening werd geanalyseerd middels multivariabele lineaire regressie, terwijl de incidentie van complicaties en heroperaties werd vergeleken met Chi-kwadraat toetsen.

Resultaten: In totaal werden 262 patiënten (154 sagittaal, 108 Burgess) geïncludeerd, waarvan 108 gegevens hadden over hun eerste prothese (62 sagittaal, 42 Burgess). De incisietechniek was niet geassocieerd met de tijd tot prothesevoorziening ($\beta = 2.7$, $p = 0.61$). Sekse ($\beta = 11.7$, $p = 0.041$) en heroperaties ($\beta = 38.6$, $p < 0.001$) bleken wél geassocieerd. Er werd geen verschil gevonden in complicatie-incidentie ($p > 0.576$). Het percentage heroperaties was hoger na de sagittale incisie (31%) dan na Burgess (19%) ($p = 0.046$).

Discussie en conclusie: Er werd geen verschil gevonden in tijd tot prothesevoorziening tussen beide technieken, maar heroperaties kwamen vaker voor na de sagittale incisie. De onderzochte populatie is mogelijk niet representatief voor andere zorgsettings en er waren limitaties in pre- en postoperatieve statusvoering.

Klinische boodschap: Gestandaardiseerde pre- en postoperatieve verslaglegging, waarbij geobjectiveerde meetinstrumenten en PROM's worden gebruikt, is wenselijk om uitkomsten te monitoren en te verbeteren.

P60

Evaluatie van een gepersonaliseerd multidisciplinair obesitasprogramma binnen de revalidatie: voor wie werkt het en voor wie niet?

Sander Brink[1,2], Dr. Leonie Krops[3,4], Prof. dr. Rienk Dekker[3,4], Dr. Peter van Dijk[2], Dr. Herman van Wietmarschen[5]
[1]Isala Ziekenhuis, [2]Vogellanden, Centrum voor Revalidatie, Bijzondere tandheelkunde en Gezonde leefstijl, [3]Rijksuniversiteit Groningen, [4]Universitair Medisch Centrum Groningen, Revalidatiegeneeskunde, [5]Louis Bolk Instituut

Vrijdag

Introductie
Onduidelijk is welke deelnemers profiteren van deelname aan gepersonaliseerde multidisciplinaire leefstijlprogramma's zoals de Integrale Behandeling Obesitas (IBO) aangeboden in een revalidatiecentrum.

Doel
Baselinefactoren identificeren die samenhangen met behandelrespons op kwaliteit van leven (QoL) na één jaar IBO.

Patiënten/doelgroep
Volwassenen met obesitas en onvoldoende gewichtsverlies na eerdere begeleiding, zonder relevante medische en psychiatrische aandoeningen.

Toegevoegde waarde voor de patiënt/klinische relevantie
Kennis van deze factoren ondersteunt gerichtere personalisatie van leefstijlinterventies en kan effectiviteit en efficiëntie ervan verbeteren.

Patiëntenparticipatie in het onderzoek
Deelnemers droegen via focusgroepen bij aan de vormgeving van het programma.

Methode
Retrospectief zijn fysieke metingen en vragenlijsten op baseline en na 1 jaar geanalyseerd. Een verbetering van de QoL, gemeten met de Short Form-36, van ≥3 punten op de fysieke of mentale schaal (PCS respectievelijk MCS) werd als klinisch relevant beschouwd. Associaties met QoL-verbetering werden onderzocht met multivariabele logistische regressie.

Resultaten
Honderdvijftig deelnemers werden geïncludeerd. 79% verbeterde klinisch relevant. Baseline PCS (OR 0.88, $p<0.01$), fysieke activiteit (OR 0.88, $p<0.01$) en een copingstijl met geruststellende gedachten (OR 1.24, $p=0.02$) waren geassocieerd met PCS-verbetering. Baseline MCS (OR 0.89, $p<0.1$) en actief probleemoplossend gedrag (OR 1.13, $p<0.01$) waren geassocieerd met MCS-verbetering.

Discussie en conclusie

QoL verbeterde bij de meeste deelnemers. Lagere PCS/MCS, meer fysieke activiteit en toepassing van bepaalde copingstijlen hangen samen met klinisch relevante verbetering van QoL. Dit benadrukt het belang van een gepersonaliseerde aanpak met training van copingvaardigheden.

Klinische boodschap
Het trainen van copingstijlen gericht op geruststellende gedachten en actief probleemoplossend vermogen kan de effectiviteit van een gepersonaliseerd obesitasprogramma verhogen.

P61

Prevalentie en risicofactoren van vermoeidheid 5-8 jaar na hartrevalidatie: follow-up van de OPTICARE trial

Inge van Loon[1,2], drs. Esmée Ooms[1,2], dr. Annemarie Luik[3], dr. Madoka Sunamura[2], prof. dr. ir. Eric Boersma[4], dr. Rita van den Berg-Emons[1], dr. Nienke ter Hoeve[1,2]
[1]Afdeling Revalidatiegeneeskunde, Erasmus MC, [2]Capri Hartrevalidatie, [3]Trimbos-instituut, [4]Afdeling Cardiologie, Erasmus MC

Vrijdag

Introductie
Vermoeidheid komt vaak voor na een acuut coronair syndroom (ACS) en hangt samen met een lagere kwaliteit van leven (KvL). Hoewel klachten tijdens hartrevalidatie afnemen, houdt 10-20% van de patiënten na één jaar ernstige vermoeidheid, het beloop daarna is onbekend.

Doel
Het bepalen van de prevalentie van vermoeidheid 5-8 jaar na hartrevalidatie, en het identificeren van geassocieerde patiëntkarakteristieken en revalidatie-uitkomsten gemeten vóór en na hartrevalidatie.

Patiënten/doelgroep
447 patiënten met ACS

Waarde voor patiënt
Inzicht in aanknopingspunten voor gerichtere hartrevalidatie om lange-termijn vermoeidheid te verminderen.

Patiëntparticipatie
Patiënten gaven feedback op inhoud en lengte van vragenlijsten.

Methode
Vragenlijsten voor vermoeidheid, angst, depressie, en KvL werden 5-8 jaar na hartrevalidatie afgenomen. Patiëntkarakteristieken en revalidatie-uitkomsten (o.a. leeftijd, geslacht, BMI, KvL[EQ-5D-5L], fitheid [6-minutenwandeltest]) vóór en na hartrevalidatie werden verzameld uit dossiers. Associaties met vermoeidheid (Fatigue Severity Scale [FSS] ≥4) op follow-up werden onderzocht met multivariate logistische regressie.

Resultaten
De prevalentie van vermoeidheid op follow-up (24,3%) was vergelijkbaar met die vóór revalidatie (26,2%). Vermoeide deelnemers rapporteerden op follow-up vaker angst (27,9% vs. 4,8%), depressie (22,4% vs. 1,8%) en een lagere KvL(0,81 vs. 0,92). Vóór revalidatie waren hogere vermoeidheidsscores (OR=1,63) en BMI (OR=1,10) voorspellend voor vermoeidheid op follow-up. Post-revalidatie waren dit vermoeidheidsscore (OR=1,51), BMI (OR=1,11) en 6MWT-afstand (OR=0,96).

Discussie/conclusie

De prevalentie van lange-termijn vermoeidheid is hoog en onveranderd ten opzichte van de situatie vóór revalidatie. Tijdens revalidatie lijken BMI, vermoeidheid en fitheid relevante voorspellers.

Klinische boodschap
Veel deelnemers zijn 5-8 jaar na revalidatie vermoeid, wat samenhangt met lager welzijn. Verder onderzoek is nodig naar mogelijke interventies.

P62

Effectiveness of multidisciplinary rehabilitation in chronic low back pain: a pragmatic study with a waiting list control group

Drs. Twan Van Opstal[1], Dr. Jan-Paul van Wingerden[1]
[1]Spine And Joint Centre

Vrijdag

Introductie: Kleinschalige zorgaanbieders ondervinden vaak moeilijkheden bij het aantonen van behandelresultaten met gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT's) vanwege de hoge kosten en organisatorische belasting. Deze studie onderzoekt de haalbaarheid van het evalueren van een multidisciplinaire revalidatiebehandeling voor chronische lage rugpijn met een wachtlijst als controlegroep.

Materiaal en methoden: Van de 344 chronische pijnpatiënten die werden verwezen naar een Nederlandse poliklinische revalidatiekliniek, ontvingen 123 patiënten behandeling en stonden 88 op een wachtlijst. De belangrijkste uitkomstmaten waren pijn (visuele analoge schaal), dagelijkse beperkingen (Quebec Back Pain Disability Scale) en bewegingsangst (Tampa Scale for Kinesiophobia). Metingen vonden plaats bij aanvang, na 8 weken en na 3 maanden (follow-up) of na 8 weken voor patiënten die de behandeling na de wachtlijstperiode alsnog hebben gevolgd.

Resultaten: Patiënten die de revalidatiebehandeling ontvingen lieten significante en aanhoudende verbeteringen zien in pijn (54,1±22,0 naar 34,8±23,6), dagelijkse beperkingen (45,1±15,3 naar 32,9±15,4) en bewegingsangst (36,5±8,5 naar 30,0±7,3). Daarnaast ontvingen 51 wachtlijstpatiënten alsnog behandeling met vergelijkbare resultaten. Disfunctionele pijncoping nam gedurende de behandeling af.

Discussie: Multidisciplinaire revalidatie bleek effectiever dan plaatsing op een wachtlijst, zelfs wanneer de patiënten gelijktijdig andere behandelingen ontvingen. Kleinschalige effectstudies met een wachtlijstcontrolegroep hebben potentieel wetenschappelijke waarde.

Conclusie: Hoewel RCT's de gouden standaard vormen, zijn zij in kleinschalige settings vaak moeilijk uitvoerbaar. Deze studie toont aan dat methodologisch transparante alternatieven met een wachtlijstcontrolegroep haalbaar zijn en waardevolle inzichten kunnen opleveren.

P63

De menselijke factor;

post-operatieve buikrevalidatie ter verbetering van functie en voorkoming van lange termijn complicaties

Dr Jan-paul Van Wingerden[1]
[1]Spine And Joint Centre

Vrijdag

Postoperatieve revalidatie na interventies in de buikregio.
Jaarlijks worden in Nederland meer dan 100.000 buikoperaties uitgevoerd (laparotomie). Tot een op de vijf patiënten krijgt in de jaren daarna complicaties zoals een littekenbreuk of een Anterior Cutaneous Nerve Entrapment Syndrome (ACNES). Chirurgische behandelmogelijkheden zijn beperkt, risicovol en leiden regelmatig tot recidieven.
Een groot deel van deze complicaties lijkt echter samen te hangen met een verstoorde, niet optimale buikwandfunctie. Post-operatieve revalidatie gericht op verbetering van deze buikwandfunctie kan bijdragen aan beter herstel en reductie van recidieven.
Dit onderzoek is afhankelijk van feedback van patiënten. Naast de klinische resultaten wordt patiënten gevraagd naar hun ervaringen met de oefeningen, werkbaarheid van het instructiemateriaal en toepassen van de oefeningen in het dagelijks leven. Deze inbreng van patiënten wordt gebruikt om oefeningen en instructies te verbeteren.

Sinds 2024 zijn zo'n 25 patiënten met post-operatieve klachten aan de buikwand gezien. Klachten zijn onder meer: aanhoudende pijn, ernstig beperkte functie, uitpuilen van de buikwand, problemen met ademhaling, stoelgang of continentie. Gedrag, psychologische en sociale factoren spelen een rol bij in stand houden en verbeteren van de klachten.
Patiënten krijgen oefeninstructies mee of krijgen intensievere begeleiding. De meeste patiënten ervaren verbetering op basis van de instructies, maar de resultaten zijn wisselend afhankelijk van de uitgangssituatie en de mate van begeleiding.
Er gaat na deze pilot, in samenwerking met enkele ziekenhuizen, een effectstudie worden uitgevoerd voor deze revalidatie-aanpak van buikwandproblematiek.

P64

De invloed van fysieke activiteit op kwaliteit van leven, angst en depressie bij volwassenen met een congenitale hartaandoening

Paulien Verbiest[1], Jasmijn van Groen[2], Annemien van den Bosch[3], Marjolein Snaterse[4], Nienke ter Hoeve[2,5]
[1]Rijndam Revalidatie, [2]Capri Hartrevalidatie, [3]Erasmus MC, afdeling Cardiologie , [4]Amsterdam UMC, afdeling Cardiologie, [5]Erasmus MC, afdeling Revalidatiegeneeskunde

Vrijdag

Introductie: Volwassenen met congenitale hartaandoeningen(CHD) ervaren verminderde kwaliteit van leven(QoL), angst en depressie. Hoewel fysieke activiteit hier positieve effecten op heeft, is bewijs bij volwassenen met CHD, die vaak minder actief zijn, beperkt.
Doel en patiëntgroep: Is fysieke activiteit geassocieerd met QoL, angst en depressie bij volwassenen met CHD?
Klinische relevantie: Betere evidentie voor het inzetten van fysieke activiteit tijdens hartrevalidatie ter verbetering van (psychosociale) gezondheid.
Patiëntenparticipatie: Wensen van patiënten ten aanzien van fysieke activiteit werden eerder onderzocht in focusgroepen; resultaten zijn elders gepubliceerd.
Methode: In deze cross-sectionele studie vulden 799 volwassenen(45±14jaar,51%vrouw) met CHD vragenlijsten in: SQUASH, waarmee totale fysieke activiteiten werd bepaald en activiteiten opgesplitst in vrijetijdsbestedingen en niet-vrijetijdsbestedingen(huishouden, werkgerelateerd), HADS voor depressie en angst en SF-36 voor QoL. Multivariate regressieanalyses werden uitgevoerd, met correctie voor geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, BMI, ziekte-ernst, NYHA-klasse, ejectiefractie, aantal medicaties, cardiale operaties, deelname hartrevalidatie.
Resultaten: Totale fysieke activiteit(in 100 METunits/week) is geassocieerd met hogere QoL (range:0-100) op de domeinen fysiek functioneren(B=0,0537;p<0.001), energie(B=0,0453;p=0.042), en algemene gezondheidsperceptie(B=0,0794;p=0.001). Niet-vrijetijdsbestedingen waren geassocieerd met beter fysiek functioneren(B=0,0650;p=0,002) en betere algemene gezondheidsperceptie(B=0,0917;p=0,004). Fysieke activiteiten tijdens vrijetijdsbestedingen waren niet geassocieerd met de uitkomsten. Er werd geen associatie gevonden tussen fysieke activiteit en angst of depressie.
Conclusie: Bij volwassenen met CHD is fysieke activiteit, geassocieerd met een betere QoL, op de domeinen fysiek functioneren, energie/vitaliteit en algemene gezondheidsperceptie. Deze associatie lijkt vooral te worden gedreven door niet-vrijetijdsgebonden activiteiten.
Klinische boodschap: Stimulering van dagelijkse beweging, ook buiten gestructureerde sportactiviteiten, is een laagdrempelige strategie om QoL te verbeteren van volwassenen met CHD op populatieniveau.

P65

Intensieve logopedische behandeling van bulbaire problemen bij kinderen met spierziekten

Karlijn Beckers, dr. Corrie Erasmus[2], dr. Saskia Houwen-van Opstal[1], prof. dr. Jan Groothuis[3], dr. Marloes Lagarde[1]
[1]Afdeling Revalidatie, Donders Institute for Brain Cognition and Behaviour, Radboudumc, Amalia Kinderziekenhuis, Nijmegen, Nederland, [2]Afdeling Kinderneurologie, Donders Institute for Brain Cognition and Behaviour, Radboudumc, Amalia Kinderziekenhuis, Nijmegen, Nederland, [3]Afdeling Revalidatie, Donders Institute for Brain Cognition and Behaviour, Radboudumc, Nijmegen, Nederland

Vrijdag

Orofaryngeale dysfagie en dysartrie komen veel voor bij kinderen met Duchenne spierdystrofie (DMD) en myotone dystrofie type 1 (MD1) en hebben aanzienlijke gevolgen voor groei, veiligheid tijdens het eten en drinken, communicatie en participatie. Huidige logopedische therapieën richten zich vooral op compensatiestrategieën, terwijl gerichte spiertraining mogelijk effectief kan zijn bij deze doelgroep. Het effect van spierkrachttraining op orofaciale spieren binnen deze doelgroep is echter nog onvoldoende onderzocht.

Wat is het effect van intensieve orofaciale spierkracht- en articulatietraining op spreken, slikken, kauwen en spierkwaliteit, en hoe ervaren kinderen, ouders en logopedisten deze behandeling?

Vijftig kinderen (25 DMD, 25 MD1; 5-18 jaar) volgen een 8-weekse intensieve interventie met per week twee sessies bij de logopedist en drie thuissessies begeleid door ouders (ondersteund met Physitrack®). Aansluitend volgt een onderhoudsfase van 10 maanden met wekelijkse thuistraining. Het mixed-methods design combineert kwantitatieve metingen (spierechografie, spraak-, slik-, kauwfunctie, communicatieve participatie en kwaliteit van leven) met semi-gestructureerde interviews met kinderen, ouders en logopedisten. Metingen vinden plaats vóór (T0), direct na (T1) en 10 maanden na de interventie (T2).

De klinische relevantie ligt in de gevolgen van orofaryngeale dysfagie en dysartrie bij DMD en MD1 en het ontbreken van evidentie voor deze interventie.

Patiënten en hun ouders zijn actief betrokken bij de studieopzet, beoordelen proefpersoneninformatie, evalueren de interventie en uitvoerbaarheid, en helpen bij de verspreiding van resultaten.

Het onderzoek levert nieuwe kennis over de haalbaarheid en effecten van intensieve orofaciale training. Deze inzichten kunnen richtlijnen verbeteren en bijdragen aan implementatie van evidence-based logopedische interventies.

P66

De inzet van contextuele systeemtherapie als aanvullende behandelmethode binnen de klinische kinderrevalidatie

bc. Jo-Anne (Jay) Brand Flu-van Koppen[1], dr. Irene Renaud[1,2], dr. Simone M. Sint Nicolaas-Visser[1], dr. Robert F. Pangalila[1,3]
[1]Rijndam Revalidatie, (klinische) kinderafdeling, [2]Erasmus MC Sophia Kinderziekenhuis, kinder- en jeugdpsychiatrie/psychologie, [3]Erasmus MC, afdeling revalidatiegeneeskunde

Vrijdag

Achtergrond
Bij Rijndam kinderrevalidatie staat het biopsychosociale model centraal. De impact van een aandoening of beperking strekt zich vaak uit tot het gehele gezinssysteem. Contextuele systeemtherapie (CST) is een aanvullende behandelmethode die middels een systemische benadering de wederzijdse beïnvloeding tussen kind, ouders, gezinsrelaties analyseert om vervolgens de bevindingen te betrekken in het behandelproces. Verondersteld wordt dat CST bijdraagt aan een betere generaliseerbaarheid en duurzaamheid van behandelresultaten.

Methode en patiëntenparticipatie
In een pilotstudie namen 11 gezinnen deel aan een CST-traject voorafgaand aan klinische revalidatiebehandeling. Het traject bestond uit vijf gesprekken met het gezin, begeleid door een contextueel therapeut en een GZ-psycholoog, gericht op gezinsdynamiek, terugkerende interactiepatronen en de invloed van ziekte of beperking op het gezin en vice versa. Ouders en kinderen vulden op drie meetmomenten de Child and Adolescent Scale of Participation (CASP) in. Daarnaast werden kwalitatieve ervaringsgegevens verzameld.

Resultaten
Eerste bevindingen tonen positieve veranderingen in CASP scores. Gezinnen rapporteerden dat gesprekken ondersteunend waren en meer inzicht gaven in gezinsprocessen en onderlinge relaties. Deze positieve resultaten bieden voldoende aanleiding om de toepassing van CST binnen de klinische kinderrevalidatie verder te verkennen.

Conclusie en vervolgstappen
De resultaten suggereren dat CST een veelbelovende aanvulling kan zijn op klinische kinderrevalidatie. Verdere verkenning zal zich richten op het kwantificeren van de effectiviteit van CST, het evalueren van langetermijneffecten (6–12 maanden na ontslag), het identificeren van relevante leefgebieden waarop CST invloed heeft en het bepalen van kosteneffectiviteit van implementatie binnen de revalidatiezorg.

P67

Tevredenheid over en het effect van de enkelvoetorthese type Ankle Light bij kinderen met cerebrale parese (CP): een cross-sectionele pilotstudie

MD Linda Britsemmer[1], MSc Sander Brink[2], MD Ilse Lankhorst[1]
[1]Revalidatiecentrum Vogellanden, [2]Isala ziekenhuis

Vrijdag

Introductie: CP gaat vaak gepaard met overmatige knieflexie tijdens lopen, waarbij enkel-voetorthesen (EVO's) worden toegepast om het looppatroon te verbeteren. De Ankle Light (AL) werd geïntroduceerd als lichtgewicht alternatief voor de Ankle 7 of ventrale gietharsorthesen.
Doel: Gebruikstevredenheid en het effect van de AL op overmatige knieflexie tijdens mid- en terminal stance evalueren.
Patiënten: Kinderen (5–18 jaar) met spastische CP (GMFCS I–III), Amsterdam Gait Classification type 4-5 en AL draagduur > 4 weken.
Klinische relevantie: Inzicht in de tevredenheid en kinematische effecten van de AL ter optimalisatie van het ortheseontwerp.
Patiënten participatie: Patiënten participatie was beperkt tot deelname.
Methode: Cross-sectionele pilotstudie uitgevoerd in revalidatiecentrum Vogellanden. Gebruikstevredenheid werd gemeten met een Nederlandse vragenlijst gebaseerd op de D-Quest. Retrospectief werden 2D-gangbeeldanalyses beoordeeld op knieflexiehoeken en positie van de grondreactiekracht (GRF), waarbij blootvoets en met AL werden vergeleken met een Wilcoxon signed-rank test.
Resultaten: 11 kinderen (8 meisjes) zijn geïncludeerd (mediane leeftijd 12 jaar (IQR 4.5)), van 8 waren gangbeelden beschikbaar. Het mediaan tevredenheidscijfer was 8 (IQR 1) bij frequent gebruik van de AL (mediaan 6 (IQR 2) dagen/week). De knieflexie nam af tijdens de midstance (mediaan -5°, p=0.009) en de GRF verschoof richting of vóór het kniegewricht. In terminal stance was dit effect minder consistent (mediaan -2°, p=0.36).
Discussie en conclusie: Deze heterogene pilotstudie heeft een beperkte generaliseerbaarheid, maar suggereert dat de AL een goed geaccepteerde EVO is die de knieflexie in midstance vermindert.
Klinische boodschap: Overweeg de AL als lichtgewicht alternatief bij kinderen met CP en looptype 4-5.

P68

Hoe de geleefde ervaring van ouders bijdraagt aan een waardevollere inzet van de Canadian Occupational Performance Measure in de kinderrevalidatie

Drs. Laura Haffmans[1]
[1]Basalt Revalidatie

Vrijdag

In de kinderrevalidatie wordt de Canadian Occupation Measurement Performance (COPM) ingezet als Patient Related Outcome Measurement voor de landelijk zorgevaluatie, zodat kwaliteit van zorg verbeterd en meerwaarde van de revalidatiezorg aangetoond wordt. De meerwaarde wordt omschreven als zorg die bijdraagt aan autonomie, verbondenheid en betekenisgeving. Echter is er nog geen onderzoek naar hoe we de relatie tussen de uitkomsten van de COPM en meerwaarde van de revalidatiezorg moeten begrijpen. Deze fenomenologische studie laat zien dat de ervaring van ouders een voortdurende zoektocht is naar het geschikte pad voor hun kind, waarbij ze een continue afweging moeten maken tussen doen en laten. Enerzijds hun kind erkennen in wie hij is en wat hij kan. Anderzijds hem uit te dagen in wie hij kan worden. Deze zoektocht is verweven met de dimensies tijd – als vriend én vijand- en context – als bron van steun en strijd- ook de revalidatiezorg. Vanuit deze paradoxale zoektocht wordt duidelijk dat waardevolle zorg naast gericht zijn op ontwikkeling ook kan bestaan uit erkennen wie hun kind ís. Daarnaast blijkt mate van herkenbaarheid van zorgen zeer wisselend en alle ouders een deel van zorgen te missen in de COPM. Als antwoord vraagt dit om het creëren van ruimte met continue afstemming, wederzijdse erkenning, openheid en flexibiliteit, tussen ouders en omgeving. Zo kunnen we tot nog waardevollere zorg komen en bij de verdere doorontwikkeling van de COPM als PROM recht doen aan de continue complexe zoektocht van ouders naar het juiste pad voor hun kind.

P69

Hoe gaat het met de ouders? Ervaren zorgbelasting van ouders van kinderen met hersengerelateerde aandoening en de risicofactoren

Drs Myrna Heydenrijk-Kikkert[1,2,3], drs Robert Pangalila[1,2,3], drs Karolijn Dulfer[3,4], drs Marij Roebroeck[1,2,3]
[1]Erasmus MC afdeling revalidatiegeneeskunde, [2]Rijndam Revalidatie, afdeling kinderrevalidatie, [3]Erasmus MC- Sophia Kinderziekenhuis, Kinderhersencentrum, [4]Erasmus MC-Sophia Kinderziekenhuis, afdeling Neonatologie en Kinder Intensive Care

Vrijdag

Inleiding
Ouders van kinderen met hersengerelateerde aandoeningen (neurodisability), zoals cerebrale parese, rapporteren doorgaans een hogere zorgbelasting en een verminderde kwaliteit van leven. Ons doel is om de ervaren zorg- en opvoedingsbelasting en de risicofactoren te onderzoeken bij ouders van kinderen met hersengerelateerde aandoeningen.

Methoden
In een cross-sectioneel onderzoek in het Kinderhersencentrum werd belasting van ouders van 127 kinderen met hersengerelateerde aandoeningen in de leeftijd van 2-17 jaar geëvalueerd met behulp van 2 vragenlijsten: de Carer Quality of Life 7D (zorgbelasting en geluk) en de Opvoedingsbelasting Vragenlijst (opvoedingsbelasting). Met lineaire regressieanalyses werden de associaties tussen ervaren geluk en kenmerken van het functioneren van kind en familie onderzocht.

Resultaten
Ouders ervaren een hoge zorgbelasting (≥36% scoorde in 3/5 zorgbelastingsdomeinen ‘enige+veel’) en een hoge opvoedingsbelasting (26% scoorde de totale opvoedingsstress in het (sub)klinische gebied). Desondanks is het ervaren geluksniveau vergelijkbaar met de Nederlandse bevolking (VAS 7,7 (SD 1,4) vs. 7,3). De aanwezigheid van mentale en fysieke gezondheidsklachten, moeilijkheden bij het combineren van taken, relationele problemen met hun kind en minder voldoening ervaren van het zorgen voor hun kind leidt tot een afname van het geluk (zorgbelasting R2 0,45, opvoedingsbelasting R2 0,35). Ouders van kinderen met gedragsproblemen en/of een beperkte handvaardigheid hebben een verhoogd risico op een hoge belasting.

Conclusie
Ondanks de hoge belasting zijn ouders van kinderen met hersengerelateerde aandoeningen over het algemeen even gelukkig als de algemene Nederlandse bevolking. Door over diagnosen heen te kijken, kunnen we meer ouders herkennen die risico lopen op een hoge mate van belasting.

P70

Het dagelijks functioneren van kinderen met een hersengerelateerde aandoeningen en de risicofactoren vanuit een diagnose overstijgend perspectief

Drs Myrna Heydenrijk-Kikkert[1,2,3], dr Robert Pangalila[1,2,3], dr Marij Roebroeck[1,2,3]
[1]Erasmus MC afdeling revalidatiegeneeskunde, [2]Erasmus MC—Sophia Kinderziekenhuis, Kinderhersencentrum, [3]Rijndam Revalidatie, afdeling kinderrevalidatie

Vrijdag

Inleiding
Het dagelijks functioneren van kinderen met hersengerelateerde aandoeningen is verlaagd ten opzichte van gezonde leeftijdsgenoten. De Pediatric Evaluation of Disability Inventory – Computer Adaptive Test (PEDI-CAT) meet de prestaties van dagelijks functioneren. Het doel was het onderzoeken van het dagelijks functioneren van kinderen met hersengerelateerde aandoeningen en risicofactoren op een verminderd dagelijks functioneren te identificeren.
Methoden:
In dit cross-sectionele onderzoek in het Kinderhersencentrum vulden 96 kinderen (leeftijd 5-17 jaar) en hun ouders PEDI-CAT in. De algemene PEDI-CAT T-scores werden geëvalueerd. Potentiële risicofactoren werden geanalyseerd middels uni- en multivariabele lineaire regressie.
Resultaten: De kinderen lieten lagere scores zien in de 4 domeinen vergeleken met de Amerikaanse referentiegroep, waarbij ≥47% meer dan 2 SD beneden de gemiddelde T-score scoorde. Communicatieve beperkingen en een verminderde handvaardigheid waren in alle domeinen geassocieerd met een lagere prestaties, maar de sterkste associaties waren te vinden bij Sociaal/Cognitief met daarbij een intellectuele beperking (R2=0,46), Mobiliteit met daarbij rolstoelgebonden functioneren en een hogere leeftijd (R2=0,46), Dagelijkse Activiteiten met daarbij gedragsproblemen en een hoger leeftijd (R2=0,43), en Verantwoordelijkheid met daarbij vrouwelijk geslacht (R2=0,39).
Conclusie: Kinderen met hersengerelateerde aandoeningen hebben meer moeite hebben met het uitvoeren van hun dagelijkse activtieiten in hun eigen omgeving. Oudere kinderen presteren slechter op Dagelijkse Activiteiten en Mobiliteit dan normaal ontwikkelende leeftijdsgenoten.Verminderde handvaardigheid en communicatieve beperkingen zijn geassocieerd met een lagere prestaties op alle domeinen. Door over de diagnose heen te kijken kunnen meer kinderen met hersengerelateerde aandoeningen, die een hoger risico hebben op beperkingen in hun dagelijks functioneren, worden opgespoord.

P71

Kosteneffectiviteit van geoptimaliseerde enkelvoetorthesezorg bij kinderen met cerebrale parese: studieprotocol van de OPTI-CARE trial

Yvette Keij[1,3], Susan de Koning[2], prof. dr. Annemieke Buizer[2,3,5], dr. Marc Nederhand[4], dr. Merel-Anne Brehm[1,3]
[1]Amsterdam UMC, Universiteit van Amsterdam, Afdeling Revalidatiegeneeskunde, [2]Amsterdam UMC, Vrije Universiteit, Afdeling Revalidatiegeneeskunde, [3]Amsterdam Movement Sciences, Rehabilitation & Development, [4]Roessingh, Innovatie & Onderzoek, [5]Emma Kinderziekenhuis, Amsterdam Universitair Medisch Centrum, Vrije Universiteit Amsterdam

Vrijdag

Introductie
Enkel-voetorthesen (EVOs) worden voorgeschreven bij kinderen met cerebrale parese (CP) om het looppatroon te corrigeren, mobiliteit te verbeteren en secundaire complicaties tijdens de groei te voorkomen. In Nederland bestaat grote praktijkvariatie in EVO-zorg bij CP en bovendien is de werking ervan niet altijd effectief. Bij volwassenen met neuromusculaire aandoeningen leidt specialistische orthesezorg volgens een gestandaardiseerd protocol tot betere behandeluitkomsten en een hogere patiënttevredenheid.
De OPTI-CARE trial onderzoekt de effectiviteit en kosteneffectiviteit van een, geoptimaliseerde en gestandaardiseerde werkwijze voor EVO-zorg vergeleken met gebruikelijke EVO-zorg bij kinderen met CP.

Onderzoeksdesign
Het onderzoek is opgezet als een twee-fase interrupted time series en wordt uitgevoerd in zes Nederlandse ziekenhuizen en revalidatiecentra. Per fase worden 43 kinderen met CP geïncludeerd, met een indicatie voor een eerste of herhaalvoorschrift van een EVO.
In fase 1 ontvangen deelnemers de gebruikelijke EVO-zorg. Vervolgens wordt een gestandaardiseerd protocol ontwikkeld met handvatten voor het keuzeproces, aflevering, training en evaluatie van EVOs. In fase 2 wordt het nieuwe protocol geïmplementeerd en geëvalueerd. In beide fasen vinden metingen plaats op baseline, na 3 en 9 maanden na aflevering van de EVO.

De primaire uitkomstmaat is het behalen van persoonlijke behandeldoelen na 3 maanden, gemeten met goal-attainment-scaling. Secundaire uitkomstmaten zijn verandering na 3 maanden in looppatroon, loopsnelheid, kwaliteit van leven, orthese tevredenheid en orthese gebruik. Daarnaast worden zorg- en maatschappelijke kosten bijgehouden en ervaringen onderzocht via semigestructureerde interviews van beide behandelingen.
Geoptimaliseerde EVO-zorg kan bijdragen aan betere EVO-keuzes en lagere zorgkosten, daarbij kan het leiden tot minder bezoeken aan andere zorgprofessionals.

P72

Applicaties voor informatie-uitwisseling professionals en kinderen/ouders: bomen snoeien en nieuwe paden maken in het bos

Anke Maas[1], Karin van Leeuwen[1], Dr. Cecile Utens[1], Rob van der Heijden[1]
[1]Libra Revalidatie & Audiologie

Vrijdag

Onderwerp
Binnen de kinderrevalidatie gebruiken behandelteams diverse applicaties om informatie te delen met kinderen/ouders. Er is geen eenduidig gebruik van applicaties. Verder voldoet niet elke applicatie aan de privacyregels en is er overlap in functionaliteiten. In dit project is gewerkt aan duidelijkheid rondom het gebruik van applicaties.

Relevantie
Alle zorgorganisaties werken toe naar het meer aanbieden van hybride zorg, zo ook binnen de kinderrevalidatie. Het creëren van meer duidelijkheid rondom het gebruik van applicaties kan zorgen voor toename van het gebruik hiervan.

Patiëntenparticipatie
Kinderen/ouders zijn geïnformeerd over de pilot en werden verwezen naar instructies (o.a. Minddistrict). Na afloop middels een enquête bij zorgverleners uitgevraagd welke ervaringen en reacties van kinderen/ouders zijn ontvangen.

Huidige status
Een aantal stappen in het project zijn al doorlopen:
1) Inventarisatie welke applicaties wanneer werden gebruikt voor informatie-uitwisseling tussen behandelteams en kind/ouders.
2) Inzichtelijk maken welke functionaliteiten deze applicaties bezitten.
3) Gezamenlijk opstellen nieuwe spelregels voor de selectie van applicaties per toepassing, waarna een handleiding en visual werd gemaakt. Er werd hierbij rekening gehouden met:
a. Wet- en regelgeving rondom privacy
b. Functionaliteiten van applicaties
c. Totaal aantal applicaties
d. Koppeling met EPD en onderlinge koppelingen
4) Pilots in twee behandelteams waarbij behandelteams volgens nieuwe spelregels informatie uitwisselt met kind/ouders
5) Evaluatie pilots.

Plan van aanpak
De eerste resultaten zijn positief: minder gebruik van ‘verboden’ apps en meer gebruik van geselecteerde applicaties. Volgende stappen: (1) implementatie in alle kinderrevalidatieteams en (2) uitbreiding naar de volwassenrevalidatie, inclusief check welke (andere) applicaties daar nodig zijn.

P73

Ecologische validiteit van 3D-gangbeeldanalyse bij kinderen met cerebrale parese: invloed van het Hawthorne-effect en dubbeltaken op de kinematica. Een pilotstudie

Dhr. Martin Oude Alink[1,2], Dr. Marc Nederhand[1,2], Dhr. Leendert Schaake[2], Mw. Jeanine Gussinklo[1], Dr Marc Nederhand[1,2], Dr. Erik Prinsen[2]
[1]Roessingh Centrum voor revalidatie, [2]Roessingh Research and Development

Vrijdag

Introductie
Onvoldoende knie-extensie in de standfase is een veelvoorkomende loopafwijking bij kinderen met spastische cerebrale parese (CP). Veelal wordt klinische gangbeeldanalyse gebruikt om een passende behandeling te bepalen. Sommige kinderen lijken tijdens deze analyse echter met minder knie-extensie te lopen dan in het dagelijks leven. Mogelijke verklaringen zijn het Hawthorne-effect (gedragsverandering door observatie) en het ontbreken van dubbeltaken tijdens de meting.

Doel
Onderzoeken of het Hawthorne-effect en/of een dubbeltaak de kinematica van het lopen beïnvloeden.

Patiënten
Kinderen met spastische CP, GMFCS I–III, en overmatige knieflexie in de standfase.

Relevantie
Beperkte ecologische validiteit zou het belang van metingen buiten de klinische setting onderstrepen.

Methode
Proefpersonen ondergingen een 3D-gangbeeldanalyse met vier condities: lopen met en zonder besef dat hun looppatroon werd gemeten, beide met en zonder dubbeltaak. De primaire uitkomstmaat was maximale knie-extensie tijdens de single support phase.

Resultaten
Bij de eerste zes proefpersonen waren de gemiddelde verschillen tussen de condities klein (<1° maximale knie-extensie). Er was echter aanzienlijke interindividuele variatie. Het verschil tussen de standaard klinische conditie (zonder dubbeltaak, met besef gemeten te worden) en de conditie die het dagelijks leven het meest benadert (met dubbeltaak en zonder besef van de meting) varieerde van −8,6° tot +5,3°.

Conclusie en klinische boodschap
Deze data geven geen aanwijzingen voor een consistent Hawthorne-effect of een relevante invloed van een dubbeltaak op de kinematica. De interindividuele verschillen suggereren echter dat deze factoren bij sommige kinderen klinisch relevant kunnen zijn. Kritische interpretatie van bevindingen blijft daarom belangrijk.

P74

Activiteiten- en participatiedoelen bij kinderen met cerebrale parese voor orthopedische ingrepen

Drs. Marloes Van Haastrecht[1], Dr. Melinda Witbreuk[2], Ir. Gaia van den Heuvel[1,3], Prof. dr. Annemieke Buizer[3,4,5]
[1]Amsterdam Umc, Department of Rehabilitation Medicine, [2]Amsterdam UMC Location University of Amsterdam, Orthopedic Surgery and Sports Medicine, [3]Amsterdam Movement Sciences, Rehabilitation and Development, [4]Amsterdam UMC, Vrije Universiteit Amsterdam, Department of Rehabilitation Medicine, [5]Emma Children's Hospital, Amsterdam UMC

Vrijdag

Inleiding:
Bij kinderen met cerebrale parese (CP) ontstaan tijdens de groei vaak contracturen en deformiteiten aan de onderste extremiteiten. Orthopedische interventies zijn een optie om deze te behandelen, gericht op verbeteren van functioneren.
Over doelen van kinderen en ouders op het gebied van activiteiten en participatie vóór de operatie is weinig bekend, terwijl dit voor het samen beslissen essentiele informatie is. Deze studie onderzoekt welke doelen voorafgaand aan orthopedische ingrepen worden gesteld en secundair in hoeverre deze na één jaar worden behaald.
Methode:
Kinderen van 4–18 jaar met CP en gerelateerde centraal neurologische aandoeningen binnen het kinderorthopedische zorgpad van Amsterdam UMC werden geïncludeerd. Doelen werden vastgesteld met Goal Attainment Scaling (GAS) en gecategoriseerd (loopfunctie, sport, fietsen, transfers, zitten, verzorging).
Resultaten:
21 kinderen (GFMCS I/II,n=11, GFMCS III, n=7, GFMCS IV/V, n=3) met in totaal 44 doelen werden geïncludeerd (februari 2024 - april 2026). De meeste doelen werden gesteld op loopfunctie (50%). Voor kinderen met een loophulpmiddel waren daarnaast transfers ook belangrijk (23.5%).
Van alle doelen was 90,9% gericht op verbetering van activiteiten en 9,1% op behoud hiervan.
Vijf kinderen (12 doelen) werden na één jaar geëvalueerd; 7 doelen werden geheel of deels behaald, 5 doelen werden niet behaald..
Discussie:
Inzicht in gestelde doelen kan helpen bij het formuleren van realistische doelen voorafgaand aan een operatie. Afname van de GAS door geschoolde interviewers met kennis van operatieve uitkomsten is hierbij belangrijk. Voor evaluatie van de doelen na 1 jaar is meer data nodig.

P74

Ouderperspectieven op succesvol armprothesegebruik van kinderen en jongeren

Mats van Gorkum[1,2], Dr. Iris van Wijk[1], Dr. Floor Verheul[3], Prof. Dr Corry van der Sluis[4]
[1]Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht, samenwerking tussen De Hoogstraat Revalidatie en het UMC Utrecht Hersencentrum, [2]Radboud UMC, [3]Afdeling kind- en jeugd De Hoogstraat Revalidatie, [4]Afdeling Revalidatiegeneeskunde, UMC Groningen

Vrijdag

Introductie: Armprotheses bij kinderen en jongeren worden inconsistent gebruikt. Bestaand onderzoek biedt geen eenduidig beeld van wat succesvol prothesegebruik bij kinderen inhoudt. Het perspectief van ouders is hierin een onderbelichte maar cruciale factor, gezien hun centrale rol in het prosthesetraject van hun kind.

Doel: Verkennen van de ervaringen en perspectieven van ouders op succesvol armprothese gebruik van hun kinderen.

Doelgroep: Ouders van kinderen (5-18 jaar) met een amputatie of aangeboren verkorting aan de onderarm die een armprothese hebben.

Klinische relevantie: Inzicht in het ouderperspectief stelt zorgverleners in staat verwachtingen vroegtijdig te verkennen en begeleiding beter af te stemmen op de behoeften van het gezin, wat kan bijdragen aan duurzamer prothesegebruik.

Patiënte participatie: De interviewguide is samen met ouders opgesteld.

Methode: Kwalitatief onderzoek met semigestructureerde interviews met negen ouders, waarna thematische analyse

Resultaten: Definitie van succes verschoof bij veel ouders van functionaliteit naar sociaal-emotioneel welzijn. Voor veel ouders was het aanbieden van de mogelijkheid om een prothese te ervaren op zichzelf al een vorm van succes, ongeacht de mate van gebruik. De prothese werd gezien als voorbereiding op toekomstige uitdagingen, zoals nieuwe sociale situaties, beroepskeuze en fysieke aspecten zoals houdingsklachten.

Discussie/conclusie: Succesvol armprothese gebruik voor ouders is meer dan draag frequentie/duur. Het effect op het emotioneel welzijn van hun kind en de ervaring van de prothese op zichzelf zijn ook bepalend voor het ervaren van succesvol prothesegebruik.

Klinische boodschap: Een gedeelde definitie van succes tussen ouder, kind en zorgverlener lijkt essentieel voor realistische en effectieve begeleiding en een succesvol prothese traject.

P76

Netwerk Kind en NAH; resultaten van een eerste zorgevaluatie

Dr. Jeanine Voorman[1]
[1]UMC Utrecht - Revalidatie, fysiotherapiewetenschap en sport, [2]UMC Utrecht - Psychiatrie, [3]Netwerk Kind en NAH, [4]Zozijn

Vrijdag

Onderwerp: Zorgevaluatie van transsectorale zorg voor kinderen met complex niet-aangeboren hersenletsel (NAH+)
Relevantie: Kinderen met complex niet-aangeboren hersenletsel (NAH+) en hun gezinnen hebben vaak langdurige ondersteuning nodig op het gebied van zorg, onderwijs en participatie. Deze ondersteuning is verdeeld over verschillende organisaties en professionals, waardoor zorg is versnipperd. Om expertise te bundelen en samenwerking te versterken, werd vijf jaar geleden het Netwerk Kind & NAH opgericht. Dit netwerk verbindt Regionale Expertise Centra (REC) en Doelgroep Expertise Centra (DEC) in een transsectoraal model waarin lokale en gespecialiseerde professionals samenwerken rondom kind en gezin. Dit project evalueert de samenwerking tussen RECs en DEC binnen het netwerk.
Patiëntparticipatie: Ouders van kinderen met NAH+ namen deel aan de evaluatie via vragenlijsten en worden via een klankbordgroep betrokken bij het formuleren en inzetten van verbeteracties.
Plan van Aanpak: Een zorgevaluatievragenlijst werd uitgezet onder professionals werkzaam binnen REC's en DEC, en onder gezinnen die in de afgelopen twee jaar behandeling en begeleiding ontvingen vanuit het netwerk. De resultaten werden verdiept in een focusgroep met professionals. Kwalitatieve data werden inductief thematisch geanalyseerd.
Huidige status: De resultaten laten zien dat het netwerk beschikt over een brede expertisebasis en bijdraagt aan kennisontwikkeling onder professionals. Laagdrempelige communicatie en korte lijnen vormen een belangrijke basis voor samenwerking. Tegelijkertijd blijkt dat consultatie-, triage- en verwijsprocedures verdere standaardisatie behoeven. Met de groei van het netwerk wordt het steeds belangrijker om interprofessionele consultatie, kennisoverdracht en werkafspraken eenduidig te organiseren, zodat expertise tijdig en efficiënt beschikbaar is voor kinderen met NAH+ en hun gezinnen.

P77

Van belofte naar praktijk: waarde creëren met technologie in de revalidatiezorg

Dr. Geert Frederix[1], MSc Robin Vermeulen[1], MSc Jeffrey van der Ven[1], MSc Kim Geurts[1], Dr. Ramon Daniels[2], Dr. Lilian Beijer[1]
[1]Hogeschool Van Arnhem en Nijmegen, [2]Zuyd Hogeschool

Vrijdag

Onderwerp
Dit project betreft Professioneel Ontwikkelen en Innoveren met Technologie in de Revalidatiezorg (POINT_R). Naast innovation-readiness van revalidatiecentra, is valide waardebepaling van technologie voor zorgorganisaties en voor professionals en revalidanten noodzakelijk, evenals aandacht voor sociale innovatieprocessen die implementatie en opschaling borgen.

Relevantie
De inzet van technologie in de revalidatiezorg blijft achter bij de ambities van Revalidatie Nederland. Revalidatiecentra missen concrete handvatten voor twee samenhangende uitdagingen: 1) beoordeling en vertaling van bewijs naar besluitvorming over aankoop en inzet van technologie, en 2) ontwikkeling van competenties van zorgprofessionals om technologie positief-kritisch en waardegedreven in te zetten.

Patiëntenparticipatie
Bij het bepalen van waarde van technologische innovaties wordt expliciet gekeken naar waarde vanuit verschillende perspectieven, waaronder het patiëntperspectief.

Huidige status
Drie revalidatiecentra zijn betrokken bij het tweejarige POINT_R project. Een belangrijke bevinding is dat het bespreken en meten van 'zachte' waarden van technologie, zoals vertrouwen in de werkzaamheid, een grotere uitdaging blijkt dan het vinden van ‘hard’ wetenschappelijk bewijs. Terwijl juist ervaren ‘zachte’ waarden professionals motiveren om technologie daadwerkelijk in te zetten. Voor competentieontwikkeling hebben professionals behoefte aan structurele inbedding van leermomenten met technologie in de dagelijkse praktijk, zodat kennis en vaardigheden beklijven in een betekenisvolle setting.

Plan van aanpak
Verworven inzichten worden gedeeld tussen revalidatiecentra en via het netwerk van de werkgroep e-revalidatie van Revalidatie Nederland. Daarnaast zullen in het tweede jaar in co-creatie tools en werkwijzen worden ontwikkeld om revalidatiecentra te ondersteunen bij waardebepaling en competentieontwikkeling om gebruik van passende technologie te versnellen.

P78

Perspectieven van specialisten ouderengeneeskunde op persoonlijke en omgevingsfactoren in de geriatrische revalidatie

Msc. Veerle Brouwer[1]
[1]Axioncontinu/lumc

Vrijdag

Introductie
Herstel in de geriatrische revalidatie wordt niet alleen bepaald door aandoening en functionele beperkingen, maar ook door persoonlijke en omgevingsfactoren, zoals motivatie, coping, sociale steun en thuissituatie. Binnen het ICF-raamwerk zijn deze factoren essentieel voor functioneren en participatie, maar in onderzoek en praktijk blijven zij minder zichtbaar dan medische en functionele aspecten.
Doel
Inzicht verkrijgen in hoe specialisten ouderengeneeskunde (SO) persoonlijke en omgevingsfactoren meenemen in klinisch redeneren en besluitvorming binnen de geriatrische revalidatie.
Doelgroep
SO's in de geriatrische revalidatie in Nederland.
Klinische relevantie
Meer inzicht kan bijdragen aan tijdige herkenning van persoonlijke en omgevingsfactoren, betere teamafstemming en revalidatiedoelen en ontslagplannen die aansluiten bij revalidant en naasten.
Patiëntenparticipatie
Er is geen formele patiëntparticipatie; SO's bespreken patiëntcasuïstiek.
Methode
Semigestructureerde interviews van 45–60 minuten worden online of op locatie afgenomen. De interviewleidraad verkent bespreking, weging van persoonlijke en omgevingsfactoren naar behandelbeleid. Analyse vindt plaats volgens thematische analyse.
Resultaten
Voorlopige analyses laten zien dat persoonlijke en omgevingsfactoren in de eerste fase vaak nog niet volledig zichtbaar zijn, maar dat hun invloed gedurende de opname duidelijker wordt in het dagelijks functioneren, de informatie van familie en de MDO's. Deze factoren beïnvloeden haalbaarheid van revalidatiedoelen, veiligheid en ontslagmogelijkheden. Klinisch redeneren lijkt daarmee ook gericht op afweging van patiëntwens, mantelzorg, professionele verantwoordelijkheid en systeemgrenzen.
Discussie/conclusie
Persoonlijke en omgevingsfactoren kunnen bepalend zijn voor haalbaarheid van doelen, revalidatie-uitkomsten, ontslagbestemming en vervolgzorg.
Klinische boodschap
Persoonlijke en omgevingsfactoren verdienen structurele aandacht gedurende het hele revalidatieproces, omdat zij mede bepalen wat passend en betekenisvol is voor revalidant, naasten en team.

P79

Innovatiekracht in de gezondheidszorg: Een onderzoek naar de innovatiebereidheid van een revalidatieziekenhuis

Sanne Croes[1], Rikke Aune Asbjørnsen[1], Stephanie M. Jansen-Kosterink[1]
[1]Roessingh Centrum voor Revalidatie

Vrijdag

Achtergrond:
Door de toenemende druk op de zorg en zorgprofessionals en groeiende vraag naar revalidatiediensten, zijn innovatieve oplossingen noodzakelijk. Implementatie van nieuwe zorginnovaties brengt uitdagingen met zich mee waaronder acceptatie van zorginnovaties. Het doel van deze studie was om de innovatiebereidheid van een revalidatiecentrum in Nederland te evalueren.

Methodes
Een vragenlijst is gemaakt met inzichten van 1) de Maastricht Innovation Readiness Approach (MIRA©), 2) literatuur over innovatiegereedheid binnen revalidatieomgevingen, en 3) input van de werkgroep Innovatie van het Roessingh Centrum voor Revalidatie (RCR). Zorgprofessionals hebben de vragenlijst in Qualtrics ingevuld. De kwantitatieve data zijn geanalyseerd in R.

Resultaten
Een totaal van N=42 zorgprofessionals namen deel aan deze studie: artsen (n=7), ergotherapeuten (n=8), fysiotherapeuten (n=8), verpleegkundigen (n=7) en overige zorgprofessionals (n=12). De resultaten suggereren dat zorgprofessionals over het algemeen neutraal tot tevreden zijn met het innovatiebeleid van RCR. De belangrijkste verbeterpunten waren: 1) innovatie heeft hogere prioriteit nodig, 2) communicatie rondom zorginnovaties moet verbeterd worden, en 3) patiënten moeten meer betrokken worden bij zorginnovaties. De hoogst scorende onderdelen waren: 1) trainingsbeleid en 2) tevredenheid zorginnovaties van de zorgprofessionals.

Conclusie
De resultaten wijzen dat de zorgprofessionals voorzichtig optimistisch zijn over de huidige zorginnovatie implementatie strategieën binnen RCR. Verbeteringen in prioritering, communicatie en het betrekken van eindgebruikers kunnen de zorginnovatie adoptie verbeteren. Om de zorginnovatie adoptie te optimaliseren is meer onderzoek naar de effectiviteit van implementatie strategieën nodig. De resultaten laten zien dat een vragenlijst voor de innovatiebereidheid van een revalidatiecentrum nuttig kan zijn voor het identificeren van sterkte punten en verbeterpunten.

P80

Leermethodiek Bewegen met Technologie!

Dr Joan Dallinga[1], Lieke Hollander[2], Jeroen Davids[1], Karen Van Stein Callenfels[1], Leda Patat[1], Dr. Peter Pilot[3], Dr. Jorit Meesters[2], Dr. Petra Siemonsma[3], Dr. Monique Berger[1]
[1]Lectoraat Technologie voor Inclusief Bewegen en Sport, CoE Health Innovation,De Haagse Hogeschool, [2]Lectoraat Revalidatie en Technologie, CoE Health Innovation, De Haagse Hogeschool, [3]Lectoraat Beweegzorg Eigen Regie en Gedragsverandering, Hogeschool Leiden

Vrijdag

Beweegsensoren hebben een groot potentieel om fysieke activiteit van patiënten tijdens dagelijkse activiteiten te meten, weer te geven en daarop te sturen. Zorgprofessionals herkennen de voordelen van beweegsensoren, maar ervaren uitdagingen bij het inzetten in de begeleiding van hun patiënten. In de praktijk worden beweegsensoren dan ook nog beperkt ingezet.

In het RAAK-Publiek project Bewegen met Technologie is daarom een blended leermethodiek ontwikkeld die zorgprofessionals ondersteunt bij het gebruik van beweegsensoren in revalidatie en eerstelijnszorg om een actieve leefstijl te stimuleren. De leermethodiek is samen met revalidatiecentra en fysiotherapiepraktijken ontwikkeld. Als input voor de methodiek is gebruik gemaakt van data verzameld in een stakeholderanalyse en -mapping, best practice interviews, focusgroepen met zorgprofessionals en een procesanalyse.

De leermethodiek bevat face-to-face en online elementen. Zo bevat deze een fysieke startbijeenkomst en online onderdelen om een beweegsensor te leren gebruiken, zoals casussen, mogelijkheden om zelf te oefenen, communicatietips en evidence-based informatie. In september 2026 wordt de leermethodiek getest door fysiotherapeuten en ergotherapeuten werkzaam in revalidatie en de eerstelijnspraktijken. De ervaringen, gebruiksvriendelijkheid en toepasbaarheid worden in kaart gebracht, evenals in welke mate professionals zich meer competent voelen door deze methodiek. Samen met implementatie en innovatie experts is een implementatieplan is opgesteld om de leermethodiek te laten landen in de praktijk, waarvan strategieën in de pilot worden toegepast.
Op basis van ervaringen uit de pilot zal de leermethodiek waar nodig aangescherpt worden. Hiermee zetten we een belangrijke stap richting de bredere toepassing van beweegsensoren in de zorg, ter bevordering van een actieve leefstijl bij patiënten.

P81

Vernieuwing van het regionaal onderwijs voor revalidatieartsen in opleiding in onderwijs- en opleidingsregio oost nederland (oor-on).

Md Denise De Greef[1], MD D.J.M. Ploegmakers[1], MD PhD H.J.R. van Duijnhoven[1]
[1]Radboudumc

Vrijdag

Onderwerp: Vernieuwen van het regionaal onderwijs voor revalidatieartsen in opleiding binnen OOR-ON middels een gemodificeerde Delphi studie.

Relevantie: In het recent gereviseerde landelijke opleidingsplan luidt het advies om het regionaal onderwijs aan te laten sluiten bij het in 2022 vernieuwde landelijke onderwijs. Mijn destijds collega aios Vicky Basten-Pluijmen heeft middels kwalitatief onderzoek uitgezocht op welke vlakken het regionaal onderwijs in regio OOR-ON nog niet goed aansluit op het landelijk onderwijs. Naar aanleiding van haar adviezen is huidig onderzoek opgezet om dit te verbeteren.

Patiëntparticipatie: geen.

Huidige status: Middels een gemodificeerde Delphi studie met twee rondes en een aanvullende consensusbijeenkomst is er consensus bereikt over leerdoelen voor het regionaal onderwijs. Een breed expertpanel (revalidatieartsen, physician assistants en aios), bestaande uit 51 leden, nam deel. Van de 152 voorgelegde leerdoelen werd uiteindelijk over 110 leerdoelen consensus bereikt. De resultaten ondersteunen een verschuiving in de onderwijsopbouw, waarbij meer nadruk komt te liggen op vakoverstijgende thema's in plaats van uitsluitend medisch inhoudelijke onderwerpen. Na afloop is er een praktische handleiding opgesteld ter ondersteuning van de implementatie.

Plan van aanpak: Er is een indeling gemaakt van verantwoordelijke blokcoördinatoren (opleiders en stafleden) en twee aios per onderwijsblok. Zij zullen het onderwijs gaan vernieuwen, waarbij zij gebruik maken van de opgestelde leerdoelen en de handleiding. Tot slot is er een evaluatieformulier opgesteld die na ieder blok door alle aios ingevuld wordt. De resultaten worden geëvalueerd en waar nodig gebruikt om het onderwijs in volgende blokken verder bij te stellen.

P82

Hoe innovation ready zijn revalidatiecentra? Inzichten in knelpunten en kansen voor innoveren met zorgtechnologie.

Dr Marissa Gerards[1,2], dr. Monique van den Hoed[1,2], dr. Geert Frederix[3], dr Lilian Beijer[3], dr Ramon Daniels[3]
[1]Lectoraat Ondersteunende Technologie in de Zorg, Zuyd Hogeschool, [2]Care and Public Health Research Institute (CAPHRI), Maastricht University, [3]Lectoraat Digitale Transformatie in de Revalidatiezorg, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

Vrijdag

Introductie
Zorgtechnologie is veelbelovend voor toekomstbestendige revalidatiezorg. Revalidatiecentra erkennen dat zij meer structureel werk moeten maken van professioneel innoveren met technologie, door te investeren in innovation readiness.

Doel
Inzicht in hoe revalidatieprofessionals innovation readiness van hun organisatie beoordelen, knelpunten ervaren en verbeterpunten voor innoveren beschrijven.

Doelgroep
Revalidatiecentra in Nederland

Klinische relevantie
Innovation readiness draagt bij aan duurzame toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van revalidatiezorg.

Patiëntenparticipatie
n.v.t.

Methode
Actieonderzoek met een mixed methods benadering in 3 revalidatiecentra. De studie omvat: (1) zelf-evaluatie van innovation readiness met de Maastricht Innovation Readiness Aanpak (MIRA)-scan, gericht op vier pijlers (strategische koers, leiderschap, organisatie van innovatie, en leerklimaat); (2) consensusbijeenkomsten om resultaten te duiden; (3) focusgroepen met managers en (innovatie)medewerkers over de relatie tussen innovation readiness en ervaren knelpunten en wensen voor verbetering bij innoveren. Kwantitatieve data worden descriptief geanalyseerd, kwalitatieve data via directed content analysis.

Resultaten
Revalidatieprofessionals beoordelen innovation readiness van hun organisatie gemiddeld met een 5,9, en zagen op alle domeinen verbeterpunten. Gezamenlijke knelpunten zijn onder andere een gebrek aan een duidelijke, gedragen visie op innoveren, versnipperdheid van initiatieven, weinig zichtbaar leiderschap rondom innovatie en beperkte (praktische en gevoelde) ruimte om te leren en experimenteren.

Discussie en conclusie

MIRA biedt revalidatiecentra een kapstok om met professionals uit diverse organisatie-lagen te kijken naar innovation readiness en gezamenlijk verbeterpunten te formuleren. Door de samenhang tussen strategie, organisatie, leiderschap en leerklimaat te versterken, ontstaan concrete kansen om effectiever en duurzamer te innoveren.

Klinische boodschap

Succesvol innoveren is essentieel voor toekomstbestendige revalidatiezorg en vraagt om een integrale organisatiebenadering.

P83

Steep Ramp Test in de praktijk: ontwikkeling van een toolkit voor gestandaardiseerde afname en interpretatie van een korte maximale inspanningstest

Drs. Saskia Huiberts[1,2,3], Drs. Ingeborg Trul-Kreuze[1,2,3], Dr. Bart Bongers[4,5], Dr. Jiska Kempen[6], Drs. Benjamin Smits[6], Dr. Marianne Nieuwenhuis[1,2,3], Prof. Han Houdijk[2], Dr. Moniek Akkerman[1,3]
[1]Alliantie Brandwondenzorg Nederland, Brandwondencentrum Groningen, Martini ziekenhuis Groningen, [2]Afdeling Bewegingswetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen, Universitair Medisch Centrum Groningen, [3]Onderzoeksgroep Healthy Ageing, Allied Health Care and Nursing, Hanze, [4]Afdeling Voeding en Bewegingswetenschappen, NUTRIM, Institute of Nutrition and Translational Research in Metabolism (NUTRIM), Faculty of Health, Medicine and Life Science, Universiteit Maastricht, [5]Afdeling Chirurgie, NUTRIM, Institute of Nutrition and Translational Research in Metabolism (NUTRIM), Faculty of Health, Medicine and Life Science, Universiteit Maastricht, [6]Lode Holding BV (Lode BV, ProCare BV, aXtion BV, Umaco BV)

Vrijdag

Onderwerp:
De ontwikkeling van een toolkit voor gestandaardiseerde uitvoering en interpretatie van de Steep Ramp Test (SRT), een korte maximale inspanningstest op een fietsergometer voor het bepalen van cardiorespiratoire fitheid (CRF).

Relevantie:
CRF is een belangrijke voorspeller voor algehele gezondheid op de lange termijn. Hoewel de cardiopulmonale inspanningstest (CPET) de gouden standaard is voor het meten van CRF, is een CPET in de dagelijkse praktijk niet altijd haalbaar. De SRT biedt een toegankelijk en praktisch alternatief en is betrouwbaar en valide voor het meten van CRF in verschillende klinische en gezonde populaties, zowel bij kinderen als volwassenen.

Om de SRT op een gestandaardiseerde manier toe te passen in de praktijk wordt een toolkit ontwikkeld. Deze toolkit bevat onder andere normwaarden die behandelaars helpen bij het snel en eenvoudig interpreteren van de testresultaten. Hierdoor kunnen patiënten met een verminderde CRF tijdig worden geïdentificeerd en waar nodig gerichter worden begeleid. Dit biedt handvatten voor eventuele leefstijlveranderingen ter preventie van toekomstige gezondheidsproblemen.

Patiëntenparticipatie:
De toolkit wordt ontwikkeld volgens de Design Thinking-methodiek in co-creatie met toekomstige gebruikers, in dit geval zorgprofessionals. Patiënten worden in een latere fase betrokken, bij de implementatie van de toolkit in de praktijk en bij het vormgeven van de terugkoppeling van testresultaten.

Huidige status/Toekomst:

Er is inmiddels een eerste prototype ontwikkeld. Dit prototype wordt momenteel getest en doorontwikkeld in co-creatie met een gebruikerscommissie. De commissie beoordeelt de toolkit onder andere op vormgeving, functionaliteit en gebruiksgemak. De feedback wordt gebruikt om de toolkit verder te optimaliseren voordat deze breder geïmplementeerd wordt.

P84

Hoe kan je de impact van jouw revalidatietechnologie het best onderzoeken samen met de gebruikers?

Dr. Marian Hurmuz-Bodde[1,2], Dr. Gerdienke Prange-Lasonder[1,2]
[1]Roessingh, Centrum voor Revalidatie, [2]Universiteit Twente

Vrijdag

Onderwerp: Voor we revalidatietechnologie goed kunnen implementeren in de klinische praktijk, moeten we de maatschappelijke impact ervan weten. Maar hoe kunnen we de impact van bijvoorbeeld VilPower (een draagbaar exoskelet voor mensen met matig-ernstig aangedane arm-/handfunctie) evalueren? Hoe includeren we de perspectieven van alle stakeholders? Een passende methode is de Societal Return on Investment (SROI).

Relevantie: Door onder andere de toenemende druk op de revalidatiezorg, wordt het inzetten van revalidatietechnologie steeds belangrijker. Hierbij moet gekeken worden naar innovaties die het waard zijn om te implementeren. De SROI methode is van belang voor onderzoekers, artsen, behandelaren, zorgmanagers en technologieontwikkelaars. Door deze methode leren we welke revalidatietechnologieën bijdragen aan duurzame revalidatiezorg.

Patiëntparticipatie in het innovatieproces: De SROI methode biedt een praktische methode om de belangen en ervaringen van patiënten en andere betrokkenen centraal te stellen bij de inzet van technologie. De zes stappen van SROI, en hoe patiënten en andere stakeholders hierbij kunnen worden betrokken, worden met een concreet voorbeeld (het VilPower exoskelet) uitgelegd in de presentatie.

Huidige status: Op basis van scenario's en verwachtingen van stakeholders is een voorspellende SROI analyse uitgevoerd. Deze SROI analyse is een startpunt voor de evaluatie en is gebruikt voor het bepalen van relevante uitkomstmaten.

Plan van aanpak: De vervolgstappen zijn het uitvoeren van een evaluatieonderzoek met mensen die een beroerte hebben gehad. Met dit onderzoek kunnen we de SROI analyse updaten met real-world data, zodat we beter inzicht hebben in de daadwerkelijke impact van VilPower en keuzes kunnen maken voor een duurzame implementatie van VilPower.

P85

Samen leren implementeren: spraakgestuurd rapporteren in de revalidatiezorg door samenwerking tussen vier centra

PhD. Bram Onneweer[1], MSc. Ina Flierman[2], PhD. Martijn Stenneberg[3], MSc. Jenny Schillings[4], Inge van der Laak[4]
[1]Rijndam , [2]Roessingh, [3]Reade, [4]Adelante

Vrijdag

Onderwerp
Het gezamenlijk implementeren van spraakgestuurd rapporteren in de revalidatiezorg door vier revalidatiecentra. Doel is een aanpak te ontwikkelen die aansluit bij de inhoud, werkwijze en verslaglegging binnen deze sector.

Relevantie
De urgentie is groot door werkdruk, personeelstekorten en registratielast. Tegelijkertijd is verslaglegging in de revalidatiezorg complex door multidisciplinaire samenwerking, langere behandeltrajecten en de focus op functioneren en participatie. Bestaande oplossingen sluiten daardoor niet altijd goed aan.

Huidige status
Rijndam, Roessingh, Adelante en Reade werken samen in een implementatietraject. Werkwijzen zijn geïnventariseerd, gezamenlijke uitgangspunten vastgesteld en ICF-gebaseerde templates binnen Autoscriber worden ontwikkeld. De eerste inzichten laten zien dat succesvolle inzet meer vraagt dan techniek alleen: duidelijke AI-governance, afspraken over eigenaarschap en besluitvorming en aandacht voor verschillen in rapportageprocessen en het gebruik van HiX.

Patiëntenparticipatie
Patiënten participatie krijgt vorm via afstemming met cliëntenraden van de betrokken centra. Ervaringen en aandachtspunten van patiënten worden uitgevraagd in de testfase.

Plan van aanpak
In de vervolgfase worden de templates getest en stapsgewijs geïmplementeerd. Daarbij wordt gekeken naar werkdruk, kwaliteit en uniformiteit van verslaglegging, gebruikerstevredenheid en kansen om rapportage en HiX-gebruik efficiënter en uniformer in te richten. Een belangrijk aandachtspunt is het spanningsveld tussen hoge verwachtingen en de weerbarstige praktijk: de techniek is nog in ontwikkeling, kennis onder professionals verschilt en werkwijzen lopen uiteen. Later volgen effectevaluatie en een gezamenlijke SROI. De samenwerking tussen vier centra biedt kansen om sneller te leren en te komen tot een breder toepasbare aanpak.

P86

Ervaringen van patiënten en zorgverleners en gebruik van een generieke PROM-set bij start en einde revalidatie: een pilot-studie

Kim van Hutten[1], Dr. (MD PhD) Carola Bouwhuis[1], drs. (MD) Paulien van der Meer[1], Dr. (MD PhD) Diana Oosterveer[1,2,3]
[1]Basalt, [2]Alrijne, [3]Leids Universitair Medisch Centrum

Vrijdag

Introductie: Er is steeds meer wetenschappelijke evidentie voor de meerwaarde van patiënt-gerelateerde uitkomstmetingen (PROMs) in de zorg.

Doel: Inzicht krijgen in de ervaringen met en gebruik van een generieke PROM-set bij start en einde van de revalidatie.

Patiënten: 20 volwassenen, die een volledig poliklinisch revalidatietraject volgden tussen maart-december 2025 bij Basalt Den Haag.

Toegevoegde waarde voor de patiënt/klinische relevantie: PROMs kunnen helpen bij inzicht in klachten en vormgeven revalidatiebehandeling.

Methode: Volgens RE-AIM werden de ervaringen met en gebruik van een generiek PROM-set (bestaande uit PROMIS-vragenlijsten en Cargiver Strain Index) bij start en einde revalidatie geëvalueerd met zowel 20 patiënten als 10 zorgverleners.

Resultaten: Alle patiënten (100%) zijn uitgenodigd om de PROM-set digitaal in te vullen, waarbij 70% dit bij start en einde revalidatie heeft gedaan. Taalbarrière was de belangrijkste reden voor niet-invullen. De patiënten vonden de set ondersteunend in inzicht krijgen in hun klachten en deze te prioriteren. Zorgverleners vonden dat de set hen snel visueel inzicht gaf in de problematiek van de patiënt en ondersteunend in stellen van doelen of aansnijden van lastigere onderwerpen. In 80% van de teamoverleggen werden PROM-resultaten besproken, echter gebruikte 22% van de zorgverleners dit actief in gesprekken met de patiënt.

Discussie en conclusie: Over het algemeen waren zowel patiënten en zorgverleners positief over het implementeren van een generieke PROM-set bij start en einde revalidatie, al zouden de resultaten van de set nog actiever kunnen worden gebuikt in gesprekken met de patiënt.

Klinische boodschap: Ook in de praktijk lijkt er meerwaarde van inzet van PROMs.

P87

Embedded or Abandoned? Understanding Healthcare Professionals' Use of a Digital Rehabilitation Platform in Routine Care

Karlijn te Boekhorst[1], Merle P. Paterson[2], Marleen de Mul[1], Sanne J. Kuipers[1], Gerard M. Ribbers[3], Jane M. Cramm[1]
[1]Erasmus School of Health Policy & Management, [2]Rijndam Revalidatie, [3]Erasmus Medical Center Rotterdam

Vrijdag

Background. Digital rehabilitation platforms are increasingly introduced in routine care, but healthcare professionals' use in practice varies. Existing studies have often examined use over short, researcher-supported timeframes, leaving factors influencing use in routine care insufficiently understood.
Objective. To examine factors influencing healthcare professionals' use of a digital rehabilitation platform in routine care and to identify potentially useful interventions.
Methods. Between November 2025 and March 2026, semi-structured interviews were conducted with 21 participants, comprising healthcare professionals (n = 18) and managers (n = 3), recruited from a rehabilitation center in the Netherlands where a digital rehabilitation platform had been introduced several years earlier. The Behavior Change Wheel and its underlying Capability, Opportunity, Motivation–Behavior model informed the interview guide, analysis, and the mapping of intervention functions and policy categories, as well as the formulation of illustrative interventions.
Results. Use was influenced by factors across capability, opportunity, and motivation and related to the platform itself (e.g., content suitability), implementation (e.g., clinical champions), and contextual fit (e.g., care setting, patient population). Six potentially useful intervention functions (e.g., education, modeling) and four policy categories (e.g., service provision, guidelines) were identified and linked to illustrative interventions that could support use.
Conclusion. Introducing a digital rehabilitation platform does not automatically translate into routine use. Achieving (sustained) use appears to require early assessment of fit, ongoing organizational support and attention, and collaboration among healthcare professionals, patients, developers, and vendors to create platforms that are usable and relevant in practice. Without this, platforms risk being abandoned rather than embedded.

P88

Projecten die ertoe doen: Actie onderzoek in een revalidatie centrum

dr. Eline te Braake[1], Marian Hurmuz-Bodde, Ina Flierman
[1]Roessingh Centrum Voor Revalidatie

Vrijdag

Onderwerp: Actieonderzoeksprojecten in revalidatiecentra zijn vaak moeilijk te organiseren, gezien het gebrek aan kennis over de toegevoegde waarde van deze innovatieve aanpak, de beperkte tijd en de hoge werkdruk van de betrokkenen (bijv. patiënten, ergotherapeuten, verpleegkundigen, psychologen). Tijdens een actieonderzoeksproject is gekeken naar de uitdagingen en de toegevoegde waarde van het uitvoeren van deze moderne manier van onderzoek binnen de revalidatiezorg.
Relevantie: Actieonderzoek is geen standaard binnen de revalidatiesetting. Echter kan actieonderzoek leiden tot meer impactvolle en zinvolle projecten, aangezien ideeën voor innovaties gezamenlijk worden ontwikkeld en voortkomen uit de behoeften en wensen van de betrokkenen. Dit kan kansen bieden om op de juiste plek impact te hebben.
Patientenparticipatie in het innovatieproces: De betrokkenheid van belanghebbenden is cruciaal en leidend geweest in dit project. Dit betekent dat er zowel input van verschillende therapeuten als patiënten is verzameld om zo het project inhoudelijk vorm te geven.
Huidige status: Verschillende uitdagingen (bijvoorbeeld: tijd, motivatie, accreditatie) en toegevoegde waarden (bijvoorbeeld: impact, daadwerkelijke behoeften, expertise) zijn blootgelegd. Deze uitdagingen moeten worden weggenomen, zodat iedereen die bereid is deel te nemen een bijdrage kan leveren. Momenteel vergt het behoorlijk wat motivatie en aanpassingen van de betrokkenen om met deze uitdagingen om te gaan (bijvoorbeeld: bijeenkomsten organiseren vóór de werkuren).
Plan van aanpak: Dit project was een eerste stap in het inzichtelijk maken van de uitdagingen en toegevoegde waarden van deze innovatieve aanpak. Nieuwe actieonderzoeksprojecten zullen uitgevoerd worden om deze methode te implementeren en te streven naar het wegnemen van de genoemde uitdagingen binnen het revalidatiecentrum.

P89

Mijn zelfmanagement gids: Zelfmanagement ondersteuning in de revalidatiezorg

dr. Eline te Braake[1], dr. Marian Hurmuz-Bodde
[1]Roessingh Centrum Voor Revalidatie

Vrijdag

Onderwerp: Zelfmanagement is een belangrijk concept in de gezondheidszorg. Echter, binnen de revalidatiezorg is dit concept niet prominent aanwezig. Terwijl mensen na hun revalidatieperiode, in veel gevallen, thuis aan de slag moeten met het verdere herstel. Om het zelfmanagement te ondersteunen, is een zelfmanagementgids ontwikkeld.
Relevantie: Hoewel zelfmanagement geen vooraanstaand begrip is binnen de revalidatiesetting, kan het ervoor zorgen dat patiënten actieve deelnemers worden van hun zorg. Door hen te ondersteunen in hun zelfmanagement zullen zij leren hoe zij met een nieuwe realiteit in hun dagelijks leven om moeten gaan. Deze innovatieve vorm van zelfmanagement kan veel toegevoegde waarde bieden binnen de revalidatiezorg en de kwaliteit van leven verhogen.
Patientenparticipatie in het innovatieproces: De zelfmanagementgids is samen met mensen met reuma en mensen met COPD ontworpen (3 fases, 7 studierondes). Verschillende patiëntpartners waren in dit proces aanwezig om studies op te zetten en vervolgstappen van het project vorm te geven.
Huidige status: De zelfmanagementgids is ontworpen vanuit het perspectief van mensen met reuma en mensen met COPD. Het werd duidelijk dat patiënten zelfmanagementbehoeften hadden die breder waren dan alleen de fysieke functies, maar ook bijvoorbeeld gerelateerd waren aan energiebalans, hulpmiddelen en mentaal welzijn. Onderwerpen voor zelfmanagement blijken aandoeninggeneriek te zijn, wat kansen biedt voor de revalidatiesetting en haar verschillende doelgroepen.
Plan van aanpak: Dit onderzoek is een eerste stap in het ontwikkelen van deze innovatieve zelfmanagementgids. Toekomstig onderzoek zal zich richten op het verder ontwikkelen, evalueren en implementeren van de gids met patiënten uit verschillende doelgroepen (bijvoorbeeld: NAH en ALS).

P90

Interdisciplinair opleiden van toekomstige zorgprofessionals: een behoefte analyse in het Radboudumc

drs. T.B.M. Tilanus[2], drs. N.M.A. van de Kruis[2], dr. H.J.R. van Duijnhoven[1]
[1]Radboudumc, [2]St. Maartenskliniek

Vrijdag

Introductie: Hoogwaardige, patiëntgerichte zorg vereist effectieve samenwerking tussen diverse zorgprofessionals. Toch voelen jonge artsen zich vaak onvoldoende voorbereid op interdisciplinaire samenwerking. Traditionele monodisciplinaire opleidingen hebben weinig leeractiviteiten die samenwerking stimuleren, terwijl interdisciplinair onderwijs competenties versterkt zoals communicatie, empathie en gezamenlijke besluitvorming. Revalidatiezorg biedt een natuurlijke context voor interdisciplinair leren, maar het is onduidelijk hoeverre de huidige leeromgeving dit ondersteunt. Daarom onderzocht deze studie de interdisciplinaire leerbehoeften van geneeskunde- en paramedische studenten tijdens hun stage.

Methode: Een kwalitatieve studie werd uitgevoerd met een constructieve grounded-theory benadering. Semigestructureerde interviews en veldobservaties werden afgenomen bij geneeskunde- en paramedische studenten en hun begeleidende professionals. De data werden inductief geanalyseerd en gecategoriseerd volgens het PRECEDE PROCEED model van Green & Kreuter.

Resultaten: Tien semigestructureerde interviews en twee veldobservaties, toonden predisponerende, faciliterende en bekrachtigende factoren die het interdisciplinair leren beïnvloeden. Studenten waardeerden samenwerking, maar misten duidelijkheid over rollen. Gestructureerde interacties bevorderden het leren, terwijl logistieke barrières en ervaren hiërarchie betrokkenheid belemmerden. Reflectie, ondersteunende teamculturen en authentieke klinische activiteiten kunnen mogelijk de interprofessionele competenties versterken.

Conclusie: Effectief interdisciplinair onderwijs binnen de afdeling revalidatiegeneeskunde in het Radboudumc, vraagt om doelgerichte leeractiviteiten, met leerdoelen die rollen verduidelijken, wederzijds respect bevorderen en ontwikkeling van interprofessionele competenties ondersteunen. Structurele organisatorische inbedding in deze klinische context kunnen een duurzame interprofessionele leeromgeving bevorderen.

Klinische boodschap: Deze studie benadrukt de behoefte aan gestructureerd interdisciplinair onderwijs tijdens klinische stages van medische en paramedische studenten. Het structureler verankeren van interdisciplinair leren binnen de gezondheidszorgopleiding kan studenten beter voorbereiden op effectieve samenwerking in hun toekomstige klinische praktijk.

P91

Rehabilitation as a Learning Process: Developing a Theoretical Framework for the Rehabilitation is Learning Approach

Msc Rick Van De Ven[1], PhD Lieke Dekkers[2], PhD Edith Cup[3], PhD Annette van Kuijk[1], PhD Philip van der Wees[3]
[1]Tolbrug Revalidatie, [2]HAN university of applied sciences, [3]Radboud university medical center

Vrijdag

Achtergrond: Revalidatie wordt steeds meer gezien als een proces van aanpassing waarin individuen nieuwe vaardigheden en strategieën integreren in het betekenisvolle dagelijks leven. Traditionele revalidatiemodellen hebben echter vaak moeite om verbeteringen in de klinische setting te vertalen naar duurzame participatie-uitkomsten. De Revalideren is Leren (RiL)-benadering beschouwt revalidatie als een leerproces gericht op zelfmanagement en langdurige participatie. De theoretische fundamenten zijn nog onvoldoende uitgewerkt.

Doel: Het ontwikkelen van een theoretisch onderbouwd raamwerk dat de conceptuele fundamenten, operationele mechanismen en praktische toepassing van de RiL-benadering verduidelijkt.

Methoden: Een kwalitatieve studie werd uitgevoerd met semigestructureerde interviews met oprichters van de RiL-benadering, een gerichte literatuurstudie en een multidisciplinaire focusgroep met patiënten, mantelzorgers en zorgprofessionals (n=7). Data werden thematisch geanalyseerd en iteratief geïntegreerd met theoretische perspectieven.

Resultaten: Het raamwerk beschrijft revalidatie als een relationeel leerproces gericht op duurzame participatie. Het omvat drie domeinen: (1) conceptuele fundamenten, met identiteitsgerichte participatie, relationele inbedding en revalidatie als (opnieuw) leren leven; (2) operationele principes, waaronder doelafstemming, autonomie-ondersteunende praktijk, sociale leercontexten en ervaringsgericht adaptief leren; (3) praktische toepassing en organisatorische inbedding, met nadruk op patiënt agency via professionele ondersteuning, interprofessionele samenwerking, betrokkenheid van de sociale omgeving, flexibele organisatie en participatiegericht werken.

Conclusie: Het RiL-raamwerk biedt een theoretische basis en beschouwt revalidatie als een gestructureerd, leergericht proces. Door patiënten te positioneren als actief-lerende, professionals als ondersteuners en de sociale omgeving als essentiële leercontext, biedt het een nieuw perspectief op hoe individuen zich aanpassen aan het leven met een beperking. Verder empirisch onderzoek is nodig om de implementatie en effectiviteit te evalueren.

P92

De dagelijkse praktijk als bron voor kwaliteit van revalidatiezorg

Larissa Van Den Bogaard[1], Dr Suzanne Lambregts[1], Dr Ilona De Rooij[1]
[1]Revant

Vrijdag

Onderwerp
Kwaliteit en veiligheid van zorg wordt traditioneel geborgd door het achterhalen van oorzaken van onbedoelde en/of ongewenste gebeurtenissen of uitkomsten; Safety-I. De afgelopen jaren wint echter het leren van de dagelijkse praktijk steeds meer terrein; Safety-II. In de dagelijkse praktijk zitten namelijk gewoontes, gebruiken en interacties van zorgverleners die hun werk doen zonder dat er iets misgaat!

Relevantie
Complicatiebesprekingen blijken minder geschikt voor de revalidatiegeneeskunde door de complexiteit en onvoorspelbaarheid van het vak. Er wordt ruimte gezien om de nadruk van deze besprekingen te verleggen naar kwaliteitsonderwerpen zoals efficiëntie en patiëntgerichtheid. Geheel passend bij de Safety-II visie kan de vraag dus gesteld worden of de huidige instrumenten voor kwaliteitsbevordering binnen de revalidatiegeneeskunde nog wel passend zijn.

Huidige status
De complicatiebespreking onder de medische staf van zowel de volwassen- en kinderrevalidatie van Revant, locatie Breda, werd omgezet in een wekelijkse kwaliteitsbespreking waarbij de gehele dagelijkse praktijk aan bod komt; van complicaties tot aan successen. Deze omzetting bleek bij een dwarsdoorsnedeonderzoek op inhoud, vorm en sfeer positief gewaardeerd te worden.

Plan van aanpak
Individualisering is een kernwaarde binnen de revalidatiegeneeskunde. Derhalve lijkt het leren van de dagelijkse praktijk dé ideale benadering om kwaliteit van zorg binnen dit vak te bevorderen. Het doel is om andere revalidatiecentra en de Vereniging van Revalidatieartsen te enthousiasmeren om hun wijze van kwaliteitsbevordering te herzien naar een systeem waarbij er meer aandacht is voor het aanpassingsvermogen en de veerkracht van de individuele zorgverlener en het zorgsysteem!

P93

Ontketende Zorg – co-creatie van een zorgpad in de MSR

Msc Evert Veldman[1], Dr Vera Linde Dol[2], MSc Xandra Kregting-Manteleers[3], Dr Ton Satink[3], Dr Hans Kerstens[3]
[1]Stichting Bartiméus Sonneheerdt, [2]Stichting Koninklijke Visio, [3]Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

Vrijdag

- Onderwerp: het betreft de ontwikkeling van een zorgpad voor mensen met visuele stoornissen als gevolg van niet-aangeboren hersenletsel (neurovisuele problemen) in de medisch-specialistische revalidatie (MSR). In een ontwerpgericht onderzoek wordt in co-creatie met 4 revalidatiecentra een zorgpad ontwikkeld dat zich richt op screening, passende zorg, consultatie en verwijzing.
- Relevantie: Ruim de helft van de mensen met hersenletsel ervaart problemen met het zien. In de praktijk wordt hier in de MSR echter niet altijd passende zorg voor geboden. Eenmaal thuis lopen patiënten tegen allerlei problemen aan. Met dit zorgpad wordt ernaar gestreefd dat de neurovisuele stoornissen worden geïntegreerd in de revalidatiezorg. In de fase van probleemverkenning en -definiëring is middels literatuuronderzoek, interviews met cliënten en focusgroepdiscussie met zorgprofessionals de huidige zorg in kaart gebracht. De ontwikkelde persona's en knelpunten in de patiëntreis tonen het belang van het ontwerpen en implementeren van een zorgpad in de MSR.
- Huidige status: Ontwerpteams uit 4 revalidatiecentra en expertisecentra voor visuele revalidatie zijn momenteel in co-creatie het zorgpad aan het ontwikkelen. Dit zorgpad biedt niet alleen een stroomschema van taken en verantwoordelijkheden, maar ook praktisch instrumentarium en scholingsmaterialen.
- Plan van aanpak. Het zorgpad wordt van oktober 2026 tot juni 2027 in de 4 centra als pilot geïmplementeerd, waarna een evaluatiestudie plaatsvindt met als doel te komen tot een blauwdruk voor landelijke implementatie.