

Blik op oneindig: delen als default

De COVID-pandemie is een schier onuitputtelijke bron voor reflecties op onze samenleving als geheel en onze organisatievormen in het bijzonder. Voor nu wil ik de absolute noodzaak van samenwerken benoemen: van het verspreiden van patiënten over bedden door Nederland (en daarbuiten) tot en met het ontwikkelen en delen van kennis over effectieve behandelingen. Dit alles kon alleen door intensieve samenwerking en snelle kennisdeling.

Wat Covid-19 nog voor ons in petto heeft, is ongewis. Wat we wel weten: een hogere vaccinatiegraad biedt betere bescherming. Daarbij speelt de beschikbaarheid van voldoende vaccins een belangrijke rol. Meer productie wereldwijd betekent meer bescherming tegen eventuele mutaties. 'Nobody is safe until everybody is safe', aldus de WHO. Alle reden voor snelle kennisdeling.

Patenten polemieken

Farmaceutische bedrijven zijn terughoudend met het delen van (levensreddende) kennis. Zij houden vast aan hun intellectuele eigendomsrechten, hoewel de vaccins grotendeels, en soms zelfs geheel, zijn ontwikkeld met overheidsgeld en via Europese subsidies. Vanaf eind 2020 speelt er een voortdurende polemieken tussen voor- en tegenstanders van het vrijgeven van patenten op de COVID vaccins¹.

Niet verbazingwekkend stellen farmaceutische bedrijven dat het echt niet sneller kan en dat vrijgeven van patenten de wereldwijde productie niet versnelt (zelfs zou vertragen). Doorslaggevend in dit betoog is dat het productieproces van het vaccin zo ingewikkeld is. Met alleen de kennis van een patent ben je er dus nog lang niet, de knowhow om het vaccin te produceren is cruciaal. Deze praktische knowhow is kennelijk lastig te verspreiden.

Ik haal bovenstaand voorbeeld niet aan om deze discussie te beslechten. Wel om vanaf hier een stap naar een denkbeeldige toekomst te maken. Een toekomst die zich wellicht sneller zal aandienen dan wij verwachten.

Patenten op algoritmes

Analoog aan bovenstaand voorbeeld zal er in de toekomst sprake zijn van kennis met veel waarde. Bijvoorbeeld kennis in de vorm van een gepatenteerd AI-algoritme. Het is niet ondenkbaar dat dit algoritme grote gezondheidsvoordelen oplevert voor groepen mensen met toegang ertoe. Sterker nog, veel ontwikkelaars van AI-algoritmes hebben dit als doel. Hoe maatschappelijk geaccepteerd zouden wij het vinden als een handvol commerciële bedrijven bepaalt wie wel en wie niet toegang heeft tot dit algoritme? Voor dit algoritme is er vanzelfsprekend geen enkele praktische beperking dit zo breed mogelijk toe te passen. Waar een vaccin nog in een fabrieksomgeving gemaakt wordt, kan het algoritme simpelweg tussen computers gekopieerd worden.

FAIR & Prikkels

In de wetenschap is er een groeiende beweging die de FAIR data principes hanteert². FAIR betekent dat data Findable, Accessible, Interoperable en Reusable is. Gepubliceerde artikelen dienen de onderliggende data FAIR beschikbaar te stellen, zodat snelle reproductie van het onderzoek mogelijk is. Zo zouden we als geheel van kennisinstellingen minder vatbaar moeten zijn voor toevallige of misleidende onderzoeksresultaten.

De implicatie van deze FAIR-uitgangspunten voor een individuele

onderzoeker en zijn/haar onderzoeksgroep zijn vanzelfsprekend erg groot. Waar men vroeger publicaties scoorde en individueel status verwierf door veel tijd en energie te steken in het vergaren van unieke datasets, komt deze data nu plotseling ten dienste van het grotere geheel. Dat is voor het individu spannend, maar voor het systeem niet onoverkomelijk. Als we de prikkels voor presteren weghalen bij het individu en veel meer waarde toekennen aan het geheel, zal deze spanning wegebben.

Blik op oneindig

Naast de beweging van individu naar geheel hoort ook de denkstap van nu naar later. Simon Sinek schrijft in zijn boek 'The Infinite Game' over organisaties die eindig- of oneindig-denken. Eindig-denken betreft concrete doelen en duidelijke stappen, over winnen of verliezen: zoals een potje schaken of tennis. Op een gegeven moment is de winnaar bekend. Oneindig-denken gaat over continu leren en doorontwikkelen, gestimuleerd door rivalen, gedragen door een 'Just Cause'. Een Just Cause is:

- **Voor iets** - bevestigend en optimistisch.
- **Inclusief** - open voor een ieder om mee te doen.
- **Service georiënteerd** - voor het welzijn van anderen.
- **Weerbaar** - kan politieke, technologische en culturele veranderingen doorstaan.
- **Idealistisch** - groot, ambitieus en uiteindelijk onbereikbaar.

Waar je met eindig-denken 'wint' door kennis bij jezelf te houden, geeft oneindig-denken de ruimte om delen als default te omarmen. Hoog tijd dat bestuurders en toezichthouders een eigen 'Just Cause' gaan opstellen. ■

Referenties



Egge van der Poel is een ervaren data scientist, natuurkundige en filosoof, docent bij TIAS en JADS en onafhankelijk adviseur.



Ivan Huijnen, Henri Plagge (Adelante):

'Multidisciplinair opleiden stimuleert innovatie'

"In de zorg wordt steeds meer nadruk gelegd op het bevorderen van gezondheid en het voorkomen van langdurig verminderd functioneren bij chronische aandoeningen. Dat maakt de denkramen van de revalidatiegeneeskunde steeds breder inzetbaar", merken Henri Plagge en Ivan Huijnen, respectievelijk bestuursvoorzitter en manager Kenniscentrum bij Adelante. Met haar revalidatiezorg richt de Limburgse zorggroep zich op zo goed mogelijk leven en participeren in de samenleving, binnen de beperkingen die iemand heeft. Adelante is volop bezig met het vertalen van haar integrale benadering van gezondheid naar de eerste en tweede lijn. Studenten worden hier nauw bij betrokken. Binnen het multidisciplinaire zorginnovatiecentrum van Adelante en Zuyd Hogeschool werken zij mee aan nieuwe zorgoplossingen. "Zo brengen we zorg, onderzoek en opleiden bij elkaar", aldus de innovatie-minded bestuurders. Een concept dat veel jonge mensen aanspreekt.

IVAN HUIJNEN, HENRI PLAGGE:

'BRENG ZORG, ONDERZOEK EN OPLEIDING BIJ ELKAAR'



DOOR JOSÉ COENDERS

De naam 'Adelante' is geen toevallige keuze. Het is Spaans voor 'vooruit' en dit credo is zichtbaar in de hele organisatie. Naast locaties waar revalidatiezorg wordt geboden aan volwassenen en kinderen, heeft Adelante sinds 2009 een eigen Kenniscentrum. Hier werken zorgprofessionals, onderzoekers - van zowel Adelante als de Universiteit Maastricht - en studenten van de Universiteit Maastricht en Zuyd Hogeschool samen aan zorginnovatie.

Nu de populatie vergrijsst en het aantal jonge mensen in de regio afneemt, worden de werkwijze en nieuwe oplossingen van het Kenniscentrum steeds relevanter. Vanuit een heldere visie geven Plagge en Huijnen sturing aan deze ontwikkeling.

Hoe ziet de revalidatiezorg van de toekomst eruit, waar werken jullie naartoe?

Huijnen: "Net als elders in de zorg zie je ook in de revalidatie dat er steeds meer in samenwerking wordt georganiseerd. Niet alleen om zorg betaalbaar te houden,

maar ook om de kwaliteit voor de toekomst te borgen. Netwerkgang is in opkomst en in onze meerjarenkoers hebben we dit omarmd. Daar willen we een goede plek in krijgen, soms als trekker en soms als volger. Samen met de Universiteit Maastricht, Zuyd Hogeschool en andere instellingen bekijken we nu hoe we onze samenwerking kunnen vormgeven. Expertise opgedaan vanuit onze specialistische zorg willen we ook naar de eerste lijn brengen. Daarbij zoeken we actief naar mogelijkheden om e-health, technologie en blended behandelvormen toe te passen. Die lijn zetten we uit in onze projecten en innovaties."

Plagge: "We streven naar zoveel mogelijk behandelen bij de patiënt thuis of in diens nabije omgeving. Meer zelfregie én meer zelf kunnen doen. We staan echt nog maar aan het begin van deze ontwikkelingen. We vinden het nu al heel wat dat we de patiënt met een app zelf een vorm van triage/indicatiestelling laten doen voor onze eerstelijns hulpverlener. Dat gebeurt onder meer bij pijnrevalidatie. Maar

daarin kun je veel verder gaan, bijvoorbeeld door met VR-brillen of andere digitale toepassingen meer thuis te oefenen."

"Onze zorg is overigens wel al zoveel mogelijk gericht op ambulante, zo dicht mogelijk in de woonomgeving van de patiënt. De meesten worden op een polikliniek in een ziekenhuis behandeld. Alleen als het echt nodig is, gaan mensen naar de gespecialiseerde voorzieningen op onze eigen locaties."

Sluit dat aan op jullie motto 'haal het beste uit jezelf'?

Plagge: "Onze zorg is altijd gericht op het optimaliseren van de participatie, het maximale eruit halen met de aandoening of de beperking die iemand heeft. Om dat te bereiken, is samenwerken met andere zorgaanbieders eigenlijk heel logisch. Aan de voorkant zijn wij nu vaak niet betrokken, dan gaan mensen naar een neuroloog, chirurg of oncoloog. Vervolgens zijn ze even bij ons, sommigen wat korter, anderen wat langer. Daarna gaat het leven verder, het liefst

met hulpverlening in de buurt van de patiënt."

Huijnen: "Technologie biedt kansen om dat proces te verbeteren. Nu vindt dit heel gefragmenteerd plaats, maar eigenlijk zou je willen dat alle zorgverleners op één manier met de patiënt communiceren, zodat je die patiënt ook echt aan boord houdt. Er revalideren bijvoorbeeld chronische pijnpatiënten bij Adelante, vaak als sluitstuk nadat ze het hele medische en alternatieve circuit al hebben gehad. Ze zijn dan even bij ons en gaan daarna terug naar de eerste lijn. Dat zou veel meer op elkaar afgestemd moeten zijn. Bij voorkeur vanaf het eerste contact in het zorgsysteem totdat de behandeling is afgerond. Mogelijk zelfs daarna, als de patiënt terugval

"Voorbeelden daarvan zijn de robotica-technologie afkomstig uit de kernindustrie, die we inzetten om het bewegingsgevoel van de aangedane arm van mensen met een beroerte te stimuleren. In de kinderrevalidatie gebruiken we gaming om het lopen en de functionele inzet van de armbewegingen te verbeteren en de kracht in de armen te verhogen. Vanuit de zitpoli zijn technieken ontwikkeld om zitgedrag en temperatuur en vochtigheid ter hoogte van het zitvlak te meten, waardoor patiënten optimaal kunnen zitten in hun rolstoel."

"Ook maken we bij verschillende revalidatiepopulaties gebruik van sensortechnologie om bijvoorbeeld de mate en kwaliteit van acti-

revalidatiezorg binnen eerste en tweede lijn vormgegeven op basis van laatste inzichten en vervolgens geëvalueerd."

Hoe gaan jullie te werk bij innovaties?

Huijnen: "We maken gebruik van de door het MUMC+ ontwikkelde innovatiecirkel, waarin we de hiaten of kansen binnen een zorgproces definiëren. Vervolgens kijken we wat we daarmee kunnen. De expertisecentra vullen jaarlijks in waar ze nu staan en wat hun doelen zijn voor de vier domeinen van de innovatiecirkel: 'werving voor nieuwe projecten', 'huidige projecten en verwachte publicaties', 'kennisoverdracht' en 'implementatie/zorginnovatie.'"

"Daarbij wordt ook gekeken naar financiering: moeten we extern geld werven of kunnen we ruimte vrijmaken in onze eigen organisatie om te gaan ontwikkelen en evalueren? Als we samen met studenten innoveren, dan kijken we ook hoe we kennisoverdracht kunnen creëren richting de school of nascholing. Die is altijd gericht op de implementatie: wat kun je er in de praktijk mee?"

Plagge: "Innovaties ontstaan bij ons meestal op de werkvloer. Onze filosofie is ook om zoveel mogelijk praktijkmensen te betrekken bij onderzoek, een science practitioner-achtige aanpak. We stimuleren dat mensen promoveren als ze in het dagelijks leven fysiotherapeut, ergotherapeut, psycholoog of revalidatiearts zijn. Om dat te laten slagen, is het belangrijk om de juiste mensen te vinden, die dat graag willen doen. Maar het betekent ook dat wij in huis bewust ruimte creëren om kleinere innovaties te doen. We noemen dat de 'klein maar fijn' innovaties. Die zijn niet meteen gekoppeld aan wetenschappelijk onderzoek, maar sluiten wel aan bij de praktijk en dat kan interessante dingen opleveren."

"Ergotherapeuten van onze locatie in Venlo hebben bijvoorbeeld meegewerkt aan de ontwikkeling van de 'Microsoft Adaptive Accessories' voor het bedienen van een pc. Daarnaast loopt er nu een pilot met mixed reality-spellen, ontwikkeld voor de revalidatie door Holomoves, waarmee we bewegen bij kinderen op een aantrekkelijke en motiverende manier willen stimuleren."

Schept dat ruimte voor vernieuwing?

Huijnen: "We proberen bewust een innovatief klimaat creëren. Om dat te faciliteren, hebben we ook goede contacten met de Zuyd Hogeschool en de Universiteit Maastricht, waar we met een aantal mensen met dubbele petten op in zitten. We proberen de interactie tussen Adelante en onderwijs zo goed mogelijk in te richten. Enerzijds praktijkgericht opleiden en stagemen en daar anderzijds ook de voordelen uit halen door studenten mee te laten werken ▶

SAMENWERKEN MET ANDERE ZORGAANBIEDERS IS HEEL LOGISCH

ervaart en zich weer meldt bij een zorgverlener. Dan kun je patiënten veel beter begeleiden om te komen tot zo goed mogelijk leven en participeren met de pijnklachten."

Welke rol vervult het Adelante Kenniscentrum daarin?

Huijnen: "Binnen het Kenniscentrum vindt automatisch al samenwerking tussen verschillende disciplines plaats. Medewerkers zijn bijvoorbeeld ook werkzaam als fysiotherapeut, revalidatiearts of psycholoog. Daarnaast is er een nauwe band met de Universiteit Maastricht, want ikzelf en meerdere van mijn collega's zijn in dienst bij zowel Adelante als de universiteit."

"Samen met de vakgroep Revalidatiegeneeskunde van de Universiteit Maastricht heeft Adelante de Academische Werkplaats Revalidatie opgezet om de verbinding te maken tussen onderzoek, innovatie, kennisoverdracht en zorgimplementatie. Jeanine Verbunt, de vakgroepvoorzitter Revalidatiegeneeskunde aan de Universiteit Maastricht, is mijn duale partner bij het Kenniscentrum en samen sturen we de Academische Werkplaats aan."

"Binnen de Werkplaats zijn vier expertisecentra ingericht: pijnrevalidatie, revalidatie bij niet aangeboren hersenletsel, arm/handrevalidatie en tinnitus (oorsuizen, red.). Vanuit deze centra gaan we aan de slag met vragen die vanuit de praktijk opkomen. Onze projecten staan dus dicht bij de behandelpraktijk en hebben daar direct impact op. Dat is altijd het uitgangspunt voor nieuwe ontwikkelingen en het bijbehorende wetenschappelijke onderzoek."

viteiten van patiënten in het dagelijks leven te meten. En we experimenteren op meerdere terreinen met virtual reality, bijvoorbeeld door het aanbieden van uitdagende trainingsvormen, therapie op afstand, simulatie van de thuissituatie en afleiding bij pijnlijke wondbehandeling."

Op basis waarvan wordt de keuze voor deze projecten gemaakt?

Plagge: "De expertisecentra zijn een bewuste gezamenlijke keuze van bestuur, management en medische staf. Maar als het gaat om individuele projecten, dan is het voor een deel ook van elkaar weten dat je een bepaalde richting belangrijk vindt en kansen pakken als ze langskomen. Bijvoorbeeld als er subsidie beschikbaar komt voor ideeën die onderzocht moeten worden."

"Een recent voorbeeld daarvan is de groep patiënten met post-COVID-klachten, voor wie vaak nog onduidelijk is welke behandelvormen het beste werken. Om deze mensen te helpen, hebben we vanuit onze ervaring met pijnrevalidatie een aantal praktische hulpinstrumenten ontwikkeld, waaronder een verwijskaart. Hiermee kan worden bepaald naar welke behandeling een huisarts het beste kan verwijzen."

Huijnen: "Dat is het voordeel van de Academische Werkplaats: de lijnen tussen de verschillende disciplines binnen de universiteit zijn kort, waardoor we snel kunnen schakelen. Zo hebben we onlangs samen met collega's van de vakgroep Huisartsgeneeskunde groen licht gekregen van ZonMw om een netwerk op te zetten om post-COVID zorg te organiseren. Hierin wordt onder andere de

aan kleine innovaties. We geven vraagstukken die leven op de werkvloer als stageproject vorm, waardoor je ook de expertise vanuit de hogeschool of universiteit in huis haalt. Zo pakken we innoveren in co-creatie op.”

Dat werkt dus naar twee kanten...

Plagge: “Inderdaad. Speciaal voor stagiaires hebben we een multidisciplinair zorginnovatiecentrum opgezet. Studenten van paramedische, verpleegkundige en andere opleidingen kunnen interdisciplinair stagelopen bij ons. Naast

Hoe staan studenten daartegenover?

Plagge: “We zien veel belangstelling bij jonge mensen. Zo zijn de coschappen op de revalidatie zelfs overtekend. Ik denk dat het ook wel past bij de tijdgeest. Studenten werken veel meer vanuit opdrachten en dan is het vaak breder kijken dan één discipline. Tegelijkertijd mag je tegenwoordig ook buiten de eigen discipline om iets vinden, ook professioneel. Je ziet niet meer zo’n strikte scheiding tussen ‘het is van de dokter’ en ‘het is van de verpleegkundige’, het loopt veel meer

door de disciplines heen. Een vakgebied als het onze, waar dit eigenlijk in de genen zit, blijkt nu heel interessant.”

Huijnen: “Bovendien hebben we te maken met een ouder

wordende populatie met veel co-morbiditeit. Dit betekent dat je niet alles kunt oplossen, dus je moet wel kijken naar optimaal participeren. Dat is een andere mindset. Machteld Huber heeft positieve gezondheid in ons land op de kaart gezet, maar de denkmomen van de revalidatiegeneeskunde zijn daar al veel langer op gericht.

Onder meer met de International Classification of Functioning, een manier van diagnosticeren die alle levensterreinen omvat. Niet met het doel om beter te worden, maar wel om zo goed mogelijk te kunnen functioneren en leven. Hierbij kijk je ook naar persoonlijke, sociale en omgevingsfactoren.”

“Bij meerdere doelgroepen is veel ervaring opgedaan met het werken volgens deze

integrale visie op gezondheid. Zo wordt binnen ons onderzoek bij chronische pijn en tinnitus vaak gebruikt gemaakt van het vreesvermijdingsmodel. Op basis van een ervaring, bijvoorbeeld pijn of tinnitus, heeft iemand bepaalde gedachten die leiden tot vermijdsend gedrag. Daardoor raken mensen beperkt in hun functioneren, wat er uiteindelijk weer toe leidt dat ze meer pijn gaan ervaren of meer last krijgen van oorsuizen. Je komt in een negatieve spiraal terecht, waar je heel moeilijk uitkomt. Dan moet je een knip zetten bij de negatieve gedachten van de patiënt. Dat doen we met cognitieve gedragstherapie en exposurebehandelingen, waardoor mensen ervaren dat ze ondanks hun klachten toch nog kunnen functioneren. Dat geeft vaak een boost aan hun participatie.”

Hoe worden zorgprofessionals van Adelante meegenomen in zorgvernieuwing?

Plagge: “Dat gebeurt voor een belangrijk deel door mensen die een innovatie met enthousiasme neerzetten, die het verhaal kunnen vertellen. In de waan van de dag wordt het narratieve gauw vergeten, maar inmiddels hebben we daar diverse hulpmiddelen voor. Die variëren van het aanstellen van e-health ambassadeurs tot nieuwsbrieven vanuit het Kenniscentrum en de Academische Werkplaats, lunchlezingen op toegepaste innovaties en webinars voor zowel zorgverleners als verschillende patiëntengroepen.”

“Wat ook goed werkt, is een testcentrum op de werkvloer. In eerste instantie zat dat aan de andere kant van het gebouw, maar daar liepen de meeste behandelaars niet zomaar binnen. Daarom hebben we het verplaatst naar het centrum van ons behandelplein,



“BLIJF ALTIJD VRAGEN: WAAROM DOE JE DAT ZO?”

hun praktijkstage voeren ze interdisciplinair opdrachten uit en worden daarbij begeleid door zowel de Zuyd Hogeschool als onze eigen mensen. Dit zijn geen lange wetenschappelijke trajecten, maar heel praktijkgerichte opdrachten.”

“Zo zijn groepjes studenten bezig geweest met het in kaart brengen van geschikte VR-games voor traumarevalidatie, het verkennen van uitbreidingsmogelijkheden van de Adelante Oefenapp en een overzicht van elektrische ondersteuning voor handbewogen rolstoelen bij kinderen. De studenten brengen kennis vanuit hun specifieke opleiding in en voegen die samen. Daardoor ontstaat een multidisciplinair eindproduct, in nauwe samenwerking met collega’s van de werkvloer én de revalidanten zelf.”

“Zuyd Hogeschool zoekt dat interdisciplinair stagelopen heel bewust bij ons op. Daarom hebben we onze langjarige samenwerking onlangs vernieuwd met de ambitie om dit verder uit te bouwen met andere vakgebieden. Dat kunnen bij wijze van spreken zelfs economiestudenten zijn. Want in slechts één discipline aan het werk zijn, dat is echt verleden tijd.”

Huijnen: “Revalidatie heeft interdisciplinair werken van oudsher al in zich, het gaat altijd om een team met meerdere disciplines rondom een patiënt. We zien nu ook elders in de zorg een shift ontstaan van het oplossen van een ziekte of aandoening naar een veel meer op participatie gerichte integrale benadering van gezondheid. De revalidatiegeneeskunde heeft daar veel kennis en ervaring mee opgedaan en dat willen we vertalen naar de hele keten toe. Richting huisartsen en ziekenhuizen, maar ook richting het onderwijs op hogescholen en universiteiten.”

fysiek dicht bij de fysio- en ergotherapeuten die patiëntenzorg doen. Zo zien zorgverleners de mensen die met het onderzoek bezig zijn en andersom. Ze lopen door elkaar heen en kunnen elkaar bevragen.”

Huijnen: “Ook in het type onderzoek dat we doen, proberen we de praktijk steeds beter mee te nemen. Onlangs hebben we op het gebied van pijnrevalidatie een netwerk opgezet op basis van ‘user center design’. Dit is een iteratieve manier van ontwikkelen in de combinatie implementatie-onderzoek. Hierbij neem je de gebruiker heel nadrukkelijk mee in het ontwikkeltraject. Stapsgewijs bekijk je hoe je een zo goed mogelijk product of zorgprogramma kunt opleveren, dat aansluit bij zowel de patiënt als de behandelaar. In het design ga je dus kortcyclisch evalueren: wat is de ervaring van de patiënt, de behandelaar en eventuele andere betrokkenen? Op basis daarvan stel je bij, evalueert dan opnieuw en voert aanpassingen door, net zolang totdat je een oplossing hebt die geschikt is voor implementatie.”

Plagge: “Dit kijkt af van de in de geneeskunde gebruikelijke randomized clinical trial als onderzoeksmethode. Daarover hebben we, ook samen met andere revalidatiecentra, regelmatig discussie met verzekeraars. Voor revalidatiegeneeskunde heb je andere onderzoeksmethoden nodig, die recht doen aan de complexiteit en individualiteit van onze patiënten en dus onderzoekspopulaties.”

Hoe worden jullie innovaties dan gefinancierd?

Plagge: “Dat is lastig. De revalidatie is één van de laatste onderdelen in de zorg die via een minutensysteem wordt bekostigd. Als we door innovatie minder menskracht inzetten, krijgen we dus ook minder geld en dat werkt contraproductief. De financiering voor vernieuwing en onderzoek moeten we dus elders vandaan halen. Voor een klein stukje komt die uit de eigen bedrijfsvoering, voor de rest proberen we permanent derde geldstromen te creëren. Het Kenniscentrum speelt daar een centrale rol in.”

“Subsidies zijn belangrijk voor ons, zoals de SET-subsidie die we ontvangen om het Telerevalidatieplatform met digitale oefenprogramma’s voor patiënten in onze reguliere zorg te integreren. Maar eigenlijk zou de financiering van revalidatiezorg zo aangepast moeten worden, dat we investeringen in nieuwe technologie kunnen terugverdienen. Wij waren bijvoorbeeld één van de eersten met een Zero-G, een robotisch hulpmiddel voor mensen met kracht- en/of coördinatieproblemen. Dat bespaart onze fysiotherapeuten tijd, maar zo’n Zero-G kost enkele tonnen bij aanschaf en jaarlijks een bedrag aan servicekosten. Die investering

moet je kunnen terugverdienen, anders blijft er geen geld over voor andere innovaties.”

Wat heeft deelname aan het internationale i2-CoRT project Adelante opgeleverd?

Huijnen: “Adelante heeft i2-CoRT opgezet en geleid (zie ook www.i2-cort.eu, red). Het doel van dit driejarige project was om kennisinstututen, zorginstellingen, het bedrijfsleven en patiënten uit de Euregio te verbinden om de ontwikkeling en implementatie van revalidatietechnologie te versnellen. In de praktijk zagen we vaak dat het bedrijfsleven met een product kwam dat niet goed aansloot bij de vraag op de werkvloer en andersom.”

Plagge: “Ook klopten allerlei bedrijven bij een zorgaanbieder aan en dan was het maar net welk vriendje ze hadden dat bepaalde of een nieuwe ontwikkeling werd opgepakt. Dat wilden we gestructureerd aanpakken door één gezamenlijke voordeur te creëren voor innovaties. Tijdens het project is bij ons een testcentrum ingericht voor revalidatietechnologie. Daar vindt de interactie plaats tussen zorgverleners, technici, patiënten en mensen van hogescholen en universiteiten. Het bedrijfsleven kan daar komen met een product, waarvan zij denken dat het relevant is voor de zorg. En zorgverleners kunnen er bedrijven uitnodigen om mee te denken over de oplossing van een probleem, waar zij tegenaan lopen.”

“Daarnaast is i2-CoRT benut om de procesmatige aanpak van technologische innovaties te organiseren. Samen met andere zorg- en kennisinstellingen uit Zuid-Nederland, het grensgebied van Duitsland, Vlaanderen en Wallonië hebben we een procedure met checklijsten opgesteld. Aan de hand daarvan kunnen we snel en effectief beoordelen of een technologische innovatie zinrijk is.”

Hoe vinden jullie dat het opschalen van innovaties in de revalidatiezorg verloopt?

Huijnen: “Dat moet eigenlijk beter. Want uiteindelijk gaan stagiaires ook aan onze zorgverleners vragen: waarom doe je dat nou zo? Die vraag moet je altijd stellen en je moet blijven vernieuwen.”

Plagge: “Daar doen we zelf ook actief aan mee. Als sector verzamelen we steeds meer data om te kunnen vergelijken, zowel inhoudelijk als bedrijfsmatig. Op basis daarvan kunnen we vragen beantwoorden als ‘hoe kan het dat in Groningen een CVA-patiënt korter of langer opgenomen is of dat er meer uren van bepaalde disciplines in de behandeling worden gestoken?’. Die gegevens brengen we samen in één revalidatieregister. Zo kunnen we van elkaar leren en waar nodig onze zorg bijstellen. Daar is nog veel winst te behalen.” ■



CV

Henri Plagge is sinds mei 2018 voorzitter van de Raad van Bestuur van Adelante Zorggroep. Als kernactiviteiten biedt Adelante ‘volwassenenrevalidatie & arbeidsreintegratie’, kinderrevalidatie, ‘speciaal onderwijs & wonen’ en ‘audiologie & communicatie’.

Van huis uit is Plagge arts Maatschappij en Gezondheid. Naast bestuursvoorzitter van Adelante is hij bestuurder van Revalidatie Nederland. Plagge is een echt mensenmens en zet zich vol in om de regels die gelden voor de revalidatiezorg zodanig te benutten, dat anderen binnen de Zorggroep hun werk prettig en goed kunnen doen.



CV

Ivan Huijnen is manager en senior onderzoeker bij zowel het Adelante Kenniscentrum als de vakgroep Revalidatiegeneeskunde van de Universiteit Maastricht. Hij is opgeleid als gezondheidswetenschapper en fysiotherapeut. In 2010 promoveerde Huijnen aan de Universiteit Maastricht op het fysiek functioneren van patiënten met chronische lage rugpijn.

Centraal in zijn werk staat altijd het maximale eruit halen voor de patiënt, zodat die ondanks een aandoening of beperking zo optimaal mogelijk kan leven en deelnemen aan de samenleving.