



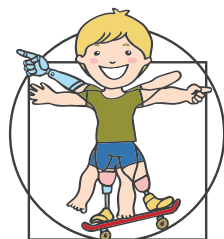
# Uit de praktijk

Columns van  
**Prof. dr. Jan Geertzen**  
in 'Kort&Krachtig!', 2014 - 2025

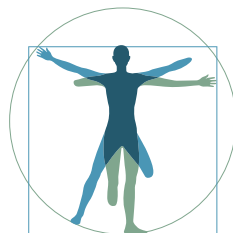


# Uit de praktijk

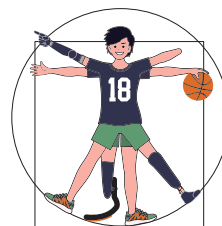
Columns van  
Prof. dr. Jan Geertzen  
in 'Kort&Krachtig!', 2014 - 2025



LedeMaatjes



KorterMaarKrachtig



LedeMaten

Een uitgave van de vereniging KorterMaarKrachtig



***Professor dr. Jan Geertzen** is revalidatiearts en hoogleraar Revalidatiegeneeskunde in het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG). Hij is gespecialiseerd in moeilijke problemen in de amputatie(-chirurgie) en prothesiologie van het been. Professor Geertzen is (mede)auteur van veel (inter)-nationale artikelen en boeken op het gebied van amputatie en prothesiologie. In 2013 stond hij aan de wieg van de patiëntenvereniging KorterMaarKrachtig.*

# Vooraf

Het was Jan Geertzen rond 2012, 2013 een flinke doorn in het oog dat er in ons land verschillende patiëntengroepen van en voor 'geamputeerden' waren. Er was een landelijke vereniging (de LVVG), er was de Stichting Korter Maar Krachtig, er waren verschillende regionale verenigingen voor mensen die een amputatie hadden ondergaan en er was de Stichting 'De Benen Nemen'. En ze hadden allemaal ruzie met elkaar...

Jan vond dat die verdeeldheid ten koste ging van een sterke stem van de mensen die een amputatie hadden ondergaan. Een goede belangenbehartiging richting artsen, instrumentmakers, zorgverzekeraars en overheid werd daardoor ernstig bemoeilijkt.

Daar moest iets aan gedaan worden!

## **KorterMaarKrachtig**

Samen met Marcel Conradi, directeur van De Hoogstraat Orthopedietechniek, organiseerde Jan gesprekken met vertegenwoordigers van al die groepen met het doel om te komen tot één krachtige belangenorganisatie. Er moesten veel plooiën gladgestreken worden en er moest veel stroop gesmeerd worden. Maar uiteindelijk lukte het om alle neuzen dezelfde kant op te krijgen. Dat leidde in oktober 2013 tot de oprichting van de vereniging KorterMaarKrachtig. Jan Geertzen mag met recht de 'godfather' van de vereniging genoemd worden!

## **Columns**

Jan is de afgelopen 12 jaar op de achtergrond altijd betrokken geweest bij de vereniging. Hij was al die jaren lid van de Raad van Advies en schreef elk kwartaal een column in het verenigingsmagazine 'Kort&Krachtig!'. Die columns geven een prachtig beeld van de ontwikkelingen in de 'prothesewereld' van de afgelopen tien jaar. Jan schreef met veel passie over alles wat hij tijdens zijn werk als revalidatiearts, hoogleraar en bestuurder tegenkwam.

De columns zijn in dit boekje gebundeld. Het is tijdens zijn afscheidssymposium op 24 april 2026 aan Jan aangeboden. Het bestuur van KorterMaarKrachtig is Jan veel dank verschuldigd voor alles wat hij voor de vereniging betekend heeft. Wij wensen hem veel goeds tijdens zijn pensioenperiode. Wellicht zien wij elkaar nog!

Albert Velthuis, voorzitter KorterMaarKrachtig

# Inhoud

- K&K nr. 1 De wensen van de patiënt 7
- K&K nr. 2 Dubito, ergo cogito, ergo sum  
(ik twijfel, dus ik denk, dus ik ben) 8
- K&K nr. 3 Zomaar een spreekuur 9
- K&K nr. 4 Komt een (top)sporter bij de dokter... 10
- K&K nr. 5 'Waarom ik niet?' 11
- K&K nr. 6 Onderzoek en onderwijs 12
- K&K nr. 7 Centralisatie van zorg:  
ook op amputatiegebied 13
- K&K nr. 8 Alle wijsheid in pacht? 14
- K&K nr. 9 Voorkomen is beter dan... 15
- K&K nr. 10 Academisch werken 16
- K&K nr. 11 Kennis is macht 17
- K&K nr. 12 Paralympische spelen Rio 2016 18
- K&K nr. 13 Te dik!? 19
- K&K nr. 14 Het gras aan de overkant... 20
- K&K nr. 15 Centralisatie van zorg 21
- K&K nr. 16 Osseointegratie niet zaligmakend 22
- K&K nr. 17 Revalidatie na een beenamputatie 23
- K&K nr. 18 Shared decision making 24
- K&K nr. 19 De Handbikebattle 25
- K&K nr. 20 Goed luisteren 26
- K&K nr. 21 Amputatie-Expertiseteam 27
- K&K nr. 22 Even mopperen 28
- K&K nr. 23 Snijzaal 29
- K&K nr. 24 Geraakt 30
- K&K nr. 25 Kort & Fit 31
- K&K nr. 26 Wie is er oud? 32
- K&K nr. 27 Wetenschappelijk Onderzoek 33
- K&K nr. 28 De kurk... 34
- K&K nr. 29 Bijblijven 35
- K&K nr. 30 Empowerment 36
- K&K nr. 31 Rechten en Plichten 37
- K&K nr. 32 Doolhof 38
- K&K nr. 33 Reflectie 39
- K&K nr. 34 Een been missen...? 40
- K&K nr. 35 Dokter, wat als... 41
- K&K nr. 36 'Dokter, ik wil geen amputatie...' 42
- K&K nr. 37 De duivel en zijn handen 43
- K&K nr. 38 Uw prothese komt met de post... 44
- K&K nr. 39 Over de grenzen 45
- K&K nr. 40 Bijscholing aan Oekraïners 46
- K&K nr. 41 Uit de oude doos 47
- K&K nr. 42 Dilemma 48
- K&K nr. 43 Suriname, 'waar het gras groener is' 49
- K&K nr. 44 Vaatcongres 50
- K&K nr. 45 Wapenstilstand 51
- K&K nr. 46 Terugblik 52
- K&K nr. 47 Er is een tijd van komen,  
maar ook van gaan... 53

# De wensen van de patiënt

Veel patiënten met een amputatie van het been komen er gezamenlijk wel uit met hun eigen revalidatiearts en orthopedisch instrumentmaker, technoloog of prothesemaker. In sommige gevallen lukt dat niet; in die gevallen gaat de patiënt of dokter op zoek naar een zogenaamde 'second opinion', een tweede advies. Ik zie veelal patiënten voor een derde of vierde advies. Van tevoren probeer ik zoveel mogelijk medische gegevens, brieven en röntgenfoto's te verzamelen, wat meestal een lastige klus is. Ik probeer het advies in één of maximaal twee consulten af te ronden.

## Verwachtingen

In de meeste gevallen is de zogenaamde biomechanische fit (hoe de prothese zit en beweegt) van de prothese wel goed. De prothesemaker en de revalidatiearts hebben dus een goed stuk werk afgeleverd. De problemen liggen vaak eerder op het psychosociale vlak: op het gebied van acceptatie en communicatie. Er kan momenteel veel in de prothesewereld. Mensen met een prothese krijgen hierdoor heel hoge verwachtingen; niet alleen door wat de reclame voortbrengt, maar ook wat collegae revalidatieartsen en prothesemakers uitdragen.

## Nooit gevraagd

Zo had ik een keer een ruim 70 jaar oude dame die voor een vierde advies kwam. Zij kwam binnen met een tamelijk nieuw concept prothese. Ze kon er nauwelijks mee lopen, ze was moe, maar iedereen zei tegen haar dat het moest en zou kunnen: de hele dag de prothese dragen en er mee lopen. De biomechanische fit was prima. In het gesprek met de mevrouw bleek al snel dat ze van de een naar de ander gestuurd werd, zonder dat er echt met haar gesproken werd. Op de vraag: 'Maar wat wilt u nou zelf?', zei ze: 'Die vraag wordt mij eigenlijk nooit gesteld.'

## Gelijkwaardig

De tijd nemen, goed luisteren en de patiënt als gelijkwaardige gesprekspartner behandelen, kunnen mijns inziens veel problemen verduidelijken en beter oplossen. In dit geval was de 'rek' eruit bij de patiënte. Ze wilde en kon niet meer de hele dag de prothese aan en er mee lopen. We hebben gesproken over belasting en energieverdeling en ik heb haar verteld dat zij moest doen wat zijzelf wilde en aankon. Gewoon een gesprek waarbij luisteren naar elkaar voorop staat. De patiënte is zeer tevreden vertrokken. Luisteren, goed uitvragen wat de hulpvraag en wensen van de patiënt zijn, staan mijns inziens nog steeds voorop tijdens elk consult.

*'Op de vraag:  
"Wat wilt u nou zelf?",  
antwoordde ze:  
"Die vraag wordt mij  
nooit gesteld." '*

# Dubito, ergo cogito, ergo sum (ik twijfel, dus ik denk, dus ik ben)

Op mijn spreekuur zag ik een vrouw die vlot binnen kwam lopen met een ferme tred. Ze kwam niet uit de regio en had een eind moeten reizen voor het consult. Ze wist wat ze wilde, dacht ze, en vond het tijd om een probleem op te lossen. Ze was al jaren bekend met een amputatie ter hoogte van het bovenbeen. De huid die haar stomp omringde, was niet meer zo elastisch als dertig jaar geleden. Het aantrekken van de prothese gebeurde met een lange draad en in de zomer ontstonden er smetplekken door de vele plooiën in de huid. Ik zag haar samen met een chirurg en wij gaven haar het advies al de overvloedige huid weg te halen en een lange spitse haak aan het bovenbeen (botwoekering) iets in te korten. Een lang gesprek volgde en de patiënte leek akkoord te gaan met een operatie.

## **Bedenktijd**

We gaven haar desalniettemin bedenktijd. En dat was nodig! Mails met vragen gingen heen en weer. De twijfel sloeg bij haar toe. Ze vroeg om een tweede consult en opnieuw waren er vragen en onzekerheden. Ze leek nog meer te twijfelen. Uiteindelijk kwam ze na lang wikken en wegen tot een besluit. Er mocht ingegrepen worden. Inmiddels is ze geopereerd en hopelijk op weg naar een situatie met minder huidproblemen.

## **Twijfelen**

Twijfel is het niet kunnen kiezen tussen meerdere mogelijkheden. Twijfelen is goed; het maakt je scherper en kan ook het behandelteam op scherp zetten. Het is belangrijk om als patiënt, maar ook als behandelaar, je twijfel uit te spreken als je die hebt. Op die manier kom je tot een weloverwogen besluit waar iedereen achter kan staan. Bij twijfel is het goed samen alles op een rijtje te zetten. Daarom raad ik mensen altijd aan: schrijf je vragen op en neem, als het mogelijk is, iemand mee; twee horen en weten meer dan één!

*'Uiteindelijk kwam  
de patiënte na lang  
wikken en wegen  
tot een besluit'*

# Zomaar een spreekuur

Laatst deed ik een spreekuur in de orthopedische werkplaats, samen met de orthopedisch technoloog. Ik zag met hem zes nieuwe patiënten. Bij sommige patiënten was de arts-assistent aanwezig. Je zou zeggen: niets bijzonders, zes nieuwe patiënten. Allemaal al meer dan drie jaar niet geweest of patiënten die een 'second opinion' wilden. De patiënten hadden allemaal een amputatie van het been, variërend van een bovenbeenamputatie tot en met een voorvoetamputatie. De vragen varieerden. De één wilde een nieuwe prothese, de ander graag mijn mening over een eventuele stomprevisie en de derde was radeloos, omdat hij er niet meer uit kwam, met zijn prothese.

## Tassen met prothesen

Ook kwam er een patiënt met een heupexarticulatie. Bij een heupexarticulatie is het been totaal afgezet vanaf de heup/lies. Dit is een zeldzame ingreep en erg verminkend. Lopen met een heupexarticulatie vergt veel energie, 'spiergevoel' en compensatievermogen. Voor mij zat een oude patiënt in een rolstoel, hij werd begeleid door twee familieleden. Naast de rolstoel stonden twee grote tassen met daarin twee prothesen. Eén stamde uit 2004 en de andere nog van voor die tijd. De prothese uit 2004 was nauwelijks gebruikt. De patiënt die voor me zat, was ernstig dement en ook niet aanspreekbaar. Deze patiënt was door de huisarts verwezen op verzoek van de verzorgenden van de patiënt. De huisarts kende de patiënt niet goed en had de patiënt met een verwijzing naar mij toe gestuurd. Toen ik de familie na de introductie aankeek, dachten we allemaal hetzelfde...

## Leren van elkaar

Na het consult lieten de familieleden de protheses achter en belde ik met de huisarts. Ik wilde hem duidelijk maken dat deze verwijzing onzinnig was. Hij stuurde een dementerende oudere man met een heupexarticulatie. Ik vroeg hem wat hij in hemelsnaam van mij had verwacht. De huisarts had er niet bij nagedacht. Ik vind die terugkoppeling naar de verwijzer altijd erg belangrijk, of het nou een huisarts, collega revalidatiearts of chirurg is. We blijven op die manier van elkaar leren.

*'Ik vroeg de  
huisarts wat hij in  
hemelsnaam van mij  
had verwacht'*

# Komt een (top)sporter bij de dokter...

Kortgeleden werd mij de vraag gesteld of onze afdeling (top)sporters wilde gaan zien op onze spreekuren; het betrof mensen met een dwarslaesie, cerebrale parese of amputatie. Ook werd er een toelichting bij gegeven: de sporter moest snel gezien kunnen worden en er moest, indien gewenst snel een gangbeeldanalyse, CT, MRI of multi-/interdisciplinaire diagnostiek verricht kunnen worden. Als fanatiek sporter en werkzaam in een universitaire omgeving voelde ik me meteen geroepen om me hiervoor op te geven. Sport en bewegen staan bij ons op de afdeling en binnen het centrum hoog in het vaandel.

## **MRI?**

Heel kort daarna zagen we de eerste sporter. Hij kwam bij ons omdat hij elders niet de nodige aandacht kreeg. Zeven minuten was hem op het spreekuur toebedeeld en hij voelde zich niet serieus genomen. We zagen hem, analyseerden en verifieerden de hulpvraag. Een gemaakte röntgenfoto van zijn stomp leverde niets bijdragend op. Toch maar een MRI laten maken? Is dit 'spoed', ja of nee? Wat is spoed en wat is snel? Dit bezoek riep toch wat vragen bij me op. Moest ik de MRI aanvragen met spoed, of niet?

## **Medaille**

Ik keek een paar avonden later naar Studio Sport. Een bekende voetballer liep vreemd knieletsel op. Er werd verteld dat er de volgende dag al een MRI gemaakt zou worden. Bijzonder, als je weet dat de wachttijd voor de 'doorsnee-patiënt' al snel een paar weken is!

Ik moet al mijn 'reguliere' patiënten deze wachttijd melden. Als ik het echt sneller wil, dan bel ik er achteraan. Uiteindelijk heb ik toch maar 'spoed' op de aanvraag gezet. Nou maar hopen dat hij straks een medaille wint op een groot sportevenement. Dan kan ik weer een traantje wegpinken bij het spelen van het Wilhelmus. Als het evenement tenminste wordt uitgezonden.

Beslissingen nemen in de dagelijkse praktijk is niet altijd even gemakkelijk en logisch. Wel maakt het mijn vak mooi en geeft het me altijd stof tot nadenken.

*'Moest ik de MRI  
aanvragen met  
spoed, of niet?'*

## ‘Waarom ik niet?’

Ik schrijf in deze column vaak over mensen met een prothese. Maar voordat iemand een prothese krijgt moet er een amputatie plaatsvinden. En voorafgaand aan die amputatie is er meestal een beslissingsproces geweest: wel of niet amputeren?

De laatste tijd is er in de media (radio en televisie) de nodige aandacht geweest voor mensen met een Body Dysmorphic Disorder. Dat is een preoccupatie met een vermeende onvolkomenheid van het uiterlijk; veelal een stoornis in de lichaamsbeleving. Ik zie soms ook patiënten met dit verschijnsel. Dit zijn patiënten die erg veel tijd vragen in de spreekkamer. Daarnaast zie ik meer mensen die een amputatie van been of arm willen om andere veelal onduidelijke redenen, vaak ook zelfbeschadiging.

### **Pijnsyndroom**

Ik zie ze op mijn spreekuur tussen de mensen met een complex regionaal pijnsyndroom (CRPS). Al jaren zijn deze mensen voor CRPS (alleen de meest ernstige vormen) onder behandeling en worden van de ene behandelaar naar de andere gestuurd; veelal van het kastje naar de muur. Iedere behandelaar heeft weer zijn eigen visie. Dat heeft te maken met het feit dat er geen hard diagnosticum bestaat dat bewijst of men CRPS heeft of niet. Veel patiënten voldoen hier uiteindelijk niet aan, blijkt vaak na zorgvuldige anamnese en lichamelijk onderzoek.

### **Protocol**

Ik zie deze mensen met erg veel pijn en een niet functionerend been of arm (veelal obstakel genoemd) eerst alleen en later met een team bestaande uit een klinisch psycholoog, fysiotherapeut en vaatchirurg. Ik bemerkte dat we ‘minder’ moeite hadden met het advies om te amputeren dan om niet te amputeren. Daarom hebben we een uitgebreid protocol gemaakt om ons te helpen in onze beslissingen. Bij het advies niet amputeren ‘moet’ je vaak erg veel uitleggen en mensen gaan meestal ontevreden weg. Een protocol blijkt dan maar een hulpmiddel te zijn. Je kunt er niet alle beslissingen mee onderbouwen, er blijft een grijs gebied. Door iedere keer je patiënten in je team na te bespreken blijf je leren en je protocol bijstellen om daarmee je patiënten in de toekomst nog beter te kunnen adviseren.

*‘Blijven leren om in  
de toekomst beter  
te adviseren’*

# Onderzoek en onderwijs

In deze column schrijf ik over de praktijkperikelen in een academisch ziekenhuis. Deze keer wil ik het hebben over andere activiteiten die parallel aan mijn patiëntenzorg lopen.

Half maart jl. hadden wij 170 gasten in het UMCG voor de VRA na- en bijscholingscursus 'Revalidatie na beenamputatie'. Twee dagen lang gaven sprekers uit het hele land les aan met name arts-assistenten in opleiding tot revalidatiearts, specialisten ouderengeneeskunde, fysiotherapeuten en revalidatieartsen, in de vorm van hoorcolleges en workshops over indicatiestelling voor een beenamputatie en het hele proces ervoor en erna. Een zeer geslaagde cursus, waarbij ook de industrie met hun nieuwste producten prominent aanwezig was.

## WAP

Een week later zat ik bij de Werkgroep Amputatie en Prothesiologie (WAP) in Utrecht. De WAP is een geaccrediteerde werkgroep van de Nederlandse Vereniging van Revalidatie-artsen (VRA). Wij komen vijf keer per jaar bijeen om met revalidatieartsen in Nederland te spreken over de problematiek rondom amputatie en prothesiologie, met name op het gebied van casuïstiek, prothesiologie en patiëntenzorg. Maar ook spreken we met elkaar over zorgverzekeraars, protocolleringsprocessen etc.

## ISPO

Weer een paar dagen later was ik op het opleidingsinstituut voor orthopedisch technologen (orthopedisch instrument-makers) in Geel, België. Hier was een ISPO-congres. ISPO staat voor International Society for Prosthetics and Orthotics. Ook dit congres stond in het teken van beenamputatie en revalidatie. Hier waren bestuurders aanwezig van de Belgische patiëntenvereniging.

## Leren amputeren

Begin april was ik twee dagen op de snijzaal van het UMCG te vinden, waar arts-assistenten Orthopedie, Algemene Chirurgie en Revalidatie-geneeskunde gedurende twee dagen theorie kregen en daadwerkelijk amputeerden op ter beschikking gestelde lichamen. Het multidisciplinaire karakter van deze cursus, waarbij arts-assistenten van de drie verschillende opleidingen aan één tafel opereren, is hierbij zeer belangrijk. Hierbij proberen wij op kleine schaal de communicatie rond de te amputeren, maar ook geamputeerde patiënt te verbeteren. Hier was ook een spreker van KMK aanwezig. Al met al waren dit zeer stimulerende weken, naast de reguliere patiëntenzorg en mijn managementtaken.

*'Het waren  
stimulerende  
weken!'*

# Centralisatie van zorg: ook op amputatiegebied

Toen ik lang geleden in opleiding kwam, waren er al geluiden om de amputatiezorg en de vervaardiging en verstrekking van prothesen te centraliseren. Inmiddels heeft dit proces van centralisatie van zorg zich al op veel gebieden van de gezondheidszorg voltrokken; denk daarbij aan de oncologische zorg (grote operaties zoals van de slokdarm of alvleesklier) en traumazorg, maar ook op het gebied van de revalidatie van dwarslaesie en armamputatie. De voortrekker op het gebied van centralisatie van de dwarslaesies is de patiëntenvereniging DON geweest.

## Expertise

Er is voldoende bewijs dat expertise en daarbij ook goede zorg een gevolg is van 'hoge volumina' in een bepaald zorggebied. Dit moet dan wel ingekaderd zijn in een goed zorgtraject of netwerk, met goede afstemming tussen eerste, tweede en derde lijn. Ik ben er al jaren van overtuigd dat ook op het gebied van beenamputaties en prothesezorg centralisatie zou moeten plaats vinden. Niet iedere revalidatiearts (en ieder team) ziet voldoende amputatiepatiënten om de kennis te verkrijgen en te behouden voor de meest optimale zorg. Expertise is dan het sleutelwoord. Er dient een goede samenwerking en veelvuldig overleg te zijn met chirurgen. De CBO richtlijn (multidisciplinaire Richtlijn Amputatie en prothesiologie onderste extremiteit) is dan ook de basis in dit samenwerkingsverband. Daarnaast zal men innovatief moeten zijn.

## Protocol

In het veld van de armamputaties heeft het opzetten van een speciaal 'armprotheseprotocol' door de stuurgroep PPP\*, naar analogie van het toen al bestaande beenprotheseprotocol, geleid tot een afname van het aantal revalidatiecentra/ziekenhuisafdelingen waar armprothesen worden voorgeschreven. Wij moeten in de wereld van beenprothesen ook overgaan tot centralisatie voor de bestwil van de gebruikers. Wellicht ligt hier ook een rol voor de vereniging KMK. Hier en daar zal dit 'pijn' doen bij de voorschrijvers maar ik weet zeker dat de patiënt c.q gebruiker, u dus, er baat bij zal hebben.

\* PPP = Protocollering en Prijssystematiek Prothesen

*'Ook op dit  
gebied is  
centralisatie nodig'*

# Alle wijsheid in pacht?

Een heupexarticulatie is een amputatie door het heup-gewricht heen. Een hemipelvectomy is een amputatie waarbij ook nog een deel van het bekken wordt meegenomen. U begrijp het al: zeer grote ingrepen die gelukkig niet vaak worden uitgevoerd. De schatting is ongeveer 1% van alle amputaties aan het been en meestal in geval van een kwaadaardig proces of een groot ongeval.

## Ervaring is nodig

Deze ingrepen komen dus relatief weinig voor en daarom heeft in het verleden de WAP (werkgroep amputatie en prothesiologie) in haar behandelkader opgenomen dat bij de behandeling van deze patiënten er voldoende ervaring aanwezig moet zijn in het behandelteam voor bijvoorbeeld zitproblemen. Daarnaast moeten er meerdere orthopedisch instrumentmakers ingeschakeld kunnen worden zodat er een waarborging is voor ervaring in complexe prothesiologie. Nauwe contacten met een chirurg/traumatoloog/oncoloog zijn aanbevolen.

*'Je blijft leren!'*

## Weinig patiënten

Ik zie met regelmaat mensen met een dergelijke amputatie. De vraagstelling is dan meestal prothesetechnisch van aard, maar ook krijg ik regelmatig vragen als: 'Hoe lang kan ik blijven lopen?' en 'Zal ik wel blijven lopen?' In de praktijk blijkt namelijk dat de loopfunctie bij deze groep patiënten afwezig of zeer beperkt is. Specifieke kennis is dus zoals beschreven terecht nodig. Jaren geleden heb ik eens met een revalidatiearts in opleiding een artikel geschreven voor een internationaal tijdschrift (2008). Na een lange speurtocht door Nederland vonden we slechts zesenzeventig patiënten. Een kleine groep dus. Centralisatie van zorg en expertise van deze groep is dus echt nodig en dan nog bestaat er in Nederland over deze patiënten relatief weinig kennis. In deze leer ik nog veel van patiënten die hun zorg uit het buitenland halen. Je blijft leren...

# Voorkomen is beter dan...

Ik werk in een academisch ziekenhuis waarin veel overlegd wordt, waardoor je hoopt dat alles loopt zoals afgesproken. Regelmatig gaat dit toch verkeerd en denken (para)medische professionals van elkaar dat de ander de klus zal klaren. Dit geldt ook voor de zorg rondom amputatiepatiënten. Er is een landelijke richtlijn betreffende de zorg voor, tijdens en na een amputatie, maar of die altijd gevolgd wordt?

## Nieuw zorgtraject

Door onderlinge afspraken te borgen, verwachten we de zorg rondom amputatiepatiënten te verbeteren. Om deze reden heb ik in ons ziekenhuis meer dan vijftientig professionals en patiënten/lotgenoten uitgenodigd om mee te denken over de opzet van een zogenaamd zorgtraject rondom amputatiepatiënten: van indicatiestelling tot ontslag uit de revalidatiezorg. Een zorgtraject is afdelingsoverstijgend; meerdere medische disciplines zijn erbij betrokken. Het doel van een zorgtraject is de zorg voor de patiënt nog beter maken door meer inzicht in het zorgproces te geven. Wat gaat er goed en waar kan het beter? Waar liggen risico's en hoe gaat de overgang van de ene processtap naar de volgende?

## Startdocument

Iedereen kwam opdagen: verpleegkundigen, fysiotherapeuten, artsen (chirurgen, anesthesiologen, revalidatieartsen) en vanuit het revalidatiecentrum het gehele team en twee ex-patiënten. Er is een startdocument opgesteld met visie, doelstellingen en evaluatiemomenten. Alle beschikbare documenten en protocollen worden gekoppeld en voor een ieder inzichtelijk gemaakt. Er worden prestatie-indicatoren bepaald en er zal een risico-inventarisatie worden uitgevoerd. Door onderlinge afspraken te borgen, verwachten we de zorg rondom amputatiepatiënten te verbeteren. In juni 2016 moet het klaar zijn. Hopelijk kan het voor andere ziekenhuizen en revalidatiecentra en vooral voor aanstaande lotgenoten meerwaarde hebben. Ik houd u op de hoogte!

*'Door onderlinge  
afspraken te  
borgen, verwachten  
we de zorg rondom  
amputatiepatiënten  
te verbeteren'*

# Academisch werken

Het werken in een academisch ziekenhuis vraagt, naast aandacht voor patiënten, ook aandacht en tijd van de revalidatiearts voor onderwijs, opleiding en onderzoek.

## Onderwijs

Onderwijs wordt bijvoorbeeld gegeven aan studenten geneeskunde, bewegingswetenschappen en fysiotherapie. Als het gaat om opleiden, moet u denken aan het opleiden van revalidatieartsen en andere specialisten. En als het gaat om onderzoek, dan is het schrijven van artikelen daarover en het houden van voordrachten in binnen- en buitenland ook een taak van de revalidatiearts.

## Nieuwe uitgave

Momenteel ben ik samen met professor Hans Rietman -verbonden aan de Technische universiteit Twente- bezig met het schrijven van een nieuw boek, getiteld: 'Revalidatie na beenamputatie'. In 2002 en 2008 hebben wij het boek 'Amputatie en prothesiologie van de onderste extremiteit' geschreven. Nu werd het tijd voor een nieuwe uitgave. Bijna vijftig auteurs uit alle delen van Nederland werken hieraan mee. We hebben er twee jaar voor uitgetrokken en wij gaan ervanuit dat het in oktober 2017 in de boekhandel ligt. We hopen hiermee de 'state of the art' op het gebied van amputatiechirurgie tot en met revalidatie (met en zonder prothese) te beschrijven, wetende dat op de dag van verschijning van het boek wellicht sommige delen alweer verouderd kunnen zijn.

## Spannend

Er zal in dit boek meer aandacht zijn voor de cognitieproblematiek, die mogelijk het revalidatieproces kan beïnvloeden van met name vaatpatiënten die geamputeerd gaan worden. Een groot hoofdstuk over prothesiologie wordt geschreven door prothesemakers uit het veld in samenwerking met mensen uit de industrie. Al met al een spannende aangelegenheid die veel (privé)tijd vraagt van alle auteurs. We proberen hiermee ook het hele zorgproces rondom de amputatie te verbeteren. Daarnaast zal er natuurlijk aandacht zijn voor de rol van de vereniging KorterMaarKrachtig in dit proces!

*'We proberen  
hiermee ook het  
hele zorgproces  
rondom de  
amputatie te  
verbeteren'*

# Kennis is macht

Begin juni reisde ik af naar Greensboro, North Carolina (USA), om daar het congres van de 'Amputee Coalition' (de Amerikaanse zusterorganisatie van KMK) bij te wonen. Het was hun dertigste verjaardag; er werd daarom flink uitgepakt met een driedaags congres. Er waren circa duizend deelnemers aanwezig. Wat me het meest opviel was dat iedereen enthousiast was, lachte en 'ervoor leek te gaan'. Heel veel voordrachten waren voor en door geamputeerde mensen. Zo werden er psychosociale aspecten en behandelaspecten besproken, maar kwamen ook loopklinieken en zwemklinieken aan bod. Ook het belang van een goed geïnformeerde patiënt stond redelijk centraal.

## Korte broeken

Opvallend was dat iedereen zijn of haar prothese showde. Ik kan me bijna niet herinneren dat iemand een lange broek droeg. Nu was het ook warm, maar de airco in zo'n congrescentrum zorgt toch voor de nodige frisheid. Ik zag op dit vlak toch een duidelijk verschil met de Nederlandse prothesedragers, die zijn prothese het liefst verstopt onder zijn of haar kleding.

## Eyeopener

Ik vond het een zeer goed georganiseerd congres. Voor mij als voorschrijver was het een congres dat op vele manieren mijn ogen opende. Opvallend vond ik het dat uit gesprekken bleek dat een teambehandeling nauwelijks bestond in Amerika. Men ging direct vanuit de fysiotherapeut naar een prothesemaker om dan vervolgens (weken later) een dokter te bezoeken, enzovoort. Daarbij was er totaal geen communicatie tussen deze 'caregivers'. In Nederland mag het dan soms niet allemaal goed lopen, maar als je in de USA geen geld hebt of geen funding, dan is het na een amputatie allemaal erg karig geregeld!

## Kennis

Het devies van vele deelnemers was: 'knowledge is power'. Iedereen was op zoek naar kennis, en vooral naar nieuwe kennis. Ik vind dit congres voor iedere 'caregiver', professional, maar ook mensen met een amputatie, een ware eyeopener en ik wil zo'n congres bij u allen aanbevelen.

*'Iedereen was op  
zoek naar kennis'*

# Paralympische spelen Rio 2016

Van 7 t/m 18 september 2016 werden in het Braziliaanse Rio de Janeiro de Paralympische Spelen gehouden. Ik mocht daar enkele dagen bij aanwezig zijn. Met een afdelingsdelegatie van het UMCG vertrok ik naar de bijzondere stad Rio de Janeiro. Daar mochten wij enkele rolstoelbasketbalwedstrijden en rugbywedstrijden bijwonen, maar vooral een aantal atletiekwedstrijden. De wedstrijden vonden plaats in de sportcomplexen waar ook de Olympische Spelen gehouden werden. Het was één groot feest!

## Medailles

Nederlanders wonnen op alle vlakken medailles. Wij waren onder andere aanwezig bij het winnen van de gouden medaille door Marlou van Rhijn (atletiek), de bronzen medaille van Kenny van Weeghel (atletiek) en de zilveren medaille van Ronald Hertog (verspringen). Nederland bleek uiteindelijk het allersterkste kleine land in Rio te zijn, met een totaal van 62 medailles.

## Supporters

Wat was het een prachtig spektakel! Dit had vooral ook te maken met het grote enthousiasme van de Braziliaanse supporters. De sluitingsceremonie, waarbij een grote Nederlandse equipe aanwezig was, was een feest dat je kunt vergelijken met het optreden van De Toppers in de Arena. Er was vuurwerk, er waren lichtshows, bijzondere zangers en zangeressen. Niets was teveel.

## Tokio

Terugkijkend kan ik zeggen dat het hele evenement voor mij een grote inspiratiebron was. Ik heb heel veel topprestaties kunnen aanschouwen. Ik hoop dat het thema sporten en bewegen, dat nu in veel revalidatiecentra een speerpunt is, een aanzet zal zijn tot nog betere prestaties in Tokio 2020. Ook daar hoop ik weer aanwezig te zijn.

*'Het hele evenement  
was voor mij een ware  
inspiratiebron'*

# Te dik!?

Het lijkt alsof ik de laatste tijd meer dikkere mensen met een amputatie zie. Nu schrijf ik dit net na de feestdagen en ik ben zelf ook aangekomen. Ieder mens houdt wel van lekker eten maar in mijn ogen neemt overgewicht de laatste tijd erg toe, niet alleen bij valide mensen maar ook bij mensen met een amputatie. Bij mensen met een amputatie speelt meestal het geringere activiteitenpatroon ook een rol. Ieder pondje gaat immers door het mondje en als je daarnaast niet de mogelijkheid hebt veel fysieke activiteiten te verrichten, kost afvallen veel moeite. Hierdoor kun je gemakkelijk in een negatieve spiraal raken. Overgewicht (obesitas) gaat vaak samen met diabetes en vaatziekten, de meest voorkomende oorzaken voor een amputatie.

## Overgewicht

Met de BMI (Body Mass Index) kun je bepalen of iemand te dik is. In Nederland had in 2015 43% van de mensen een overgewicht (CBS). Twaalf procent heeft een ernstig overgewicht. De BMI bepaal je bij een persoon met een amputatie net iets anders. Bij de grotere fabrikanten van beenprothesen worden dan ook de laatste jaren meer onderdelen gemaakt die een groter gewicht moeten kunnen dragen. Uit net gepubliceerd onderzoek blijkt echter dat obesitas geen barrière mag zijn om een prothese verstrekt te krijgen en een revalidatie-training te ondergaan.

## Gedachtenspinsel

Wij gaan met enkele protheseverstrekkers kijken of er inderdaad veel (te) dikke mensen zijn met een prothese. Daarnaast willen we de kip-eikwestie onderzoeken. U zult mogelijk naar gegevens gevraagd worden als u uw instrumentmaker gaat bezoeken. We zullen moeten zien of de juiste prothese-onderdelen passen bij het juiste gewicht! Maar misschien blijkt uit het onderzoek wel dat we geen probleem in Nederland hebben en dat het allemaal maar een gedachtenspinsel van mij is, zo net na de feestdagen. Laten we het laatste maar hopen.

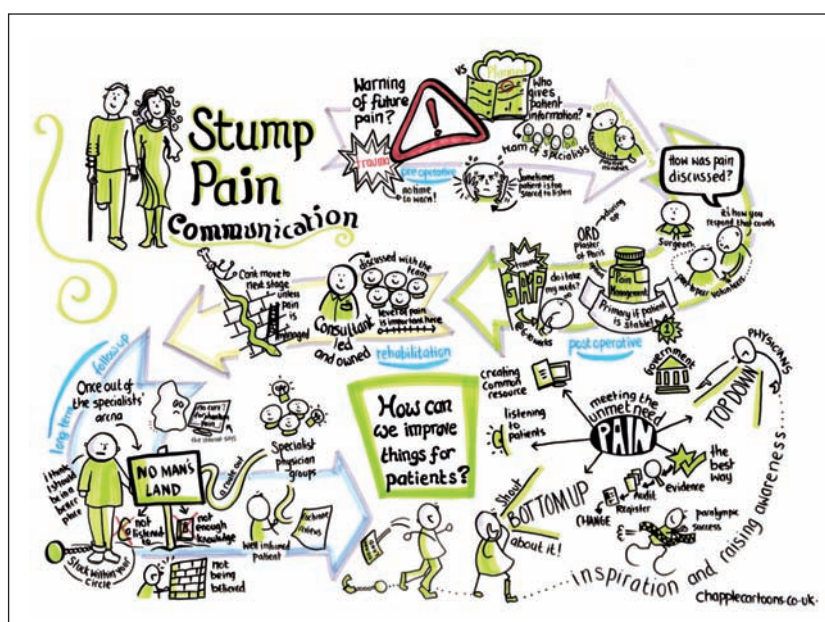
*'We zullen moeten  
zien of de juiste  
protheseonderdelen  
passen bij het juiste  
gewicht!'*

# Het gras aan de overkant...

Medio maart woonde ik een tweedaags 'patiënt-summit-meeting' bij. Groepen patiënten en hulpverleners vanuit de hele wereld waren hiervoor uitgenodigd. Het doel van de bijeenkomst was om patiënten, hulpverleners en onderzoekers bij elkaar te brengen om te bespreken wat voor onderzoek er nodig zou zijn om 'pijn' te kunnen verlichten. Pijn was namelijk het centrale thema voor de patiëntengroepen die met elkaar van gedachten wisselden.

## Stomppijn

In mijn groep werd gesproken over stomppijn. Er werden workshops gegeven waarin alle aspecten van pijn werden besproken, zoals oorzaak, soort, frequentie en therapie (zie figuratief weergegeven in bijgaande foto). Daarnaast waren er ook gezamenlijke bijeenkomsten waarin lotgenoten hun verhaal vertelden en sprekers vertelden hoe ze een groter bewustzijn van deze problematiek bij onder andere politici wilden bereiken.



## Koesteren

Verder waren er lezingen over de betrokkenheid van patiënten bij wetenschappelijk onderzoek en over het opzetten van een goed functionerende patiëntenvereniging. Wat mij opviel was de slechte organisatie van zorg in de ons omringende landen. Dat maakte me ook weer bewust van het feit dat het hier in ons land eigenlijk allemaal best wel goed georganiseerd is. De meeste mensen die ik sprak vertelden dat ze na de amputatie en het ontslag uit het ziekenhuis hun eigen weg moesten vinden in 'protheseland' en dat er in veel gevallen geen revalidatieartsen waren die hen samen met prothesemakers, fysiotherapeuten en andere teamleden bijstonden en behandelden. De teambenadering is in veel landen nog altijd een luxe. Het gras is dus niet altijd groener aan de overkant; laten we daarom ook eens koesteren wat we hebben.

*'Wat mij opviel was de slechte organisatie van zorg in de ons omringende landen'*

# Centralisatie van zorg

Er komt binnen de geneeskunde steeds meer bewijs dat centralisatie van zorg het beste is voor elke patiënt, ongeacht zijn aandoening. Om expertise op te bouwen is het belangrijk dat behandelteams veel dezelfde (para)medische handelingen uitvoeren. De hoeveelheid behandelingen per aandoening per jaar is dan altijd een punt van discussie.

## Behandelkader

In de Werkgroep Amputatie en Prothesiologie van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen is het afgelopen jaar daarvoor een nieuw behandelkader geschreven. Dit behandelkader bevat een set van eisen waaraan behandelcentra en behandelaars in de toekomst moeten voldoen om bijvoorbeeld nog een patiënt met een bovenbeenamputatie te mogen behandelen. Kennis en kunde worden dan samengevoegd ten dienste van de patiënt. In het late najaar zal dit behandelkader hopelijk worden vastgesteld.

## Bologna

In het verlengde hiervan zijn revalidatieartsen van de samenwerkende universitaire centra, te weten Rijndam Rotterdam, De Hoogstraat Utrecht en het Centrum voor Revalidatie UMCG, naar Bologna vertrokken om daar het grootste centrum voor mensen met een been- en/of armamputatie te bezoeken. Bijna 7000 mensen worden daar op jaarbasis gezien. Ik heb zelden zo'n grote orthopedische werkplaats gezien. Patiënten worden daar pas een half jaar na amputatie voorzien van een prothese. Soms heeft de patiënt een tijdelijke prothese in een lokaal ziekenhuis gekregen of is er een tijdelijke prothese verstrekt door een lokale orthopedische instrumentmakerij.

## Gemengde gevoelens

De volgende zaken vielen ons op tijdens ons bezoek: ten eerste het grote aantal patiënten dat centraal behandeld werd; daarnaast de meest moderne prothesen; veel kennis en oude gebouwen. Over de voorschriften hadden we de nodige vraagtekens. Waren deze financieel gedreven? Met gemengde gevoelens zijn we naar huis gegaan. Italië is wel erg groot voor één centrum. In Nederland moeten we centralisatie van behandelingen doorvoeren, maar dit zeker niet beperken tot één centrum! In ons voorstel zullen er meerdere centra zijn, gebaseerd op competenties en ervaring van de behandelteams.

*'Kennis en kunde  
worden samengevoegd  
ten dienste van de  
patiënt'*

# Osseointegratie niet zaligmakend

In dit blad, maar ook via de social media wordt de laatste tijd veel aandacht besteed aan een oude Zweedse techniek, ontwikkeld al meer dan 30 jaar geleden, voortkomend uit de tandheelkunde: de osseointegratie. In Nijmegen en in Leiden wordt deze techniek sinds enkele jaren uitgevoerd. Rotterdam is dit najaar ook gestart en wij starten volgend voorjaar in Groningen.

## Niet voor iedereen

Met de osseointegratie wordt de prothesekoker en de suspensie (bijvoorbeeld de liner) 'overgeslagen'. De prothese wordt direct aan het lichaam bevestigd. Er zijn veel voordelen. Daarover kunt u in deze uitgave lezen. Toch zal deze techniek, zoals het zich nu laat aanzien, voorlopig voor een groot deel van de mensen met een amputatie niet goed toepasbaar zijn. Mensen met een slechte vasculaire status of mensen met diabetes mellitus en rokers zijn niet geschikt voor deze techniek, vanwege de permanente huidopening en daardoor de toegankelijkheid voor bacteriën.

## Onderzoek

Uit een Canadees onderzoek (2017) bleek dat de wetenschappelijke studies betreffende deze techniek allemaal van mindere kwaliteit zijn en dat er nog veel werk moet gebeuren, zowel wat betreft patiëntselectie, operatie- en revalidatieprotocollen. Daarnaast moet er meer aandacht komen voor de kostenaspecten op de terreinen van chirurgie, revalidatie en prothese. Het is mooi dat het team uit Nijmegen op deze terreinen haar steentje bijdraagt met publicaties. Wij zullen dat hopelijk straks ook gaan doen. Op dit moment heeft nog 95% van de bovenbeen-geamputeerden een 'normale' kokerprothese. Er zal een verschuiving gaan optreden in aantallen en dus percentages, maar een inschatting hiervan is nog lastig. Ik hoop met u mee dat deze verschuiving groot zal worden en dat uiteindelijk veel geamputeerden van deze techniek gebruik kunnen gaan maken met goed resultaat en een betere kwaliteit van leven.

*'Op dit moment heeft nog 95% van de bovenbeen-geamputeerden een "normale" kokerprothese'*

# Revalidatie na een beenamputatie

Eindelijk, het boek is klaar! Twee jaar hebben professor Hans Rietman en ik aan het boek 'Revalidatie na een beenamputatie' gewerkt en met ons vijftig andere auteurs. In 2002 en 2008 hadden we dit al eens eerder gedaan, maar dit is een bijna geheel vernieuwde uitgave. Het blijft iedere keer een heel karwei; hoe houd je vijftig auteurs aan deadlines en aan de opdracht om figuren op een juiste manier aan te leveren? Hoe geef je literatuurverwijzingen aan? En hoe krijg je je mede-auteurs ertoe dit geheel belangeloos te doen? Een goede secretaresse is dan goud waard. Professor Rietman en ik hebben al meerdere boeken samen geredigeerd en iedere keer zeggen we: 'Dit doen we nooit meer!' Toch is het een mooi moment als het boek thuis op de mat valt en je echt even trots kunt zijn. Dit gebeurde in de eerste week van januari.

## Reis

In het boek komt het gehele revalidatieproces van de persoon met een amputatie aan de orde. Daarnaast beschrijven we de geschiedenis, de moderne ontwikkelingen - zoals bijvoorbeeld osseointegratie -, de prothesiologie en we nemen een kijkje in de toekomst. Natuurlijk wordt er ook aandacht besteed aan de epidemiologie. Ook informatie over de chirurgische aspecten van een amputatie en een hoofdstuk over prothesiologie ontbreken niet. Er is in het boek een betere balans bereikt in de vele aspecten die bij het revalidatieproces aan de orde komen. De lezer wordt als het ware meegenomen op een reis door het revalidatielandschap van de persoon met een beenamputatie. Die reis is synoniem voor het revalidatieproces. Een goede voorbereiding en de inzet gedurende de reis van de persoon met een amputatie en het revalidatieteam bepalen het eindresultaat dat behaald kan worden. Dit geldt voor de persoon die een amputatie heeft ondergaan maar ook voor de lezer van ons boek (de behandelaar, maar ook wellicht u) die vaak een belangrijke rol speelt in het revalidatietraject.

We zijn trots op het boek dat er ligt. En dan denk je na enige tijd: toch maar weer werken aan een volgend boek?

*'Het blijft elke keer  
weer een heel  
karwei. Hoe houd  
je vijftig auteurs  
aan deadlines'*

# Shared decision making

Onlangs vond op het Universitair Medisch Centrum Groningen de tweedaagse na- en bijscholingscursus 'Revalidatie na een beenamputatie' plaats, een verplichte cursus voor artsen in opleiding tot revalidatiearts. In totaal waren er 180 deelnemers die meerdere lezingen en workshops konden volgen.

## Samen besluiten

Ik gaf samen met dr. Voesten, vaatchirurg in Drachten, een workshop getiteld: To amputate or not: shared decision making. Ofwel: in hoeverre is en kan er een gezamenlijk besluit komen tot amputatie (tussen chirurg en patiënt; tussen revalidatiearts en patiënt; tussen chirurg en revalidatiearts en tussen team en patiënt)? De discussie vond plaats aan de hand van een casus uit de praktijk van dr. Voesten.

We gaven deze workshop zes keer en elke keer leverde dat verschillende discussies op. Ik geef hierna graag een opsomming van de belangrijkste onderwerpen van discussie:

## Discussie

- ▶ Er is ongelijkheid in kennis, kan men dan wel spreken over 'shared decision making?'
- ▶ Er is meestal te weinig tijd voor de operatie om hier lang bij te kunnenilstaan
- ▶ Wil elke patiënt dit wel?
- ▶ Heeft de chirurg zelf al niet een beslissing genomen?
- ▶ Kan een patiënt dit wel aan?
- ▶ Sommige situaties laten dit niet toe, bijvoorbeeld bij een delier bij vaatpatiënten
- ▶ Kan de patiënt het wel begrijpen?
- ▶ Wil de patiënt wel een amputatie?
- ▶ Moet niet palliatie (afzien van ingrijpen) worden overwogen? Ruim 10% van de patiënten overlijdt binnen een week na de amputatie. Is het de ethische plicht van de chirurg de patiënt hierover te informeren?

## Van mens tot mens

Het waren allemaal inhoudelijk goede discussies. Na een dag lang discussiëren trokken we de conclusie dat shared decision making mogelijk is op mens-mens niveau. Een delirium kan een versturende factor zijn. Neem dan de tijd om het delier te verminderen zodat wel op een goede wijze tot overeenstemming gekomen kan worden: van mens tot mens. Dit komt de arts-patiëntrelatie altijd ten goede.

*'We gaven deze  
workshop zes keer  
en alle keren  
leverden verschillende  
discussies op'*

# De Handbikebattle

Sinds een aantal jaren wordt in Oostenrijk de Handbikebattle georganiseerd. In de tweede week van juni maken de deelnemers in het Kaunertal een tocht van 21 kilometer met een stijgingspercentage van 12%! De route loopt door een mooi natuurgebied, langs een stuwmeer en eindigt bij een erg mooie gletsjer. Het is vooral een uitdaging voor de deelnemers zelf. Zij trainen hier negen maanden voor.

## Trainen

Ook dit jaar was de battle weer een enorme happening! Een week voor de start kwamen de deelnemers samen in een groot hotel en op een camping. In de dagen daarna werden de handbikes afgesteld en werd er hard getraind, veel gerust, veel gepraat en vooral veel gelachen. In de loop van de week nam de spanning toe, totdat op donderdag de echte battle begon.

## Bikkels

Ik mocht een deel van de tocht met de deelnemers meefietsen en kwam mezelf flink tegen toen ik op mijn eigen tempo wilde fietsen. De snelste deelnemer deed er anderhalf uur over en de laatste kwam na zeven uur over de finish. De 'bikerbikkels' werden door het aanwezige publiek en de andere deelnemers letterlijk over de finish geschreeuwd. Het was een groot emotioneel feest waar veel tranen van trots vloeiden en veel gelachen werd. In totaal kwamen er ruim 300 mensen boven aan de finish, waarvan 130 deelnemers in een handbike. (De prachtige foto's staan op de website van de battle: [www.handbikebattle.nl](http://www.handbikebattle.nl)).

## Respect

Ik heb diep respect voor de deelnemers en was erg blij dat ik erbij kon zijn. Er namen dit jaar echter heel weinig deelnemers met een amputatie deel. Daarom wil ik de lezers van 'Kort&Krachtig!' uitdagen om ook een keer mee te doen met de Handbikebattle. Let wel, het aantal deelnemers is beperkt. Neem contact op met uw eigen revalidatiecentrum voor trainingen en deelname. Ik wens u nu al een sportieve en uitdagende race toe!

*'De bikerbikkels  
werden letterlijk  
de finish over  
geschreeuwd'*

# Goed luisteren

Soms heb ik spreekuren met alleen maar moeilijke vragen van oprechte patiënten die echt een probleem hebben. Laatst had ik een spreekuur waarbij twee patiënten hun osseointegratiemateriaal verwijderd wilden hebben; één patiënt voelde zich niet gehoord door zijn revalidatiearts. Twee patiënten voelden zich niet gehoord door de orthopedisch instrumentmaker. Geen regulier spreekuur zou je zeggen. In alle gevallen bleek er sprake van communicatieproblemen en dan met name van slecht hoor en wederhoor. Goed naar elkaar luisteren en de juiste vragen stellen is een vak apart.

## Goede vragen

Daarom wil ik u wijzen op de website [www.3goedevragen.nl](http://www.3goedevragen.nl), een initiatief van de Patiëntenfederatie Nederland en de Federatie Medisch Specialisten. Op deze site wordt uitgelegd hoe u een goed gesprek met uw dokter kunt voeren aan de hand van de zogenaamde drie goede vragen. Deze drie vragen zijn; wat zijn mijn mogelijkheden; wat zijn de voordelen en nadelen van die mogelijkheden en wat betekent dat in mijn situatie?

## Aangeven

Andere tips voor uw gesprek met de dokter zijn: geef het vooral aan als u iets niet helemaal begrijpt; geef het aan als u ergens over twijfelt; neem uw vragen mee op papier en schrijf de antwoorden erop. U kunt dan thuis de antwoorden nog eens nalezen. U kunt ook vragen of u het gesprek met de arts of orthopedisch instrumentmaker mag opnemen. Op deze wijze voorkomen we hopelijk dat de patiënt van dokter naar dokter gestuurd wordt, terwijl het probleem eigenlijk 'voor het oprapen' ligt. Voor de arts of instrumentmaker zou het lezen van het boek: 'Dansen met de dokter' van Paul Brand een suggestie zijn. Goed luisteren blijkt dan ook weer het toverwoord te zijn. Ik wens u allen een goede voorbereiding van uw gesprek op het spreekuur toe.

*'Op deze wijze  
voorkomen we dat  
de patiënt van  
dokter naar dokter  
wordt gestuurd'*

# Amputatie-Expertiseteam

Samen met de afdelingen orthopedie, (vaat-)chirurgie en revalidatie-geneeskunde van het Universitair Medisch Centrum Groningen en de afdeling (vaat-)chirurgie van ziekenhuis Nij Smellinghe hebben we dit jaar al enkele mensen gezien met een vraag om amputatie dan wel revisie van de stomp. Mensen worden op verwijzing door ons gezien.

## Teamleden

Wie zijn wij? We zijn een team bestaand uit verschillende chirurgen, een revalidatiearts, fysiotherapeut, psycholoog, zo nodig een prothesemaker en een ethicus. De verwijzingen komen uit heel het land. Ik heb hier al eens eerder een stukje over geschreven in 'Kort&Krachtig!'.

We menen hierdoor een vraagbaak te hebben gecreëerd waaraan echt veel behoefte was, gezien de aanmeldingen die zowel via Nij Smellinghe als via het UMCG binnenkomen.

## Informatie

Mensen met jarenlange stompproblemen helpen we, maar ook mensen die echt op goede gronden van hun been (of deel daarvan) af willen. We hebben voordat mensen met deze verzoeken bij ons komen heel veel informatie nodig; we roepen mensen pas op als alle correspondentie en diagnostiek binnen is. Ik zal in mijn volgende column meer over dit spreekuur vertellen en ik zal ook iemand vragen hierover te schrijven.

## KMK

Daarnaast was ik laatst op de ALV van KMK. Ik maakte me als actief lid veel zorgen over het voortbestaan. Ik mocht gelukkig vaststellen dat de vereniging een groot zelfreinigend vermogen had en het juiste pad weer gevonden heeft, waarvoor mijn felicitaties.

*'De vereniging  
heeft gelukkig  
een groot  
zelfreinigend  
vermogen'*

# Even mopperen

Soms weet ik het niet meer. Soms zie ik door de bomen het bos niet meer. Ik lees over werkdruk-, - lees registratiedrukvermindering- en dan denk ik: ja, fijn! Maar niets is minder waar: voor je het weet ligt er weer een regel op je deurmat. Iedereen praat erover en is er druk mee, maar iets veranderen!? Er verdwijnt niets en er komt veel bij. En terwijl ik dit schrijf, denk ik: WAAROM??

## Waarom?

Waarom weer registreren? Waarom weer een richtlijn? Waarom weer een artikel? Waarom weer een zorgtraject? Waarom weer een zorgvraag? Waarom weer een folder? Waarom weer een protocol? Waarom weer een boek? Waarom weer een behandelmodule? Waarom weer een behandel-kader? Waarom weer een extra cursus? Waarom weer een herzieningstraject? Waarom centraliseren? Waarom automatiseren? Waarom digitaliseren? Waarom behandelkader aanpassen als behandelmodules stoppen?

## Te oud?

Ik zie steeds meer artsen in jaargesprekken aangeven dat ze er klaar mee zijn. Ben ik daarom arts geworden? Ik ben heel benieuwd wanneer we gaan stoppen met het registreren en weer meer tijd hebben voor het gesprek met de patiënt in de spreekkamer, zodat het vak weer leuker wordt.

*‘Ben ik daarom  
arts geworden?’*



Maar misschien ben ik wel te oud of word ik een brombeer à la Statler en Waldorf, u kent ze vast, die oude mopperkanten op het balkon in the Muppets...en vraag ik me af...

Waarom weer een column?

# Snijzaal

Kortgeleden vond de tiende 'snijzaal-cursus' in het UMCG plaats. Tijdens deze jaarlijkse tweedaagse cursus komen vier artsen in opleiding tot chirurg, vier artsen in opleiding tot orthopedisch chirurg en vier artsen in opleiding tot revalidatiearts bijeen. Dit is een zeer succesvolle cursus waarbij een afwisselend programma wordt aangeboden van theorie, ethiek en 'opereren'. Tijdens het samen opereren (aan iedere tafel staat een assistent chirurgie, orthopedie en revalidatiegeneeskunde) wordt er geoefend; van teenamputatie tot bovenbeenamputatie. Voor- en nadelen van technieken worden besproken.

## Workshop

Tijdens de cursus werd ook een workshop aangeboden, waarin drie mensen aanwezig waren (met een bovenbeenamputatie, onderbeenamputatie en een persoon met een knie-exarticulatie) om vragen te beantwoorden. Hier ontstond een boeiende interactie. Een anesthesioloog sprak over de pijnbehandeling voor en na de operatie. De orthopedisch instrumentmaker en schoenmaker kregen voornamelijk vanuit de snijdende specialisten een spervuur aan vragen te beantwoorden. De chirurgen in opleiding zagen en voelden allerlei soorten prothesen en schoenen die ze eigenlijk nooit zien; controles vinden na de amputatie praktisch altijd plaats bij de revalidatiearts.

## Parel

Deze cursus wordt een van de parels van de opleiding genoemd. De focus in de cursus ligt op het leren: hoe en waarom te amputeren? Maar ook op het multidisciplinair samenwerken, het naar elkaar luisteren en het leren voeren van waarderende dialogen. Na deze dagen hebben de verschillende specialisten in opleiding meer waardering voor elkaar gekregen en kennis opgedaan voor deze voor u belangrijke operatie. Als docent hoop ik dat een en ander beklijft en dat toekomstige patiënten nog beter begrepen, begeleid en geopereerd worden.

*'De chirurgen in  
opleiding zagen en  
voelden allerlei  
soorten prothesen  
en schoenen die  
ze eigenlijk nooit  
zien'*

# Geraakt

Ik heb steeds meer spreekuren waarbij patiënten uit het hele land komen met complexe stompproblematiek met de vraagstelling: ‘Moet ik opnieuw geopereerd worden, of ‘Help!’, moet de prothese worden aangepast?’ Daarnaast zie ik ook steeds meer patiënten die nog een amputatie moeten of willen ondergaan.

## Echtpaar

Laatst was ik erg geraakt door een echtpaar dat bij mij op de polikliniek revalidatiegeneeskunde verscheen. De man had al vier jaar kanker en een tumor in het been die weer actief begon te groeien. Daarnaast had hij uitzaaiingen door zijn hele lichaam. Eigenlijk wilde hij niet meer geamputeerd worden. Zij, zijn partner, zat er bij en sprak niet veel. Op een gegeven moment vroeg ik ‘Wilt u eigenlijk wel of niet geamputeerd worden? En wat vindt uw vrouw hiervan?’ Hij wist wat hij wilde. Hij wilde eigenlijk niets meer en zij zei niet veel. Ik vroeg hem of hij geen hoop wilde hebben, ook vanwege zijn kinderen. Hij zei dat hij geen hoop meer had. Zij zei niets. In het uur durende consultgesprek ontspan zich de discussie over het belang van met elkaar in gesprek gaan.

## Kiezen

In dit geval zat er een echtpaar tegenover mij, dat veel liefde naar elkaar uitstraalde, maar het gesprek niet meer aanging: het gesprek over dood (willen) gaan, dan wel hoop willen hebben, het gesprek van wederom een operatie, chemotherapie, etc. versus zeker doodgaan. Het gesprek trof mij en raakt mij, merk ik, een week na dit consult nog steeds. Ik heb vaker in mijn columns geschreven dat het goede gesprek eigenlijk de basis is om tot een goed behandelplan te komen, maar ook om thuis in vrede en harmonie essentiële beslissingen te kunnen nemen over het behandelproces. Het ging hier om een belangrijke beslissing: om de keuze om dood te gaan of om te kiezen voor hoop en het leven.

## Begeleiding

Ik heb het echtpaar geadviseerd om gesprekken te gaan voeren onder begeleiding van een zorgprofessional dan wel iemand die hen na staat. Ik heb het consult afgesloten met de uitspraak dat ik hen een goed gesprek c.q. meerdere gesprekken toewens. Al met al was het een ontroerend gesprek, hetgeen ik eigenlijk zelden heb en waarvoor ik veel tijd heb genomen. Het was een zinvol gesprek, het heeft mij geraakt.

*‘Het gesprek trof  
mij en raakt mij,  
merk ik, een week  
na dit consult  
nog steeds’*

## Kort & Fit

Kort & Fit is de naam van de nieuwe app die door medewerkers van het UMCG Centrum voor Revalidatie, Rijndam Revalidatie, de Hoogstraat en OIM in samenwerking met uw vereniging KMK is gemaakt. In januari 2020 werd ik door Synapzz (bouwer van de app) blij verrast met een mooie taart met het icoon van de app erop (zie foto).



*‘Hopelijk helpt de app bij het nemen van meer zelfregie’*

### Regels

Ik heb over deze app ook al eens in december 2018 geschreven in dit blad. Toen schreef ik nog dat de app in het voorjaar van 2019 klaar zou zijn, echter wettelijke verordeningen van de EU hebben ervoor gezorgd dat de lancering met een jaar uitgesteld moest worden. De wettelijke verordeningen en de daaruit voortkomende regels waaraan de app moet voldoen zijn veiligheidsprocedures. Is de app wel veilig, kunnen er data lekken van gebruikers, is het geen medisch hulpmiddel? Inmiddels ligt Ode app al bij het derde advocatenbureau. Het is spannend...

### Presentatie

We hopen dat we de app in het voorjaar van 2020 kunnen lanceren. Inmiddels heb ik de app al gepresenteerd bij de bestuurders van Revalidatie Nederland. Dit is het overkoepelend orgaan voor de Nederlandse revalidatiecentra en revalidatieafdelingen van ziekenhuizen. Men is enthousiast en zou deze app graag voor heel Nederland beschikbaar gaan stellen. In mei zullen we de app presenteren op de Supportbeurs. Zodra de app landelijk gebruikt kan gaan worden, willen we de publiciteit opzoeken. We hopen dat deze app jullie echt kan helpen bij het nemen van meer zelfregie. Ik zal echter nooit meer een app maken; het proces is leuk en leerzaam (gestart zomer 2016) maar de juridische rompslomp eromheen wens ik niemand toe!

# Wie is er oud?

Nu we midden in de Coronacrisis zitten, wordt er vaak de vraag gesteld: Wie zit in de risicogroep om op de intensive care te komen en wellicht te overlijden? Zijn dat ouderen, mensen met obesitas, mensen met nevendiaagnoses? Ben ik dat? Wie is dat?

Ik ken ondertussen (het is 29 maart als ik dit schrijf) al enkele mensen die overleden zijn, maar ook meerdere mensen die het gelukkig overleefd hebben. Sinds drie weken werk ik alleen nog maar op het UMCG, locatie Beatrixoord om het kernteam te leiden en ons voor te bereiden wat komen gaat.

## Bemoedigen

Vanuit mijn directe omgeving krijg ik vaak de vraag: Moet je nog wel gaan Jan? Ik ken veel mensen waaronder ook veel artsen die vanuit huis werken, maar ik ben blij dat ik dat niet hoeft en dat ik iets anders mag doen; iedere dag de verpleegkundigen bemoedigen, hun verhalen aanhoren, met patiënten en hun schaarse bezoek praten. Eerst vanaf 1,5 meter en nu vanaf 2 meter afstand. We nemen patiënten die geopereerd zijn of wachten totdat ze elders opgenomen kunnen worden ondertussen over vanuit het UMCG.

## Vragen

Tegelijk komen we samen om ons op het ergste voor te bereiden. Wie gaan we opnemen? Wat kunnen we aan? Hebben we genoeg personeel? Moeten we nog snel bijleren? En wat dan? Iedere dag stemmen we af met de moederorganisatie, het UMCG. Maar ook afstemmen met collega artsen en bestuurders uit het zuiden van het land hoort bij ons dagelijks werk. Daar halen we kennis op voor wat komen gaat en dan denk ik... wie van ons gaat deze dans ontspringen? Mag ik deze dans ontspringen en nog eens een echte dans maken? Ik ben een mens van beloften houden...Ik word door sommigen als oud beschouwd (je bent zo oud als je jezelf voelt...) maar ik zal er weer zijn...voor een volgende column!

Ik hoop dat jullie er ook nog zullen zijn; het ga jullie goed!

*‘En dan denk ik...  
wie van ons  
gaat deze dans  
ontspringen?’*

# Wetenschappelijk Onderzoek

COVID-19 heeft ons allemaal negatieve dingen gebracht. Persoonlijk leed, maatschappelijk leed maar mogelijk ook financieel leed. Terugkijkend (het is op het moment van schrijven van deze column 14 juli) is het voor velen van ons een spannende tijd geweest. Zijn er ook positieve zaken te melden? Ik denk het wel.

## Positieve aandacht

Het vak revalidatiegeneeskunde heeft veel (positieve) aandacht gekregen in de media, waarbij ik wel moet vaststellen dat er opeens wel heel veel experts in revalidatieland waren. De COVID-19 pandemie was nog niet op haar hoogtepunt of we hadden al veel revalidatie-experts in Nederland - vooral in de Randstad - terwijl met name in Brabant en Limburg de meeste gevallen zich voordeden. De 'experts' verdrongen zich op televisie, in kranten en op sociale media. Er waren al wetenschappelijke protocollen toen er net een paar mensen in de centra lagen. Bescheidenheid siert de mens denk ik dan. Ik miste ook afstemming...!

## Nieuw onderzoek

Het wetenschappelijk onderzoek op het gebied van COVID-19 is een ware veldslag: iedereen wilde wel een deel van de COVID-19 onderzoeksgelden. Bij ons liep gelukkig als een rode draad het wetenschappelijk onderzoek op het gebied van 'beenamputaties en de gevolgen' door. Dit najaar volgen op dit gebied in Groningen drie promoties en begin 2021 een vierde. Er zijn ook weer een paar nieuwe onderzoeken gestart, waaronder een onderzoek naar de relatie tussen de voeding/het dieet van mensen met een beenamputatie vanwege vaatproblemen, en de voorspelbaarheid van het kunnen functioneren met een beenprothese. Daarnaast zijn we gestart met onderzoek naar de zorg rond de verstrekking van een beenprothese, het verbeteren van de fitheid van mensen met een beenamputatie en een zoektocht naar 'het waarom' van het uitoefenen van extreme sporten met een beperking zoals een beenamputatie.

## Voor wie?

Er wordt veel wetenschappelijk onderzoek gedaan in de wereld. Maar wat wordt hier eigenlijk mee gedaan? Van het implementeren - ofwel het gebruiken in je dagelijks werk - van de resultaten is zelden sprake. Men leest het onderzoek en denkt: dat werkt alleen maar in het ziekenhuis/centrum waar het onderzoek gedaan is. Zo gaat veel geld en tijd verloren en komt onderzoek vaak niet ten goede aan de mensen voor wie we het onderzoek doen. Aan jullie, de lezers dus...

*'Wat wordt er  
eigenlijk met al  
die onderzoeks-  
resultaten gedaan?'*

## De kurk...

Het is 28 september als ik deze column schrijf en de Covid-19 crisis beheerst de kranten, TV en social media opnieuw. "We" hebben veel geleerd van de eerste crisis c.q. golf. De verwachting nu is: wordt het een golf of een modderstroom? Gaan we weer in lockdown? (nu niet meer landelijk, maar regionaal?) We hebben een grotere kans om levend uit het ziekenhuis of IC te komen. De opnames worden korter?! Maar hoe zit het in de verpleeghuizen of gewoon bij jullie thuis? Er wordt beloofd dat er geen totale lockdown komt, maar kunnen jullie nog wel bij de instrumentmaker komen? Is de fysiotherapiepraktijk weer (gedeeltelijk) gesloten? Kunnen jullie nog wel naar de pedicure?

### Partners

Het is weer een onzekere periode voor ons allemaal. De vorige keer werd de reguliere zorg gestopt; dat zou nu niet gebeuren maar de vragen stromen nu al wel binnen: hoeveel mensen kunnen jullie extra opnemen in je centrum? Hoeveel isolatiekamers hebben jullie? Veel mensen met een amputatie (vanwege vaatproblematiek) hebben vaak al een mindere gezondheid en slikken al vaak meerdere geneesmiddelen. De reguliere stroom zal natuurlijk beperkt zijn of worden. Hoe moeten jullie je voelen? In de laatste 'Kort&Krachtig!' stond een mooi stuk over de naaste/partner van een man met een amputatie. Ook de naaste voelt veel angst en onzekerheid. Ik vond dat stuk treffend en het roept veel vragen op. In de spreekkamer mag vaak nog maar één persoon komen in deze moeilijke periode; soms sluit ik kort met de naaste via Facetime; soms bel ik achteraf. Fijn dat er hier in ons blad aandacht voor was - en hopelijk blijft -. De naaste/partner is toch vaak de kurk waarop je in moeilijke tijden drijft!

*'De naaste is toch  
vaak de kurk  
waarop je in  
moeilijke tijden  
drijft'*

# Bijblijven

We leven in een vreemde tijd. 'Fakenews' lijkt al enige tijd de waan van de dag te regeren. Non-believers en relschoppers maken veel zaken van mensen kapot; van het gooien met fietsen, het in brand steken van andermans auto's tot het ingooien van ruiten en plunderen van winkels van mensen die het ook al moeilijk hebben. Ook ziekenhuizen belegeren lijkt 'in' te zijn. Op social media staat het vol met waanzin: van virussen die niet bestaan tot meningen over 'de politiek', die het niet of zelfs nooit goed doet. Ook in ons vakgebied is het lastig wat wèl en wat niet te geloven.

## Bijhouden

Op social media volgen de berichten zich ook op ten aanzien van de amputatiechirurgie en prothesiologie. Zo zijn er berichten van gemiste wondjes aan voeten met daardoor na de eerste golf meer amputaties. Tijdens de tweede golf lijken er nieuwe technieken ontwikkeld te zijn om het aantal amputaties mogelijk te reduceren en we zien allerlei nieuwe prothesetechnieken, er lijkt geen eind aan te komen. Hoe is het mogelijk om een en ander bij te houden en het overzicht te bewaren?

## Team

Het is voor mij als professional al lastig genoeg om door de bomen het bos te blijven zien. Ik wil jullie daarom aanraden te blijven vertrouwen op je revalidatieteam: de revalidatiearts, fysiotherapeut en prothesemaker. Ik heb in mijn leven in veel landen op bezoek mogen gaan bij mensen met een amputatie en die hadden meestal geen protheseteam. Daar was geen interdisciplinair werken, ook niet in de meeste rijke veelal westerse landen.

## Richtlijn

We hebben afgelopen november de nieuwste richtlijn afgerond met ook deelname van de vereniging KMK. In deze richtlijn kunt u ook informatie vinden ten aanzien van de nieuwste ontwikkelingen op basis van de wetenschap op het gebied van de amputatiechirurgie en prothesiologie ((Kijk op [www.richtlijndatabase.nl](http://www.richtlijndatabase.nl))).

Mijn advies? Praat met uw revalidatieteam en bezoek KMK-regio-bijeenkomsten of de KMK-Ledendag om op de hoogte blijven. Wilt u verdieping, lees dan de samenvatting van de richtlijn en voor de fijnproevers de gehele richtlijn. Bijblijven en je van de juiste informatie voorzien is tegenwoordig geen sinecure.

*'Op social media staat  
het vol met waanzin'*

# Empowerment

Om allerlei redenen lees ik vaak de wekelijkse berichten van de Amputee Coalition, de Amerikaanse zustervereniging van KMK. Wederom viel mij hun visie op: 'To reach out to and empower people affected by limb loss to achieve their full potential through education, support and advocacy, and to promote limb loss prevention.' Een hele mooie holistische visie voor hun twee miljoen leden in de USA. Het woord 'Empowerment' vind ik een krachtig woord en begrip: 'Empowerment is het proces van versterking, waarbij de mens grip krijgt op zijn eigen situatie en/of omgeving. Empowerment komt tot stand door het krijgen en hebben van controle, het aanscherpen van bewustzijn en het vergroten van participatie.'

## Geen leiderschap

Eigenlijk schuurt dit heel dicht aan tegen het woord 'revalidatie'. In deze Covid-19 periode zal er wellicht nog meer behoefte zijn aan empowerment; het is moeilijk een eigen visie te ontwikkelen op de gebeurtenissen om ons heen, iedereen spreekt elkaar tegen: politici, artsen, journalisten, influencers en zelfs familieleden. Leiderschap is vaak weg of zwak. Wie of wat moet je nog geloven: wappies? Artsen (publieksgekken) op televisie die tijdens praatprogramma's elke week weer iets anders verkondigen (Gommers en anderen)?

## Dappere dokters

Om maar niet te spreken over vaccins die dan weer wèl en dan weer niet gegeven kunnen/mogen worden. De Dappere Dokters die (mijns inziens terecht) stellingen in Den Haag op de deur nagelen? Ik heb overigens ook geen concrete oplossing maar het maakt het leven tijdens de pandemie niet gemakkelijker.

Ik wens jullie allen en jullie naasten empowerment toe!

*'Wie of wat moet  
je nog geloven?'*

# Rechten en Plichten

In andere columns heb ik jullie regelmatig gewezen op jullie rechten en plichten bij een bezoek aan een arts. Bij mij worden wel eens patiënten aangemeld die hun been willen laten amputeren zonder voor mij duidelijke redenen, ook na uitgebreide bestudering van het dossier. In het kader van een juist verwachtingsmanagement leg ik de verwijzer uit waarom ik de voorgestelde patiënt niet oproep. Daarna volgen nogal eens nare berichten van de teleurgestelde patiënt richting mij. Ook voor mij levert dit na 37 jaar als arts gewerkt te hebben dilemma's op.

## Dilemma's

Wat mag ik wel of niet als arts? Ik wil daarom hieronder kort beschrijven wat u van een arts mag en kunt verwachten. Een arts heeft in de basis twee 'rechten'. Ten eerste heeft een arts het recht zijn eigen beslissingen te nemen, op basis van zijn deskundigheid en overtuiging. Hij hoeft niet zonder meer te doen wat een patiënt hem vraagt. Ten tweede mag een arts weigeren een behandeling of onderzoek uit te voeren, als hij vindt dat dit medisch niet noodzakelijk is. Maar wat is medisch noodzakelijk? Dit is niet altijd duidelijk omschreven.

## Goede zorg

Een arts heeft daarnaast ook 'plichten'. Hij of zij is verplicht goede zorg te verlenen aan een patiënt. Daar hoort bij dat hij jullie rechten als patiënt respecteert. Hij moet jullie de medisch noodzakelijke zorg geven en dit in een medisch dossier bijhouden (ook de mogelijke bijwerkingen van een behandeling). Tenslotte moet de arts jullie identiteit controleren voordat je gebruikmaakt van een behandeling.

De patiënt staat regelmatig in dubio welke behandeling de beste is, maar dat staat een arts ook. Een arts heeft hiervoor geleerd maar er blijven altijd morele/ethische dilemma's zoals: moet je een paralympiër iets hoger amputeren om een betere classificatie te krijgen? 'Shared decision making' (samen tot een besluit komen) blijft soms een moeilijk te hanteren begrip in deze gevallen.

*'Wat mag ik wel  
of niet als arts?'*

# Doolhof

Op 1 oktober 2021 zat ik 35 jaar in het vak van de revalidatie-geneeskunde met amputatie en prothesiologie als mijn aandachtspunt. In februari 2021 was ik 20 jaar hoogleraar amputatie en prothesiologie van het been.

## Wetten en regels

Ik heb de wetgeving meer 'transparant' zien worden. Kreeg je vroeger een afwijzing van een voorschrift van een beenprothese, dan belde je gewoon de medisch adviseur van de zorgverzekering. Je besprak de casus en regelde het samen. Door de jaren heen leerde men mij en ik hen kennen en was het wederzijds vertrouwen groot.

Door allerlei nieuwe wet- en regelgeving en ook door niet goed onderbouwde receptuur in het land (elektronische knieën werden te pas en te onpas voorgeschreven) veranderde de situatie in ons land. Wetgeving werd meer 'transparant' maar desondanks ondervinden veel mensen die een prothese nodig hebben het proces van protheseaanvraag en protheseverstrekking als een doolhof. Ook allerlei 'prothese-arrangementen' maken het vergoedingsproces nog vager.

## Procedures

Het PPP-protocol probeerde het proces beter te onderbouwen, echter met wisselend succes. Mensen die echt een 'computerknie' nodig hebben, bevinden zich vaak in allerlei gerechtelijke procedures. Sportprothesen verkrijgen is geen sinecure en worden vaak bot afgewezen. De SKGZ (Stichting Klachten Geschillen Zorgverzekeringen) wordt te weinig ingeschakeld.

## Protheseplatform

Sinds kort ben ik lid van het Platform Prothesen Hulpmiddelenzorg van Vilans. Hier worden alle processen besproken en vastgelegd rond (arm/been)-prothesezorg. Alle partijen zitten rond de tafel, waaronder ook vertegenwoordigers van de vereniging KMK en enkele zorgverzekeraars. Waarom niet alle? Ik zal mij ook hier inzetten maar word via de achterdeur bijvoorbeeld geconfronteerd met het feit dat zorgverzekeraars zich verschuilen achter een gegeven dat osseointegratie-prothesen gelijkgeschakeld worden met externe (cochleaire) ossale gehoorapparaten (zitten ook aan het bot vast)...en tsja...: 'Dat gaan we niet (meer) vergoeden!'

Soms verlang ik naar vroeger... Toen waren doolhoven nog leuk.

*'De Stichting  
Klachten Geschillen  
Zorgverzekeringen  
wordt te weinig  
ingeschakeld'*

# Reflectie

Ik schrijf dit 'onder de kerstboom' (winter) en u leest dit pas in maart (lente). Ik heb dit jaar (in de zomer) besloten te stoppen met de directe patiëntenzorg per oktober (herfst). Ik zie alleen nog mensen met een amputatiewens die elders in het land veel overwegingen geeft en mensen met hele moeilijke prothetisering wegens 'lastige stompvorming'.

## Indirecte tijd

Ik doe dit omdat er teveel administratie en indirecte tijd (lees: bellen, medische informatie opvragen die niet door de verwijzer verstrekt wordt, leestijd maar ook computertijd) aan vastzit. De paarse krokodillen die er zijn, worden almaar groter ondanks dat men belooft die te verminderen. Door Covid-19 zijn er financiële problemen ontstaan in de revalidatiecentra. Door zorgverzekeraars die steeds minder financieren geraak ik steeds meer in de bestuurszetel.

## Marktwerking

Mijn vak, de Revalidatiegeneeskunde, waar ik nu ruim 35 jaar in werk, zit in zwaar weer, niet in de minste plaats door de marktwerking waardoor ZBC's (lees: privéklinieken) een plaats innamen in de medische wereld met nogal onaangename gevolgen. Ieder medisch vak (chirurgie, neurologie, orthopedie enz.) wordt eens per vijf jaar geduid, dat wil zeggen onder de loep genomen of het vak nog wel wordt uitgevoerd naar de stand van de Praktijk en de Wetenschap. Gevolg van dit alles is, dat er veel geschrapt gaat worden in mijn mooie vak; soms terecht maar soms ook onterecht.

## Wetenschap

We gaan spannende tijden tegemoet. In het voorjaar van 2022 zal veel duidelijk worden. Naast het bestuur blijf ik mij wel veel bezig houden met de Wetenschap, met name op het vlak van revalidatie van de mens met een amputatie. 'Mijn' onderzoekers zullen hier in K&K regelmatig wat over schrijven!

*'De paarse  
krokodillen worden  
almaar groter'*

## Een been missen...?

Eind maart kijk ik naar het achtuurjournaal op televisie en zie dat een aantal mannen in blauw witte pyjama's in Rusland gedecoreerd worden. Het zijn allemaal jongemannen die een been missen, wordt er gezegd. 'Missen?', denk ik. Missen heeft vele betekenissen. Eén daarvan is: 'het doel missen'. Blijft dus een vreemde uitdrukking?! Heeft men het doel gemist of had men hoger moeten schieten?

### Decoraties

Dit televisiebeeld roept bij mij ook oude foto's op van vooral de Eerste Wereldoorlog. De groepen jonge mannen die allemaal een been misten, waren destijds groter en zij werden ook allemaal gedecoreerd. Waarom een decoratie als je een been eraf geschoten is? Bij mij roept het ook herinneringen op aan de Vietnamoorlog en oorlogen in het Midden Oosten. In de USA werden de slachtoffers van de Irak-oorlog (zowel de overledenen als degenen die een been misten) in eerste instantie niet eens in beeld gebracht. Dit kon immers het vertrouwen van de burgers thuis ondermijnen. Pas onder maatschappelijke druk (lees familieleden van de slachtoffers) kwam dit wel in beeld, werden er zelfs speciale revalidatiecentra gebouwd en kwam de technologie voor beenprothesen in een versnelling.

### Veldwerk

Ik ben vaak in zuidoost Azië geweest voor USAID of ISPO voor veldwerk en zag veel mensen met een amputatie. Dat werd onder andere in Vietnam, Cambodja en Thailand veroorzaakt door antipersoonsmijnen. Deze mensen werden niet gedecoreerd. Maakt een medaille alles goed? Compenseert de staat de getroffen mensen? Is het een soort aflat? Het raakt me en verwondert me nog steeds. Ik hoop dit soort beelden eigenlijk nooit meer te hoeven zien.

*'Ik moest een  
weerloze en machtige  
getuige zijn van de  
onvoorstelbare  
terugval van de  
mensheid in een  
barbarij die we allang  
vergeten waanden'*

*(Stefan Zweig,  
De wereld van gisteren)*

# Dokter, wat als...

Jarenlang trek ik over de wereld met praatjes over chirurgische en revalidatie-aspecten bij mensen die een beenamputatie moeten ondergaan. Tijdens deze praatjes komt ook altijd het thema 'de positieve amputatie' naar voren. Dit is een term die ik heb overgenomen van revalidatiearts collega dr. Harmen van der Linde.

## Meebeslissen

Een positieve amputatie? Ik hoor het u al denken. Ik bedoel daarmee een amputatie die eerder wordt uitgevoerd dan nu het geval is. Dus niet als de 'patiënt' al langdurig pijn heeft, ondervoed is, rolstoelgebonden is, pijnstillers slikt et cetera, maar al eerder. De patiënt kan dan weloverwogen meebeslissen en is niet murw door de pijn(stillers). Hij of zij zal dan ook beter de operatie ingaan en daar weer uitkomen. Wij noemen dat dan: *better in....better out*.

## Betere uitkomst

In de revalidatiewereld is dit een wens maar in de chirurgenwereld een 'vloek'. Het gesprek in de spreekkamer van de chirurg zal anders moeten, meer in de trant van: wat als... Toch lijkt mij dit voor alle betrokkenen een beter uitgangspunt en een betere uitkomst te hebben. De patiënt is meestal in een betere conditie op alle vlakken: mentaal en fysiek. De revalidatie nadien zal korter en gemakkelijker zijn. Maar toch... de voet is nog niet zwart en de pijn is nog draaglijk. Het gesprek lijkt dan wat ver van je bed te zijn, maar toch weten chirurg en patiënt dat de dag eraan komt dat...

Een volgende keer wil ik het hebben over: wat als we niet amputeren? Dat is met de ouder wordende mens met zijn of haar vele nevenziektes een reëel dilemma.

*'Dit lijkt voor  
alle betrokkenen  
een beter  
uitgangspunt  
en een betere  
uitkomst te hebben'*

# ‘Dokter, ik wil geen amputatie...’

In mijn vorige column had ik het over de ‘positieve’ amputatie. Dat is een amputatie die eerder wordt uitgevoerd dan nu in de regel het geval is. Deze keer wil ik het hebben over: wat als iemand geen amputatie wenst?

## Samen beslissen

Voor de ouder wordende mens met zijn of haar vele nevenziektes is wel of niet amputeren een reëel dilemma. Kan men ‘samen beslissen’ om niet te amputeren? Dit kan gezien worden als een vorm van passieve euthanasie. Toch is dit een fenomeen wat steeds meer voorkomt (en steeds vaker zal voorkomen) en mogelijk ook terecht. Bij mensen die wegens slechte vaten, al of niet in combinatie met suikerziekte, in aanmerking komen voor een amputatie is het risico op overlijden ongeveer 10% binnen twee weken na de amputatie, in het ziekenhuis. Dus waarom zou je je laten amputeren als je al bijvoorbeeld een slecht hart hebt? In 2010 verscheen hierover een artikel in de New York Times: ‘Late in life: an agonizing choice of surgery’. Hierin wordt een negentigjarige man beschreven die een amputatie weigert en enkele maanden later overlijdt in een hospice. Soms worden hierover in de VS wel rechtszaken gevoerd, met ook wel een juridisch afgedwongen amputatie als resultaat.

## Existentieel

Hier in Nederland hebben we nogal eens een ‘moreel beraad’ met de patiënt (als dat nog gaat) en de familie. Dat is meestal geen gemakkelijk gesprek, maar het gaat dan ook over een existentiële vraag, waar veel tijd en rust voor nodig is. En die zijn vaak moeilijk te vinden in een ziekenhuis. Samen beslissen luistert dan wel heel nauw... Laten we hopen niet in Amerikaanse toestanden terecht te komen.

*‘Zo’n “moreel beraad”  
is meestal geen  
gemakkelijk gesprek’*

# De duivel en zijn handen

De redactie van 'Kort&Krachtig!' vroeg ons, de vaste columnisten, voor het maartnummer te focussen op het thema armen en handen. Ik zat dus met een probleem, want ik 'zit in de benen'... Vlak voor de kerst toch maar aan deze column begonnen. Ik dacht: ik zoek eerst maar eens een spreekwoord met het thema hand erin dat ik nog niet ken.

Uiteindelijk vond ik er rond de vijftig en eentje kende ik niet: 'Heeft de duivel het paard gegeten, dan neemt hij de toom ook nog'. Met andere woorden: als je eenmaal in de handen van slechte mensen gevallen bent, dan verlies je alles.

## Handen voor Oekraïne

Mijn gedachten dwaalden af naar Oekraïne en naar de diepe ellende die één man daar heeft veroorzaakt. Ik realiseer me dat we de ellende niet kunnen overzien; de ellende die de mensen daar dagelijks ondervinden. En dan was er dat mooie bericht dat ik vandaag ook las: Gerwin Smit van de TU Delft heeft 3D-geprinte handen ontwikkeld en laten maken in India en daarvan zijn er in oktober vorig jaar 350 in Kiev afgeleverd. Die handen kosten ongeveer honderd dollar per stuk. Gerwin verwacht er op korte termijn nog meer te (moeten) leveren; tegelijk dus ook een zeer triest bericht.

## Handen dichtknijpen

In Nederland verliezen ongeveer vijftig mensen per jaar een hand. En dan te bedenken dat er niet alleen in Oekraïne, maar ook aan Russische zijde vele mannen en vrouwen waarschijnlijk ledematen verloren hebben. We mogen onze handen dichtknijpen dat we in Nederland leven. We gaan volgens mij de aankomende tijd handen tekort komen om Oekraïne te kunnen helpen. Ik denk dat er vele orthopedisch technologen nodig zullen zijn. Hopelijk kunnen zij ijzer met handen breken!

*'Een probleem:  
ik zit in de benen...'*

# Uw prothese komt met de post...

In 2017 kwam een boek uit getiteld 'Revalidatie in 2030; hoe revalideren patiënten in de toekomst?' Dit boek was geschreven onder auspiciën van Revalidatie Nederland, de brancheorganisatie van de revalidatiecentra en sommige revalidatieafdelingen van ziekenhuizen in Nederland. Hierin werd al geschetst dat het niet verder zou kunnen gaan zoals in de eerste twee decennia van deze eeuw. Aan de ene kant voorzagen de schrijvers een enorm dreigend personeelstekort in de zorg. Op dit moment werkt één op de zes mensen in de zorg en als het zo doorgaat over ruim tien jaar één op de vier! De dreiging begint werkelijkheid te worden! Aan de andere kant beschreef het boek de ontwikkelingen rond de digitalisering van de zorg. Betekent dat ook een verarming van de zorg?

## Scenario's

Ik was laatst in de Health Hub in Roden (Drenthe) waar ons allerlei scenario's werden voorgesteld. Moet de familie straks eten meenemen voor de patiënten in de revalidatiecentra? Als de patiënt gewassen wil worden, moet daar dan extra voor betaald worden of gaan wij ons familielid zelf onder de douche zetten? Zijn er nog wel genoeg artsen? Zie het huidige huisartsentekort en het tekort aan specialisten ouderengeneeskunde. Zijn er straks nog wel mensen werkzaam in de prothesezorg of moeten we (nog) langer wachten op een nieuwe of gereviseerde prothese? Is er straks nog wel persoonlijke aandacht in de paskamer of wordt het resterende been of de resterende arm met een scanner opgemeten en kunnen we straks de prothese ophalen uit de robotuitgifte buiten de werkplaats?

## Prothesepost

Toen ik net in opleiding was (midden jaren tachtig van de vorige eeuw) vertelde mijn opleider dat protheses in de jaren zestig/zeventig ook wel naar mensen thuis werden opgestuurd: per post! Gaan we terug naar af? Het eerder beschreven boek uit 2017 komt wel heel dichtbij. Straks bepaalt de AI (kunstmatige intelligentie) thuis je prothese-onderdelen en fitting en komt de prothese weer per post bij je thuis...

*'Gaan we ons  
familielid zelf onder  
de douche zetten?'*



# Over de grenzen

Ik was begin juni bij een internationaal wereldcongres van revalidatieartsen en mocht twee workshops geven. De ene workshop ging over transculturele revalidatie bij mensen met een beenamputatie, de andere over moeilijke casuïstiek (zoals forse dwangstanden van heup en/of knie). Bij die tweede workshop ging het over de vraag hoe je in zo'n geval toch een prothese kunt aanmeten. En ook over de vraag of revalidatie met een prothese mogelijk is bij mensen met een hersenbloeding. De docenten met wie ik de workshops organiseerde kwamen uit Colombia, Argentinië, de Nederlandse Antillen en Nederland.

## Verschillen

In de voorbereiding van de workshops kwamen de verschillen tussen de landen al snel naar voren. Vooral de financiële situatie in een land of regio is bepalend voor wat je kunt doen. Weer raakte ik ervan doordrongen hoe goed wij het hier in Nederland geregeld hebben in vergelijking met Zuid- en Midden-Amerikaanse landen maar ook in vergelijking met Curaçao. Dr. Juan Martina (nu werkzaam bij Libra) liet haarscherp op alle fronten (medisch, sociaal, financieel enzovoort) het verschil met Nederland zien.

## Innovatiever

Tijdens de goedbezochte workshops verdween uiteindelijk het evidence based handelen helemaal naar de achtergrond. Bij de bespreking van de moeilijke casuïstiek viel op dat men in de andere werelddelen innovatiever is, mogelijk gedwongen door de beperkte beschikbaarheid van prothese-onderdelen en van de financiële middelen. Dit soort bijeenkomsten zet je als arts weer aan het denken. In individuele gevallen valt in Nederland best nog wel het een en ander te verbeteren maar we hebben het hier in grote lijnen helemaal niet slecht geregeld. Het gras is niet altijd groener aan de overkant!

*'De financiële  
situatie in een land  
is bepalend voor  
wat je kunt doen'*

# Bijscholing aan Oekraïners

Eind september kreeg ik een telefoontje of ik in oktober wilde meedoen aan een lesprogramma voor enkele multidisciplinaire teams en een paar patiënten uit Oekraïne. Ik mocht met Duitsers, Zweden, Denen, Engelsen en een paar Nederlanders participeren aan deze cursus, die gegeven werd in Keulen, Duitsland. Er waren vier Oekraïense teams aanwezig, bestaande uit een chirurg, revalidatiearts, fysiotherapeut, prothesetechnicus en een patiënt.

## Theorie en praktijk

Het lesprogramma duurde een hele week en bestond uit hands-on lessen (ook oefenen met verschillende amputatietechnieken in de snijzaal voor de chirurgen), afgewisseld met theorie. De cursus werd georganiseerd vanuit Össur. De door ons gedeelde kennis werd door de Oekraïners 'opgezogen'. Er waren goede discussies met de zorgprofessionals uit Oekraïne. De tolken deden uitstekend werk. Een zaaltje verderop kregen de prothesetechnici en fysiotherapeuten les in de nieuwste technieken op het gebied van fitting en kregen de patiënten nieuwe kokers en daarna looptraining. Er werd veel kennis en ervaring uitgewisseld. De verhalen uit Oekraïne raakten mij diep en gaven de mogelijkheid tot reflectie. Het was fijn dat we als vrijwilligers een klein steentje konden bijdragen!

*'Alle kennis werd  
door de Oekraïners  
opgezogen'*



# Uit de oude doos

Begin februari moet ik voor de tweede keer binnen een jaar naar een andere kamer in het UMCG verhuizen. En wéér wordt de kamer kleiner en nu ga ik de kamer ook delen met collegae. Dus heb ik weer alles in de oude kamer ter hand genomen: wat kan wel en wat kan niet mee: oude boeken over amputatie en prothesiologie van benen en chirurgische boeken over amputatietechnieken en oude foto's van prothesen van ruim zestig jaar geleden en van mijn opleidingstijd tot revalidatiearts in de jaren tachtig van de vorige eeuw.

## Nostalgie

Ik voel de nostalgie over de tijd waarin ik supervisie vroeg aan mijn opleiders op het gebied van de prothesiologie - dr. Willem van der Tempel op het AZG en dr. Luc Vos op Beatrixoord - mensen aan wie ik veel te danken heb. Dat waren revalidatieartsen die veel tijd vrijmaakten om je de kneepjes van het vak te leren. Ook van Pieter Tuil en Albert Elzinga, orthopedisch instrumentmakers van OIM in Haren, heb ik veel geleerd. Deze vier heren gaven de basis cursussen aan vele revalidatieartsen in Nederland. Later heb ik dat samen met professor Hans Rietman (Enschede) overgenomen. Met deze vier heren bezocht ik ook de industrieën in het buitenland. De opleider in Noord-Nederland was in die tijd professor Willem Eisma. Hij nam me, soms letterlijk, aan de hand mee naar de grote congressen van de ISPO (International Society for Prosthetics and Orthotics) en maakte zo een beginnend netwerk voor mij.

## Snelle veranderingen

Een heel oude bovenbeenprothese staat in de hoek van mijn kamer en die gaat al meer dan dertig jaar met mij mee, net als een heel oude handprothese. Soms geeft dat bij bezoekers een shock en ik leg dan uit dat er vroeger andere prothesen waren dan nu. Dan beseft ik hoe snel de technologie is gegaan in de laatste decennia, met name door de oorlogen in Irak en Afghanistan, waardoor veel soldaten hun armen en/of benen verloren. De politiek moest wat doen en financierde de industrie. Ik ben benieuwd of er weer een versnelling in de technologie komt door de oorlogen in Gaza en Oekraïne. Ik vrees het niet...

De (oude) dozen zijn gepakt en ik ga over twee weken verhuizen. Hopelijk voor de laatste keer in het UMCG. Ik lijk wel een oude vent...

*'Dan beseft ik hoe  
snel de technologie  
is gegaan'*

# Dilemma

In januari was ik aanwezig bij een congres in Curaçao. Er was daar ook een speciaal deel over beenamputaties. Een van de sprekers stelde de vraag of we wisten wat slechte voeding doet met wondgenezing (en niet alleen na een amputatie). De kans op stoornissen bij de wondgenezing is daardoor zestien keer zo groot! Het aantal amputaties op Curaçao is drie keer zo hoog als in Nederland. Ook het percentage wondgenezingsstoornissen is daar veel hoger door de armoede en het hoge aantal mensen met suikerziekte, meer dan tien procent! Is Curaçao niet een onderdeel van/land in het 'Koninkrijk der Nederlanden?'. Ik schaam me altijd voor het grote verschil.

## Suriname

Binnenkort ga ik met dr. Juan Martina, revalidatiearts van Libra Revalidatie (maar hij werkte eerder ook in Curaçao) een week lesgeven aan studenten Geneeskunde en Fysiotherapie van de Anton de Kom Universiteit in Paramaribo, Suriname. De universiteit heeft gevraagd om extra aandacht te besteden aan healthy ageing, preventie en gewrichtsproblematiek, maar ook aan amputaties als gevolg van diabetes en andere vaatstoornissen. We zijn ons hier al wekenlang op aan het voorbereiden.

## Welk niveau?

Er is geen revalidatiearts meer in Suriname, wat gaan we vertellen? Hoe zouden de zorg en de voorzieningen moeten zijn? Moeten we mikken op de amputatiezorg op Nederlands niveau of moeten we afdalen naar het niveau van de CBR (Community Based Rehabilitation, ongeveer het 'laagste' niveau van de revalidatiezorg)? Wat hebben de studenten aan mooie verhalen over hoe goed het in Nederland is gesteld met de revalidatie - en in het bijzonder met de prothesiologie - terwijl in hun eigen land de meest basale voorzieningen ontbreken?

## Gesprekken

Nu hebben dr. Martina en ik overal op de wereld samen gesproken en les gegeven, maar toch blijft dit een groot dilemma. Ik hoop dat we ook de tijd vinden om het echte gesprek met de studenten aan te gaan en te horen wat hun verwachtingen zijn over de nabije toekomst in een land met veel grondstoffen maar waar de politiek al jaren niet deugt.

*'Wat hebben de studenten aan mooie verhalen als de meest basale voorzieningen ontbreken?'*

# Suriname, 'waar het gras groener is'

In april van dit jaar ben ik samen met Juan Martina, revalidatiearts van Libra Revalidatie, naar Paramaribo, Suriname geweest. Daar hebben we een week colleges gegeven aan studenten fysiotherapie en geneeskunde aan de medische faculteit van de Anton de Kom Universiteit.

## Geen revalidatieteam

Ik heb zelden zo'n leuke week gehad en denk er met veel genoegen aan terug. Wat een vriendelijke, leergierige studenten en andere docenten! Wat een mooi groen land! Maar ook: wat een armoede... Het gras is daar inderdaad groener dan hier in de letterlijke zin van het woord, maar in de figuurlijke zin niet. Of mensen na een amputatie worden behandeld, is afhankelijk van hun financiële en sociale status en waar zij wonen. Er is geen revalidatieteam meer en er is geen revalidatiearts. Het aantal ergotherapeuten in het hele land is op de vingers van één hand te tellen. Er zijn gelukkig nog wel gedreven fysiotherapeuten, maar die moeten werken in een revalidatiecentrum dat sinds 1973 niet meer is vernieuwd.

## Geen opvolger

Er is één keer per maand een multidisciplinair teamoverleg met een neuroloog of orthopedisch chirurg op afstand. In het hele land is er maar één (gepensioneerde) orthopedisch instrumentmaker die nog steeds (noodgedwongen) werkt en er is geen opvolger. Daarnaast is er ook een groot tekort aan hulpmiddelen en onderdelen om prothesen of orthesen te maken. In de oefenruimtes stonden apparaten die niet meer werken of die bij ons al 25 jaar geleden afgeschreven zouden zijn. In het Academisch Ziekenhuis Paramaribo zagen we gigantische wachttruimtes die vol met wachtende patiënten zaten. We spraken daar met medisch specialisten voor wie wij alleen maar respect konden hebben. Zij werken met passie in een steeds armer wordend land. We kwamen op klinische afdelingen waar we verscheidene patiënten zagen die daar al langer dan een jaar verbleven, omdat zij niet konden worden overgeplaatst naar een instelling voor langdurige zorg.

## Bewondering

We konden alleen maar diepe bewondering hebben voor alle mensen die daar in de zorg werken en aan wie vanuit Nederland en de Caribische eilanden van Nederland getrokken wordt om hier te komen werken in verband met het tekort aan zorgprofessionals. Zoals zo vaak geschreven: het gras is groener aan de overkant: letterlijk wel, figuurlijk niet!

*'Er is geen  
revalidatieteam  
meer en geen  
revalidatiearts'*

# Vaatcongres

Begin oktober sprak ik op het Europees Vaatchirurgisch Congres in Amsterdam, het zesde Amputation Prevention Symposium Europe. Het thema was: *'Together, We Will Save Limbs and Lives'*.

## Preventie

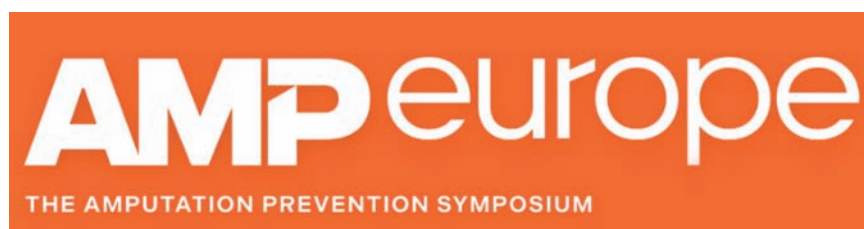
Tijdens dit drie dagen durend congres werd gesproken en gediscussieerd over met name de preventie van amputaties. De sprekers kwamen uit de hele wereld en talloze onderwerpen kwamen aan bod. Zoals de vraag waardoor het komt dat er zulke grote verschillen tussen de landen bestaan als het gaat om de aantallen en verschillende hoogtes van amputaties. Ook de behandeling van wonden aan onderbenen en voeten kwam uitgebreid aan de orde, net zoals bypasses en technieken zoals stents. Er werd gesproken over de vraag welke risicofactoren een rol spelen bij vaatproblemen, zoals de sociaaleconomische status en het voedingspatroon van mensen. Er waren sprekers over schoenen bij diabeten en daarmee het mogelijk voorkomen van wondjes. En ook de kwaliteit van de zorg was een thema.

## Voeding

Ik mocht spreken over voeding voor en na de amputatie. Op dit gebied bestaat nog een groot kennishiaat, zowel bij zorgverleners als bij patiënten. Daarnaast hield ik een lezing over de amputatietechniek bij een bovenbeenamputatie en een verhaal over de praktische, fysieke en mentale gevolgen van een amputatie. Veel vaatchirurgen weten hier weinig over.

Deze congressen zijn erg interessant en zinvol omdat meerdere medische disciplines de vaatchirurgen informeren. Daarnaast zijn er veel patiëntbesprekingen. Mooi dat het bovenliggende thema 'preventie' was, want dáár draait het toch allemaal om: hoe we amputaties en daardoor veel ellende kunnen voorkomen!

*'Het draait allemaal  
om het voorkómen  
van veel ellende'*



# Wapenstilstand

Als ik dit schrijf is net de avond tevoren de wapenstilstand voor Gaza afgesproken. Deze wapenstilstand gaat pas over een paar dagen in, dus Israël heeft vannacht nog maar eens een stel bommen laten vallen. Wéér zijn er doden gevallen. En er zullen zeker ook mensen zijn geweest die een been of arm hebben verloren.

## Vluchtelingen

De afgelopen jaren mocht ik een paar keer in Libanon (Golan), de westelijke Jordaanoever en Gaza zijn. Ik kwam daar via het USAID, de Rode Halve Maan of het Rode Kruis, door mijn werk bij de ISPO. In al die gebieden was de nood hoog. De wateraanvoer en de elektriciteitstoevoer werden regelmatig afgesloten en er waren echte vluchtelingkampen waar de mensen in tenten sliepen. Op tv zien we vaak de stenen gebouwen die gebombardeerd zijn.

## Geen zorgcentra

Sta er even bij stil: al meer dan 47.000 doden in Gaza. Ik vraag me af hoeveel mensen er nu in Gaza met een amputatie zijn die niet verzorgd zijn. Ik vraag me af wie de verzorging van deze mensen nu op zich gaat nemen. Voor Oekraïne lijkt dit goed georganiseerd te zijn. Meerdere ziekenhuizen en revalidatiecentra in Nederland nemen de gewonden op. Zelf mocht ik aan meerdere teams uit Oekraïne lesgeven. Ook in andere landen in West-Europa worden ze opgevangen. Maar waar zullen de duizenden mensen met een amputatie uit Gaza en uit Zuid Libanon worden opgevangen? Er is daar geen infrastructuur meer. Er is twijfel of de grote organisaties zoals de UNHCR wel terug mogen keren. Ik heb zelf destijds gezien wat voor mooi werk ze verrichten. Maar er zijn geen ziekenhuizen meer en zeker geen revalidatiecentra. Oekraïne ligt dichtbij..., Gaza niet. Of maak ik me druk om niets? Ik schat de kans hoog in dat als dit nummer van K&K verschijnt er alweer oorlog is. Ofwel in Gaza of elders in de wereld...



*'Ik vraag mij af  
hoeveel mensen er  
nu in Gaza zijn met  
een amputatie die  
niet geholpen worden'*

# Terugblik

Aan mijn werkperiode van bijna veertig jaar gaat volgend jaar een einde komen; een periode waarin de amputatiechirurgie en daarna de prothesiologie (revalidatie na een beenamputatie) een bijzonder grote rol hebben gespeeld, zowel in de directe patiëntenzorg als in de opleiding tot revalidatiearts en het onderwijs in de breedste zin des woords.

## Spannende tijd

Ik schrijf dit jaar nog een paar columns voor 'Kort&Krachtig!', maar zal daar eind 2025 mee stoppen. Ik merk dat ik steeds meer terugkijk op mijn levensloop en carrière. Ik denk vooral met veel plezier terug aan de mooie herinneringen rond de oprichting van KorterMaarKrachtig, samen met Marcel Conradi. Dat was in 2012 en 2013, een hele mooie tijd waarin we veel samenkwamen bij De Hoogstraat Orthopedietechniek. Het was ook een spannende tijd, waarbij veel gesprekken met de oude vereniging (Landelijke Vereniging van Geamputeerden) en een aantal stichtingen (onder andere Stichting Korter Maar Krachtig) gevoerd werden.

## Hulp

Dat ging af en toe met horten en storen. De discussies over oude verschillen van inzicht werden soms buiten ons om verder gevoerd en we moesten soms via omwegen (collegae revalidatieartsen in den lande of orthopedisch instrumentmakers) de gesprekken weer gaande proberen te krijgen. We hadden moeite om een goede verenigingsstructuur te maken. Daarbij kregen we gelukkig hulp van een aantal pensionado's die manager/bestuurder waren geweest en ons daarin bijstonden. En met hulp van velen, zoals Mary, Marieke, Cor en Caroline, werd in oktober 2013 uiteindelijk KorterMaarKrachtig opgericht.

Ik kijk nu met trots terug, want de vereniging staat als een huis! Ook dit magazine, waar Caroline mee begon en waarvan Harry nu hoofdredacteur is, heeft een professionele uitstraling en is uitgegroeid tot het visitekaartje van de vereniging.

Ik lijk wel een oude man...

*'Ik merk dat ik  
steeds meer terugkijk  
op mijn levensloop  
en carrière'*

# Er is een tijd van komen, maar ook van gaan...

Na 46 columns geschreven te hebben is dit mijn laatste. In mijn vorige schreef ik kort over de 'geboorte' van KorterMaarKrachtig. Iets waar Marcel Conradi en ik echt wel trots op zijn. In de beginjaren moesten wij af en toe komen opdraven als er bestuurscrises waren of als er onenigheid was tussen bestuursleden en leden. Deze spoedvergaderingen mochten altijd plaatsvinden bij De Hoogstraat Orthopedietechniek. Marcel stond garant voor de accommodatie en de catering. In de jaren daarna ging het echter steeds beter; de vereniging werd steeds professioneler en daardoor ook krachtiger. Het was mooi om dat allemaal soms op afstand te mogen zien.

## **Prijs**

Mijn persoonlijke klapper van de afgelopen jaren was dat we met een team van auteurs de Forchheimerprijs wonnen voor het beste artikel dat de afgelopen twee jaar was verschenen in het tijdschrift 'Prosthetics and Orthotics International'. Die prijs werd uitgereikt tijdens het ISPO-wereldcongres dat in juni 2025 in Stockholm gehouden werd. Ook KMK schreef mee aan dit winnende artikel. Nadine Donders zat twee jaar aan tafel met vele andere medeprofessionals op het gebied van amputatie en prothesiologie, en werkte, discussieerde en schreef mee aan de tweede versie van de Nederlandse richtlijn 'Amputatie en prothesiologie onderste extremiteit'. Dit document werd vertaald in het Engels en ter publicatie aangeboden en geaccepteerd en leverde deze mooie prijs op. Dit kan bijgeschreven worden in de annalen van KMK. Ik ben er trots op dat ik daar mijn steentje ook aan kon bijdragen.

## **Pensioen**

Genoeg nu..., ik stop ermee. Ik ga volgend voorjaar met pensioen en iemand anders zal deze column hopelijk van mij gaan overnemen. Want het is belangrijk dat ook de geluiden 'uit de praktijk' gehoord blijven worden.

Ik wens KMK en alle mensen die bij deze mooie vereniging zijn betrokken een mooie toekomst toe. Blijf verder professionaliseren, blijf groeien en ... blijf je verwonderen. Het is tijd!

Hartelijke groeten!

*'De vereniging  
werd steeds  
professioneler en  
daardoor ook  
krachtiger'*



## Colofon

**Uitgave: Vereniging KorterMaarKrachtig, 2026**

Idee en redactie: Harry Dietz

Vormgeving: John de Vries

Coverfoto: Ronald Zijlstra

Druk: Van der Perk, Groot-Ammers



