



MTA-XXV-interview 20: MTA in gesprek met Merel van der Spoel & Jochem Bol



Merel van der Spoel (psycholoog): *"Investeren in herstel: korte termijn pijn, lange termijn fijn!"*



Jochem Bol (fysiotherapeut): *"Wij brengen je weer terug van overleven naar leven"*

Inhoudsopgave

1. Wie zijn Merel van de Spoel en Jochem Bol?
 2. Drie opmerkingen vooraf
 3. De onderwerpen van gesprek
 4. De verdere verwijzingen
 5. De uitgereikte wijn
- De achtergrond van de naam Robin Revalidatie
 - Het bekende trio: de diagnose, de klachten en de beperkingen
 - De ICF en de praktische toepassing
 - Wat van belang is om te weten voordat je gaat behandelen
 - Klacht of stoornis: herstel of acceptatie
 - Voor wie kunnen zij wat betekenen
 - Multidisciplinair versus interdisciplinair behandelen: kansen en bedreigingen
 - Hun persoonlijke drive en boodschap voor de branche
 - Hun aanbod voor de MTA-XXV Nieuwsbrief lezer



1. Wie zijn Merel van der Spoel & Jochem Bol?

Merel van der Spoel en Jochem Bol zijn de oprichters van Robin Revalidatie (voorheen Together in Motion (T.i.M.)). Zij zijn respectievelijk als psycholoog en als fysiotherapeut gespecialiseerd en deskundig op het gebied van (niet-)objectiveerbare lichamelijke, emotionele en cognitieve klachten na een ongeval. In een interdisciplinair team van medisch specialisten, fysiotherapeuten, psychologen en werkcoaches wordt nauw samengewerkt waarbij het belang van de cliënt centraal staat.

Ik heb Merel en Jochem ontmoet toen zij voor de Werkgroep Artsen Advocaten (WAA) een lezing gaven over hun aanpak. Dat sprak mij zo aan, dat ik na afloop meteen heb gevraagd of ik hen in het kader van dit MTA-XXV-Interviewproject mocht spreken. Er was meteen een klik!

2. Drie opmerkingen vooraf

Hieronder treft u het verslag van mijn gesprek met Merel van der Spoel & Jochem Bol op 4 oktober 2023. Ter wille van de leesbaarheid is het slachtoffer altijd in de mannelijke vorm aangeduid. Taalkundig is het slachtoffer overigens onzijdig.

De zwart gedrukte teksten zijn bedoeld als een verbindende tekst ten behoeve van de leesbaarheid van dit verslag. **De blauw gedrukte teksten zijn de door mij gestelde vragen, althans mijn tekst. De roodbruin gedrukte teksten zijn de antwoorden. Daarbij is telkens aangegeven of de antwoorden van Merel zijn, of van Jochem.**

Het MTA-XXV Interviewproject gaat over Licht Traumatisch Hersenletsel in het algemeen en het Post Commotioneel Syndroom in het bijzonder. Die begrippen zullen hierna telkens worden afgekort met LTH en PCS.

3. De onderwerpen van gesprek

Het interview begint met een toelichting van mij op de twee bekende plaatjes die ik alle geïnterviewde personen heb laten zien. U weet wel, die ene met de blauwe streep (daarboven is niets te zien op beeldvorming, daaronder wel) en die andere met de rode en groene blokken (over de verhouding tussen hersenschade en de ervaren lijdensdruk). Ook heb ik verteld over de contouren van het Wasstraatraject, als voorbeeld van een herstelgerichte aanpak.

• De achtergrond van de naam Robin Revalidatie

Toen ik Merel van der Spoel en Jochem Bol in oktober 2023 sprak, stond het door hen in 2019 opgerichte revalidatiecentrum nog bekend onder de naam Together in Motion (TiM). Jochem kondigde toen aan dat zij die naam zouden gaan wijzigen in Robin Revalidatie.

De keuze voor die naam is niet zomaar gemaakt. Het roodborstje, oftewel "Robin" in het Engels, staat bekend om zijn veerkracht en zelfredzaamheid. Zelfs in de winter blijft deze vogel zingen, een symbool voor doorzettingsvermogen en onafhankelijkheid. Die eigenschappen sluiten perfect aan bij de missie van het revalidatiecentrum, waar cliënten worden geholpen om weer zelfstandig en zelfredzaam te worden.

- **Het bekende trio: de diagnose, de klachten en de beperkingen**

Tijdens dit interviewproject is al meerdere keren gebleken dat de betrokken professionals vanuit verschillende perspectieven naar een betrokkene kijken: artsen vanuit een diagnose, juristen vanuit de klachten en behandelaren vanuit de beperkingen. Ik ben benieuwd wat het startpunt is voor Merel en Jochem in hun aanpak. Ik formuleer mijn eerste vraag daarom als volgt.

Wat is bij jullie het uitgangspunt voor de behandeling: de diagnose, de klachten of de beperkingen?

Jochem: Bij ons begint het proces met het vaststellen van wat de cliënt zelf wil bereiken. Dat doel bepaalt de richting van de behandeling. Natuurlijk moeten we evalueren of het haalbaar is, maar het doel stuurt de keuze van de behandelmethoden en middelen. Beperkingen worden ook in overweging genomen, maar elk individu is uniek. We zien allerlei combinaties van klachten en beperkingen, oftewel fenotypes. Bijvoorbeeld, als iemand zowel cognitieve als emotionele problemen heeft, vraagt dat om een andere aanpak dan wanneer iemand alleen cognitieve problemen heeft met minder emotionele impact.

Ook de aard van de fysieke klachten en de specifieke doelen van de cliënt – zoals terugkeren naar een functie met veel prikkels (zoals bijvoorbeeld in de kinderopvang) versus een functie met hoge cognitieve eisen – bepalen de behandeling.

Onze aanpak begint dus niet bij de diagnose, klachten of beperkingen op zich, maar bij de mogelijkheden en wensen van de cliënt. We willen weten wat iemand weer wil doen en wat diegene tegenhoudt om dat te bereiken. Van daaruit werken we verder.

Merel: Onze benadering is holistisch. Wij bekijken de gehele situatie van de cliënt en gebruiken onze kennis en inzichten om te begrijpen waarom iemand mogelijk niet herstelt. We zoeken naar mogelijkheden om de beperkingen te verminderen. Het is belangrijk om te begrijpen welke voorwaarden nodig zijn om vooruitgang te boeken. Bijvoorbeeld, als iemand zeer angstig is, kan exposure-therapie niet effectief zijn zonder eerst die angst te reguleren. De angst zelf kan een belemmering vormen voor verdere training. Daarom besteden we veel aandacht aan het leren kennen van de cliënt en het bepalen van wat nodig is om de volgende stap te zetten. Die voorbereidingsfase is belangrijk om een effectieve behandeling te waarborgen.

Wat zijn de belangrijkste thema's die jullie in de behandeling hanteren en hoe worden die thema's in de praktijk toegepast?

Jochem: We richten ons op drie hoofdthema's: cognitief, fysiek en emotioneel. Uiteindelijk moeten deze thema's zich vertalen naar zingeving en kwaliteit van leven, met als doel dat cliënten weer volledig kunnen deelnemen aan het leven dat ze wensen. Vaak merken we dat cognitieve klachten sneller verminderen wanneer zowel de fysieke als mentale toestand van een cliënt goed is. De diagnose zoals gesteld bij niet-aantoonbare problematiek, wordt in onze benadering minder relevant. Wat echt telt, zijn de onderliggende factoren die het herstel belemmeren. We moeten verder kijken dan alleen de oppervlakkige symptomen. Het gaat erom te begrijpen waarom iemand niet herstelt, wat er speelt in hun context en waardoor ze niet tot rust komen of hun activiteiten weer kunnen oppakken. Die diepere oorzaak is veel belangrijker dan de diagnose zelf.

Merel: Dat klopt, en deze kernbenadering is van groot belang. Of we nu praten over concentratie, aandacht of kortetermijngeheugen, het is belangrijk te begrijpen dat deze elementen nauw met elkaar verwant zijn en niet afzonderlijk kunnen worden behandeld. De diagnose en de klachten worden vaak te oppervlakkig benaderd. Het echte werk is het vinden van de diepere oorzaak van het niet herstellen. Wanneer een cliënt begrijpt dat dit de volgorde is en vertrouwen heeft in het proces, kunnen we grote vooruitgang boeken. Als dat vertrouwen ontbreekt, hebben we een groter probleem. Zowel de medische sector met zijn focus op diagnose als de advocatuur met zijn nadruk op klachten schieten vaak tekort in deze benadering.

- **De ICF en de praktische toepassing**

De International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) biedt een gestructureerd raamwerk voor het begrijpen van de impact van aandoeningen op functioneren en kwaliteit van leven. Veel professionals gebruiken de ICF als startpunt voor hun gedachtevorming en behandelstrategieën. Dat model helpt bij het categoriseren van verschillende aspecten van functioneren, zoals stoornissen, sociale omgeving en persoonlijke factoren. Ik ben benieuwd of de ICF ook voor Merel en Jochem, experts in revalidatie, het uitgangspunt is.

Speelt de ICF een rol in jullie behandelmethoden? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet?

Merel: Het ICF-model is inderdaad een waardevol hulpmiddel, maar wij vinden dat het niet altijd de volledige complexiteit van revalidatie en behandeling dekt. Het model biedt een structuur voor het categoriseren van stoornissen, sociale omgeving en persoonlijke factoren, maar het echte werk zit in het begrijpen van de onderliggende factoren die bijdragen aan de huidige toestand van een patiënt. Het "vliegwieltje" dat wij gebruiken, is het maken van de verbindingen tussen deze elementen om te begrijpen waarom dingen niet lopen zoals ze zouden moeten.

Jochem: Daarnaast mist het ICF-model soms belangrijke aspecten, zoals de invloed van het neuro-immuunsysteem. Dat speelt vooral bij patiënten met PCS-klachten. Het neuro-immuunsysteem speelt een belangrijke rol in hoe prikkels worden verwerkt en kan aanzienlijke invloed hebben op de symptomen van PCS-patiënten. Het ICF-model houdt hier niet altijd rekening mee, wat kan leiden tot een onvolledig beeld van de patiënt en diens behoeften.

Als wij het hebben over verbindingen maken, dan moet ik meteen denken aan de "witte stofbanen" in de hersenen, omdat die verantwoordelijk zijn voor de verbindingen tussen de verschillende hersengebieden. Speelt dat in dit kader ook mee in jullie overwegingen over de inrichting van het herstelproces?

Jochem: De schade aan de witte stof speelt een belangrijke rol bij veel hersenletselpatiënten, inclusief die met PCS. De witte stof, die de verbindingen tussen verschillende hersenstructuren omvat, kan worden aangetast na een ongeval. Dit kan het energietransport en de communicatie tussen hersencellen verstoren, wat invloed heeft op hoe iemand functioneert. Hoewel de schade aan de witte stof vaak nog niet zichtbaar is met huidige beeldvormingstechnieken, weten we dat het energietransport vaak hapert, waardoor herstel moeilijker kan zijn.

Merel: De toekomst van beeldvormingstechnieken zoals Diffusion Tensor Imaging (DTI) zou ons mogelijk kunnen helpen om deze schade beter zichtbaar te maken. Echter, zelfs als we de anatomische schade kunnen zien, blijft de vraag hoe we die schade effectief kunnen behandelen. Onderzoek op dat punt blijft nodig.

- **Wat van belang is om te weten voordat je gaat behandelen**

In eerdere MTA-XXV Nieuwsbrieven is het fenomeen van slechte voorspellers en herstelvertragende factoren besproken. Dat zijn omstandigheden die kunnen aangeven of een betrokkene waarschijnlijk langer over het herstel zal doen. Tegen die achtergrond wil ik graag weten welke aspecten Merel en Jochem in overweging nemen om ervoor te zorgen dat de behandeling effectief is en niet wordt belemmerd door andere omstandigheden.

Wat zijn de belangrijkste factoren die jullie in overweging nemen voordat jullie beginnen met een behandeling en hoe kunnen die factoren van invloed zijn op de keuze van de behandeling of op mogelijke contra-indicaties?

Merel: Een belangrijke factor om te overwegen is de aanwezigheid van financiële zorgen. Als cliënten veel stress hebben over hun financiële situatie, kan het weinig zin hebben om stressregulerende therapie aan te bieden, omdat de therapie niet beklijft vanwege de aanhoudende dreigende situatie. Het is belangrijk om eerst de basisbehoeften te stabiliseren voordat we intensieve therapieën starten en voordat daadwerkelijk een gedragsverandering kan plaatsvinden. Denk hierbij aan het creëren van een sociaal steunsysteem en het regelen van praktische hulp, zoals huishoudelijke ondersteuning of familiehelp. We moeten ervoor zorgen dat cliënten de juiste omstandigheden hebben om effectief aan hun herstel te werken.

Jochem: Het is ook belangrijk om te kijken naar de bereidheid van cliënten om hulp te vragen. Veel cliënten met een groot verantwoordelijkheidsgevoel willen alles zelf doen, wat kan leiden tot overbelasting. We zien vaak dat tussen de 25 en 30% van onze cliënten bij aanvang medicatie gebruiken die herstel kan belemmeren, zoals benzodiazepines of opioïden. Die medicatie kan de effectiviteit van de behandeling verminderen, ja zelfs de klachten verergeren en het risico op verslaving verhogen. Het is in ieder geval belangrijk om het medicatiegebruik in overweging te nemen bij het plannen van de behandeling.

Merel: Psychologische factoren zoals de aanwezigheid van persoonlijkheidsproblematiek, (geschiedenis van) zware depressie of angststoornissen niet gerelateerd aan het ongeval kunnen ook een contra-indicatie zijn maar dan een relatieve geen absolute. Ze kunnen het herstelproces vertragen maar komen soms pas in ons traject aan het licht. Het is belangrijk om dergelijke factoren te bespreken met de cliënt, zodat zij begrijpen dat het herstel mogelijk langer kan duren. Uiteraard bij ernstige psychische aandoeningen zoals psychose of suïcidaliteit, moeten we de cliënt mogelijk niet direct in ons traject opnemen, zeker niet als dat acuut is. Daar ligt onze expertise niet.

Jochem: Het perspectief en de zingeving zijn ook belangrijk. Een cliënt die geen doel meer voor ogen heeft (niet gerelateerd aan depressie), kan het moeilijk vinden om gemotiveerd te blijven of te worden. Dat kan het herstel bemoeilijken, omdat het ontbreken van een duidelijk doel de motivatie vermindert.

Als er sprake is van angstproblematiek gerelateerd aan het ongeval kan het nodig zijn om eerst een trauma- of PTSS-behandeling te geven voordat we verder kunnen werken aan bijvoorbeeld de cognitieve vaardigheden, vooral als de cliënt veel spanning en angst ervaart dan houdt dat de cognitieve klachten vaak in stand

Slaapproblemen, die bij 50 à 60% van onze cliënten voorkomen, zijn ook een belangrijke factor. Goede slaap is noodzakelijk voor herstel en slaapproblemen moeten worden aangepakt om verdere vooruitgang mogelijk te maken.

Merel: Het is ook opvallend dat cliënten vaak lange tijd in bed liggen, maar de kwaliteit van hun slaap vaak laag is. Men denkt dus dat ze die tijd in bed echt nodig hebben. Sommige mensen slapen zo licht dat ze vaak wakker worden en piekeren, terwijl anderen zo moe zijn dat ze lange tijd in bed blijven zonder echt uitgerust te raken. De reden van het mindere slapen is weer bij elke client anders en dat moeten we zien te achterhalen. Beide situaties creëren vicieuze cirkels die het herstel kunnen belemmeren. Daarom is het belangrijk om deze slaapproblemen aan te pakken als onderdeel van de behandeling.

Jochem: Dat sluit aan bij de bredere thema's van over- en onderbelasting. Cliënten kunnen bijvoorbeeld lichamelijk in bed liggen en daardoor onderbelast raken, terwijl hun geestelijke overbelasting doorgaat. Of ze proberen alle ballen hoog te houden, wat leidt tot constante overbelasting. Het is dus van groot belang om deze disbalans te herkennen en te adresseren in de behandeling.

- **Klacht of stoornis: herstel of acceptatie?**

In de revalidatie zijn er twee zienswijzen die de benadering van behandeling beïnvloeden. De ene stroming richt zich primair op herstel, met de overtuiging dat zelfs bij hersenschade verbetering mogelijk is door intensieve training en therapie. De andere stroming stelt dat bij een stoornis, waar de schade permanent is, de focus moet liggen op acceptatie en het aanpassen aan de beperkingen die de stoornis met zich brengt.

Hoe passen jullie deze twee benaderingen toe in jullie werk? En in hoeverre achten jullie herstel mogelijk, zelfs bij ogenschijnlijk permanente schade?

Merel: Ik ben het niet altijd eens met de visie dat een stoornis automatisch acceptatie vereist. Neem bijvoorbeeld het probleem van een Cerebro Vasculair Accident (CVA), ook wel bekend als een beroerte. Als mensen daarna dagelijks slechts 20 minuten fysiotherapie krijgen met eenvoudige oefeningen, wordt vaak gezegd: "Er is sprake van een aandoening, het zal niet beter worden." Maar wanneer we deze mensen intensief en doelgericht trainen, bijna zoals topsporters, kan het zijn dat die beperkingen behorende bij een bepaalde stoornis uiteindelijk geen functionele problemen meer opleveren. Dat is te danken aan het principe van "neuroplasticiteit", waarbij de hersenen in staat zijn om zich aan te passen en nieuwe verbindingen te vormen, zelfs na ernstige schade. Waarom zouden we dan bij voorbaat zeggen dat stoornissen/klachten moeten worden geaccepteerd? Natuurlijk hangt het af van het type problematiek en ik wil zeker niet alles over één kam scheren, maar mijn ervaring is dat hard werken aan herstel en invloed pakken waar dat kan vaak meer oplevert dan verwacht. Het vraagt alleen veel meer aandacht en tijd van zowel de client als van de zorg.

Daarnaast kan door het stellen van een diagnose soms causale attributie ontstaan. Een diagnose kan leiden tot een bepaald beeld of protocol dat misschien helemaal niet nodig of passend is voor de betreffende persoon. Hoewel een diagnose ook voordelen kan hebben (het kan soms een verklaring zijn voor mensen, terwijl het wellicht ook dingen kan ophelderen), kijk ik liever naar de mogelijkheden van de patiënt. Ik geloof dat het belangrijk is om te zien hoe ver iemand kan komen voordat we accepteren dat de situatie niet verder te verbeteren is.

Wat ik vaak zie bij mensen met PCS is dat hun "accu" eerder leeg is en trager oplaadt dan voorheen, waardoor zij sneller klachten ontwikkelen, maar dat betekent nog niet dat er geen verbetering meer mogelijk is. Vaak heerst de angst dat ze bijvoorbeeld hun geheugen kwijt zijn of dat ze niets meer kunnen. Het enige wat wij kunnen doen, is iemand weer invloed laten krijgen op zijn/haar energie. Wanneer ze intensief trainen en langzaam alle vermeden prikkels weer gaan trainen, dan gebeurt er vaak iets bijzonders. Na een maand merken ze ineens: het zit er nog wel, er was te weinig energie om het goed te laten werken. Ze waren bang om het weer te proberen en hadden het vertrouwen verloren. Door de training krijgen ze controle over hun herstel en zien we de neuroplasticiteit van het brein in actie. Dat proces vind ik elke keer weer indrukwekkend.

- **Voor wie kunnen zij wat betekenen?**

Hoe vaak komt het voor dat jullie tegen iemand moeten zeggen: "Sorry, maar ik kan verder niets voor u doen"?

Jochem: Er zijn eigenlijk twee situaties waarin dat voorkomt. Eén: we kunnen niet verder omdat er iets anders speelt dat buiten ons expertisegebied valt of er is sprake van niet-behandelbare factoren die het behandelingsresultaat negatief beïnvloeden. Denk hierbij aan grote financiële problemen, verlies van huisvesting of aan iemand die ongeneeslijk ziek is/wordt. Twee: soms is de problematiek zo complex dat het echt onze pet te boven gaat of niet in ons medisch straatje past.

Als er sprake is van psychopathologie en medicatie afhankelijkheid, dan kunnen wij overleggen met andere specialisten of samenwerking mogelijk is of bepalen wij dat wij niet de juiste partij zijn op dat moment.

Als iemand zich niet in onze visie kan vinden of als er sprake is van te grote problematiek in de sociale dan wel financiële context, dan moeten we helaas zeggen dat wij niet de geschikte partij zijn. Wij proberen dan gericht door te sturen. Als ook dat niet lukt, zoeken wij samen met de betrokken partijen naar een andere oplossing.

Bij hoeveel mensen gebeurt dat? Eén of twee op de tien?

Jochem: Ja, ongeveer, dus in 10 tot 20% van de gevallen. Wanneer dat moment komt, varieert. Dat kan direct na de kennismaking zijn, na de intake, of soms pas na fase 1 van het traject. In het laatste geval komt dit vaak doordat cliënt zich niet kan vinden in onze behandelvisie of dat er andere thema's naar voren komen die tijdens de intake niet zichtbaar waren.

Merel: We zijn hulpverleners en willen altijd proberen. We zoeken altijd naar mogelijkheden, maar moeten ook eerlijk zijn in het verwachtingsmanagement. Als we bijvoorbeeld weten dat er factoren spelen die moeilijk beïnvloedbaar zijn, kunnen we soms al aanvoelen dat er een plafond is aan wat we kunnen bereiken. Dat moeten we dan bespreekbaar maken. We kunnen iemand tot een bepaald punt helpen, maar wat er daarna overblijft, moet de tijd leren. Soms betekent dat doorverwijzen naar andere specialisten of andersom, dat ze eerst ergens anders hulp zoeken en daarna bij ons komen. Maar we proberen altijd een stap in de goede richting te maken, of dat nu met ons, zonder ons of in samenwerking is.

Dus, als ik het goed begrijp, wordt bij 10 à 20% van de patiënten vrij snel duidelijk dat jullie weinig voor hen kunnen betekenen. Hoeveel van de andere patiënten kunnen jullie dan wél volledig helpen?

Jochem: Uit recent kwaliteitsonderzoek blijkt dat ongeveer 21% van onze cliënten uiteindelijk volledig klachtenvrij is na de behandeling. Dit cijfer omvat alle letsels, niet alleen PCS.

Merel: Ja, 21% van de mensen scoort een 1 op een schaal van 1 tot 10, waarbij 1 betekent dat ze volledig klachtenvrij zijn. Dat cijfer verraste me, want ik had eerlijk gezegd verwacht dat het minstens 80% tevreden zou zijn. Maar onze statisticus gaf aan dat een score van 21% eigenlijk heel hoog is, omdat we te maken hebben met complexe problematiek met langdurig aanhoudende klachten. De 21% klachtenvrij is namelijk wat anders dan het percentage tevredenheid na een traject, dat ligt wel veel hoger, op 83%. Binnen die 83% is dus 21% volledig klachtenvrij.

We weten dat voor veel mensen met PCS het leven na het ongeval nooit meer hetzelfde zal zijn. Het zal niet meer worden zoals vroeger, maar hoe vaak lukt het jullie om mensen te helpen accepteren dat hun "nieuwe normaal" ook goed is, zelfs als ze niet helemaal klachtenvrij zijn?

Merel: We gebruiken vaak de QOLIBRI-vragenlijst (Quality of Life After Brain Injury), die specifiek is gericht op PCS en de kwaliteit van leven meet bij mensen met hersenproblematiek. Uit onze gegevens van deze specifieke doelgroep blijkt dat alle mensen die een AGT traject hebben gelopen zichzelf gemiddeld 79% geven op de Qolibri. Dus op kwaliteit van leven geven ze zichzelf op een schaal van 100% gemiddeld 79%, waarvan de laagste op 54% zit.

De genoemde 21% betreft onze hele praktijk, inclusief alle types letsels, terwijl de genoemde 79% alleen betrekking heeft op de PCS-cliënten die de QOLIBRI-vragenlijst hebben ingevuld bij start en bij einde traject. Die vragenlijst geeft specifiek voor PCS een goed beeld van hoe mensen hun leven ervaren na onze behandeling.

Jochem: Samengevat: 21% van al onze cliënten is volledig klachtenvrij, maar als we kijken naar mensen die nog wel enige klachten hebben maar toch een bevredigend leven leiden, dan kom je op 83%. Deze mensen zijn niet restloos hersteld, maar hebben wel het leven terug dat ze willen leiden. Dat betekent dat een groot percentage van onze cliënten uiteindelijk tevreden is met zowel de behandeling als het behaalde resultaat, en dat hun kwaliteit van leven weer goed is, ook al zijn ze niet volledig klachtenvrij.

Dat is inderdaad niet volledig klachtenvrij, maar het is goed zoals het is. Ze zijn misschien niet meer de oude, maar het is acceptabel.

Merel: Dat is een belangrijk punt, want mensen weten na twee of drie jaar vaak niet meer precies hoe het vroeger was. Jeugdherinneringen zijn ook niet altijd betrouwbaar maar voelen wel als waarheid. Het is lastig om precies te meten wat het verschil is tussen hoe iemand zich vroeger voelde en nu. Hoe zie jij dat als advocaat?

Dan ga ik weer even terug naar het voorbeeld van de accu. Ook zonder het ongeval veroudert een "gezonde" accu, waardoor deze sneller leeg raakt en langzamer oplaadt. Door een ongeval kan dat proces eerder intreden. In mijn werk is het belangrijk om die verschillen duidelijk in kaart te brengen. We kijken naar wat iemand zonder ongeval (de X-situatie) zou hebben

gekund en vergelijken dat met wat ze nu kunnen (de Y-situatie). Dat is de gebruikelijke formule: $X - Y = \text{Schade}$.

- **Multidisciplinair versus interdisciplinair behandelen: kansen en bedreigingen**

Jullie hebben eerder aangegeven dat jullie een multidisciplinaire aanpak hanteren door holistisch te kijken. Soms vragen jullie ook consulten aan bij andere disciplines. Dat betekent nog niet dat de behandeling niet multidisciplinair is, maar eerder dat jullie extra expertise inschakelen. Wat zijn de nadelen van een multidisciplinaire aanpak? We horen vaak over de voordelen, maar zijn er ook risico's?

Jochem: Een belangrijk nadeel van een multidisciplinaire aanpak is het risico op overbehandeling. Dat kan ontstaan door overlapping in behandelingen, waarbij patiënten mogelijk dubbele informatie of dubbele behandelingen ontvangen. Dat maakt het behandelingsproces niet alleen complexer, maar kan ook leiden tot hogere kosten.

Merel: Een ander probleem bij multidisciplinair werken, vind ik, zijn de communicatieproblemen tussen teamleden. Bijvoorbeeld, in een groot revalidatieteam, waar je als specialist maar af en toe je cliënt ziet, kunnen de lijnen tussen de verschillende professionals verwateren. Dat vraagt van de cliëntcoördinator een hoge mate van efficiëntie en een goede organisatie om het overzicht te bewaren. Bij een team van tien mensen kan het erg lastig zijn om effectief samen te werken en te communiceren zonder dat er veel ruis ontstaat. Onderzoek wijst uit dat een team van meer dan acht leden snel inefficiënt kan worden. Ik vind zelf zes mensen in een team al behoorlijk veel. Het is belangrijk dat de cliëntcoördinator goed weet wie waarvoor wordt ingezet en ervoor zorgt dat er een goede klik is tussen de cliënt en het team.

Jochem: Wat wij doen is interdisciplinair werken. Dat betekent dat verschillende disciplines samen behandelingen plannen en uitvoeren. We houden ook gezamenlijke sessies, waardoor we goed op elkaar kunnen afstemmen en elkaars behandelingen kunnen integreren. Dat bevordert een meer samenhangende aanpak. Bij multidisciplinair werken gebeurt dat niet altijd. Als iemand bijvoorbeeld zowel door een huisarts als door een neuroloog wordt behandeld, is dat al een multidisciplinaire behandeling. Maar die twee behandelaren hoeven elkaar niet te ontmoeten of te spreken. Bij een interdisciplinaire behandeling werken de disciplines daadwerkelijk samen en communiceren ze voortdurend met elkaar.

Dus hoe meer disciplines betrokken zijn, des te hoger de eisen aan de communicatie en aan de samenwerking om ruis te voorkomen.

Merel: Inderdaad. Bij een te groot team kan de cohesie afnemen, wat vaak ten koste gaat van de kwaliteit van de behandeling. Een sterke teamcohesie is belangrijk voor het leveren van een hoogwaardig resultaat. Zonder die samenhang kan de kwaliteit van de zorg aanzienlijk verminderen.

- **Hun persoonlijke drive en boodschap voor de branche**

Wat is niet over jullie bekend dat wel interessant is om te weten?

Merel: Ja, dat is wel grappig, want ik vraag me direct af: wat is er eigenlijk wel bekend over ons? Ik denk eerlijk gezegd dat er nog niet zo veel bekend is. We krijgen wel eens van arbeidsdeskundigen te horen dat we commerciëler zouden moeten zijn. Ze zeggen dan: "Jullie

leveren kwalitatief goed werk, maar ik hoor te weinig van jullie." We zijn gewoon veel liever bezig met de inhoud van ons vak dan met de commerciële kant.

Verder is het leuk om te weten dat we dit jaar ons 5-jarig bestaan vieren.

Dat is een mooie mijlpaal, gefeliciteerd. Wat maakt jullie blij, gelukkig en tevreden?

Jochem: Voor mij zijn het de geweldige collega's, de passie waarmee we werken en de resultaten die we samen met de cliënt bereiken. Die gezamenlijke inspanning om dat resultaat te behalen, zoals die 21% die van een 10 naar een 1 gaat.

Merel: Ja, precies dat! De grootste kick krijg ik ervan als je die puzzel samen weet te leggen en daarna met de cliënt een high five kunt doen als alles is gelukt. Het is hard werken, maar het geeft enorm veel voldoening om dat samen voor elkaar te krijgen.

Wat is jullie drive? Waarom doen jullie wat jullie doen?

Jochem: Wij geloven in vooruitgang. Revalidatie wordt vaak gezien als een soort eindpunt, waar je moet accepteren dat het is zoals het is. Maar wij willen juist eerst kijken waar er nog verbetering mogelijk is. Hoe kunnen we iemand zo dicht mogelijk bij die 1 krijgen? Dat is onze drijfveer: het geloof in neuroplasticiteit en de veranderbaarheid van de mens.

Merel: Wat ook fantastisch is, is om te zien hoe mensen zichzelf weten te verrassen. Ze hadden vaak niet verwacht dat ze bepaalde dingen nog zouden kunnen en dat bereik je door intensieve begeleiding en het op de juiste manier uitdagen van mensen. Je bent bijna een sportpsycholoog die mensen tot prestaties brengt die ze zelf niet voor mogelijk hielden. De drive om mensen zichzelf op een hoger niveau van leven te laten komen, door creatiever met behandelmethoden om te gaan is groot. **Komt jullie aanpak en visie in dat opzicht dan dicht bij wat CFX in Amerika doet, met zo'n high exposure in korte tijd?**

Jochem: De basis, de neuroplasticiteit, is hetzelfde, ja. Maar we geloven niet in de snelheid waarmee zij werken. Dat wil zeggen, sommige mensen hebben er baat bij, maar wij denken dat duurzame verandering langer duurt dan acht dagen. Wij doen het daarom liever iets trager, met als doel dat de verandering ook echt blijvend is.

Wat is jullie boodschap voor de personenschadewereld?

Jochem: Wij zijn gericht op herstel. Ik heb het gevoel dat steeds meer mensen beginnen in te zien dat we niet tegen elkaar, maar met elkaar aan het herstel moeten werken. Kwaliteit van leven moet voorop staan. Jullie Wasstraatraject is daar ook een goed voorbeeld van. Laten we vooral in die eerste periode, als de patiënt nog goed in de wedstrijd zit, gezamenlijk aan het herstel werken. Dat is een boodschap die jij uitdraagt en die wij ook graag willen uitdragen.

Merel: Mijn boodschap zou zijn dat mensen meer mogen geloven in wat mogelijk is. Ik denk echt dat er soms meer mogelijk is dan nu wordt gedacht. Het is het waard om daar in te investeren. Het is op korte termijn misschien even pijnlijk, maar op lange termijn kan het veel leveren. Dus: korte termijn pijn, lange termijn fijn. Uiteindelijk gaat het erom dat we samen geloven in de mogelijkheden en daar volledig voor gaan. Daarnaast vind ik het een missie om de zorg meer met elkaar te laten communiceren. Door elkaars expertise te gebruiken in plaats

van in je hokje te blijven, komen we verder. Durf te leren van en met elkaar in het belang van de cliënt.

- **Hun aanbod voor de MTA-XXV Nieuwsbrief lezer**

Hebben jullie de lezer van deze MTA-XXV Nieuwsbrief iets te bieden?

Merel: Kom langs voor een kop thee of koffie! Dat is de enige manier om echt te ervaren wat wij doen. We nodigen iedereen uit, vooral wetenschappers, artsen en advocaten. Kom kijken en voel zelf wat wij te bieden hebben.

Jochem: Precies, neem gerust contact met ons op. Wij hebben het druk genoeg, dus marketing is niet onze focus, maar kennis delen wel. Zo heb ik onlangs bij een verslavingskliniek een lezing gegeven over chronische pijn en onze behandelprincipes. We werken daar samen als we tegen verslavingsproblemen aanlopen, zoals bij de afbouw van opioïden. Het gaat ons om het delen van kennis, ook met juristen, zodat zij kunnen zien hoe revalidatie werkt. Er is zoveel meer mogelijk dan alleen het accepteren van de diagnose. Wij willen graag laten zien dat neuroplasticiteit en training daadwerkelijk verandering kunnen brengen.

Merel: Ja, het is voor ons een soort missie. We willen dat deze kennis zich als een olievlek verspreidt. Jouw interviews zijn ook een mooi voorbeeld van kennis delen. Waarvoor dank!

Beste mensen, daarmee zijn wij aan het einde gekomen van dit gesprek. Mijn conclusie is dat de filosofie van Robin Revalidatie naadloos aansluit op de filosofie van Maarten Tromp Advocaten en op de gedachte achter De Wasstraataanpak. Beiden omschrijven wij succes als het resultaat van een gezamenlijk inspanning, een inspanning gericht op mensen. Ook bij ons gaat kwaliteit voor snelheid en ook hebben wij een lange termijnplanning. Zonder samenwerking en zonder het delen van kennis komt men niet ver. Als u dat onthoudt, weet u in ieder geval waar de succesformule van Robin Revalidatie en De Wasstraat op is gebaseerd.

4. De verdere verwijzingen

De QOLIBRI-vragenlijst

Documentatiemateriaal Interdisciplinaire Bijeenkomsten Robin Revalidatie

De term 'whiplash' liever vermijden, J. Buitenhuis en P.J. de Jong, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 2009;153:B2

Cognitieve stoornissen versus cognitieve klachten, Van Heugten et al, Ergotherapie Magazine 4, 2023

De PowerPoint van de WAA-presentatie op 28 juni 2023

5. De uitgereikte wijn

Merel van der Spoel en Jochem Bol hebben van mij de Verso Sud gekregen (wijn nr. 9). Die wijn heb ik uitgekozen op de druif en op het etiket. Ik zal dat toelichten.

Deze wijn is gemaakt van de Sussumaniello-druif. Dat is een onbekende druif, waar ik tot voor kort nog nooit van had gehoord, net zoals ik tot voor kort nog nooit van TiM Revalidatie had gehoord.

Op het etiket staat een mechanisme afgebeeld met verschillende tandwielen. Die zijn op een ietwat wonderlijke manier met elkaar verbonden. Het één heeft effect op het ander. Dat is representatief voor de aanpak van TiM Revalidatie. De domeinen van het ICF-model zijn ook met elkaar verbonden. Het één heeft ook daar effect op het ander.

Maarten Tromp, augustus 2024

