MTA-XXV-interview 12: MTA in gesprek met Elsbeth Spakman

Elsbeth Spakman (revalidatiearts): *"een revalidatie-arts is een medisch specialist, net zoals een neuro-loog dat is. Het belang van een vroegtijdige interven-tie wordt zwaar onderschat"*

Begrip kweken voor het Post Commotioneel Syn-droom is de lange weg meer dan waard

Inhoudsopgave

1. Wie is Elsbeth Spakman
2. Twee opmerkingen vooraf
3. De onderwerpen van gesprek
   - Haar betrokkenheid bij twee LTH richtlijnen
   - Enkele herstelvertragende factoren
   - De meetbaarheid van overprikkeling en de (on)mogelijk-heden van beeldvormende diagnostiek
   - De psyche versus psycho-educatie
   - Enkele tips voor huisartsen
   - De beperkingen van een NPO
   - De neuroloog versus de revalidatiearts
   - Het verschil tussen een whiplash en een hersenschudding
   - Een financieringsdilemma
   - De ICF als basis voor het handelen
   - Haar persoonlijke drive en boodschap voor de branche
   - Haar aanbod voor de MTA-XXV Nieuwsbrief lezer
4. De verdere verwijzingen
5. De uitgereikte wijn

1. Wie is Elsbeth Spakman

Elsbeth Spakman-van de Graaf is sinds 2003 werkzaam als revalidatiearts. Zij is gespecialiseerd in revalidatie na licht hoofd-hersenletsel. Daarbij valt onder andere te denken aan een hersenschudding en/of een whiplash, een TIA of een minor stroke. Tot juli 2021 was zij werkzaam op verschillende locaties van Rijndam Revalidatie in Rotterdam.

Vanaf juli 2021 werkt zij als zelfstandig revalidatiearts in de door haar opgerichte medisch specialistische solistenpraktijk Hersenplan - medisch advies & revalidatie. Bij Hersenplan kunnen cliënten al in een vroege fase terecht voor revalidatieadvies na licht hoofd-hersenletsel. Elsbeth Spakman werkt daarbij nauw samen met paramedici in de 1e lijn. Cliënten worden naar haar verwezen door onder andere bedrijfsartsen, huisartsen of medisch specialisten als zij na een aantal weken klachten houden die belemmerend zijn in het functioneren thuis of op het werk.

Elsbeth Spakman verzorgt lezingen en schrijft artikelen. Haar werk is haar hobby. In januari 2020 heeft zij de Beslisboom Behandeling Licht Hoofd-Hersenletsel (hersenschudding en/of whiplash) ontworpen. De update dateert van februari 2022.

Met gepaste trots kan ik melden dat Elsbeth deel uitmaakt van het Wasstraatproject. Daarin bezet zij een klinisch tussenstation. Daarmee vervult zij een unieke, waardevolle, verbindende factor tussen de klinische behandelaren van betrokkene en de professionals in de letselschadezaak.

Met Elsbeth sprak ik onder andere over het vak van de revalidatiearts, de vaak voorkomende klachten bij PCS, de zo te noemen herstelvertragende factoren, de rol en functie van de neuroloog, de diverse behandelmogelijkheden en uiteraard ook over haar rol in de Wasstraat, om af te sluiten met haar persoonlijke drive en haar boodschap voor de personenschade branche.

2. Twee opmerkingen vooraf

Hieronder treft u het verslag van mijn gesprek met Elsbeth Spakman op 6 september 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 van Elsbeth Spakman, althans haar reacties.

3. De onderwerpen van gesprek

- **Haar betrokkenheid bij twee LTH richtlijnen**

Je was betrokken bij het tot stand komen van de richtlijn licht traumatisch hersenletsel (LTH) en postcommotioneel syndroom (PCS) in de chronische fase. Zou je kunnen toelichten welke rol je precies hebt vervuld tijdens dat proces?

In de conceptfase van de totstandkoming van die richtlijn was ik een van de meelezers. In mijn feedback heb ik mij met name gericht op de visuele klachten, waaronder problemen in de oogsamenwerking (fixatiedisparatie). Daar werd namelijk weinig over geschreven. Wel dat die klachten voorkomen, maar niet hoe die klachten kunnen worden behandeld. Dat verbaasde mij, want daar is al wel heel veel praktijkervaring mee opgedaan.
Het viel mij op dat hoewel veel aspecten nog niet wetenschappelijk zijn bewezen, het belang van het psychische aspect in de behandeling wordt benadrukt en toegepast. Dat is volkomen terecht, want het psychische aspect is echt heel belangrijk.

Het viel mij op dat hoewel voor zowel de behandeling van visuele problemen, psychische klachten als problemen in de prikkelverwerking nog weinig bewijs is, wel de conclusie wordt getrokken dat de behandeling door een (neuro-)psycholoog leidend zou moeten zijn. Het klopt weliswaar dat in veel gevallen behandeling door een psycholoog (ook) is aangewezen, maar zeker zo belangrijk is de behandeling van de visuele klachten én de prikkelverwerkingsproblemen. De conclusie met betrekking tot de behandeling van deze twee aspecten zou op zijn minst moeten zijn dat verder onderzoek nodig is.

Een stokpaardje van mij is dat dit soort klachten zo snel mogelijk moeten worden behandeld. Op initiatief van de Nederlandse Vereniging van Neurologen wordt nu ook gewerkt aan een richtlijn voor de acute fase. Ook met betrekking tot die richtlijn mag ik meelezen.

Aangezien het een van jouw stokpaardjes is dat klachten zo snel mogelijk moeten worden behandeld, voel je je vast goed op je plek als meelezer voor de richtlijn voor de behandeling van LTH in de acute fase. Wat zijn jouw specifieke aandachtsgebieden?

In de acute fase, die de eerste drie maanden beslaat, heerst vaak nog de traditionele opvatting onder huisartsen en neurologen dat eerst scans moeten worden gemaakt en bekeken. In 90-95% van de LTH-gevallen is op een MRI van de hersenen echter niets te zien. Op basis van de (ongevals-)anamnese en lichamelijk onderzoek kan de diagnose hersenschudding al worden gesteld en een goede inschatting worden gemaakt of een MRI noodzakelijk is. Dat kan een revalidatiearts ook. Door de lange wachttijden bij de neurologie zijn die drie acute maanden vaak al voorbij voordat men bij de neuroloog terecht kan. Mede daarom ben ik van mening dat het beter is om patiënten direct door te verwijzen naar een neuro-optometrist, ergotherapeut psychosomatisch fysiotherapeut en/of psycholoog. Uit ervaring blijkt dat 80% van de patiënten binnen vier tot zes weken aanzienlijk opknapt. Hoewel niet iedereen direct op dag één hoeft te worden behandeld, moeten wij niet vergeten dat 20% van de patiënten minder snel en/of onvolledig herstelt. Daarom is het belangrijk om na vier weken al te kijken of er herstelvertragende factoren zijn die aandacht behoeven.

Vaak willen revalidatieartsen pas een patiënt zien als deze na meerdere maanden is vastgelopen. Dat is een gemiste kans. Daarom ben ik als revalidatiearts mijn eigen praktijk gestart. Bij mij kunnen patiënten direct terecht zodra zij het gevoel hebben vast te lopen of als er herstelvertragende factoren optreden en/of als er in de vroege fase sprake is van herstelvertragende factoren. Mijn interventie is gericht op het opstellen van een adequaat behandelplan met inzet van paramedici in de eerste lijn, met als doel het herstel te bespoedigen. Daar heb ik ook voor gepleit bij de werkgroep voor de richtlijn LTH in de acute fase.

- **Enkele herstelvertragende factoren**

Je spreekt over herstelvertragende factoren. Kun je daar een paar voorbeelden van geven?

Herstelvertragende factoren zijn omstandigheden die het herstel kunnen blokkeren, of vertragen. Post traumatische stress gerelateerde angstklachten zijn bijvoorbeeld belangrijke herstelvertragende factoren. Een ander voorbeeld is de combinatie van visuele cognitieve klachten en duizeligheid na het ongeval. Verder is een voorgeschiedenis van migraine van groot belang, evenals eerder opgelopen LTH of een eerder opgelopen whiplashtrauma. Uit onderzoek blijkt ook dat het gebruik van opiaten, zoals tramadol of oxycodon, in combinatie met nekklachten het herstel kan bemoeilijken, evenals het gebruik van medicatie zoals temazepam of oxazepam om rustig te worden. Daarnaast zie ik in mijn klinische praktijk dat mensen die al prikkelverwerkingsproblemen hebben, zoals ADHD, autisme of hoogsensitiviteit, ook sneller vastlopen in het herstelproces.

Je noemt ADHD als een herstelvertragende factor. Is het mogelijk dat ADHD ook een gevolg is van het ongeval zelf? En als iemand al ADHD had en dan een ongeval krijgt, kan dat de problemen dan verergeren?

Dat is een complex aspect. Het kan inderdaad zijn dat iemand voor het ongeval al symptomen van ADHD vertoonde, waarbij de impact van het ongeval de prikkelverwerking nog moeilijker maakt. Aan de andere kant komt het ook voor dat na een ongeval een verkeerde diagnose ADHD wordt gesteld, simpelweg omdat de persoon symptomen vertoont zoals overprikkeling, aandachts- en concentratieproblemen als gevolg van het letsel. Het is belangrijk om die twee situaties van elkaar te onderscheiden. Dat kan door goed te kijken naar de chronologie van de gebeurtenissen. Wanneer zijn bepaalde symptomen begonnen? Wanneer was het ongeval? Wanneer zijn de klachten opgetreden?

- **De meetbaarheid van overprikkeling en de (on)mogelijkheden van beeldvormende diagnostiek**

Je spreekt over overprikkeling. Is dat iets wat meetbaar is?

Alle zintuiglijke waarnemingen, oftewel prikkels, worden in de hersenen verwerkt. Problemen met deze sensorische informatieverwerking hebben invloed op het gedrag. Dat kan zich op verschillende manieren uiten. Er bestaan twee soorten (gevalideerde) vragenlijsten voor het in kaart brengen van de zintuigelijke (sensorische) overprikkeling, de Messy en de Sensory Profile.

De Multimodal Evaluation of Sensory Sensitivity (MESSY) bevraagt de gevoeligheid voor verschillende soorten prikkels en is aangepast aan mensen met hersenletsel. Er zijn twee versies van de MESSY, één voor patiënten die in een ziekenhuis verblijven en één voor patiënten die thuis verblijven. In 2023 is een wetenschappelijk artikel verschenen over de ontwikkeling, normering en psychometrische eigenschappen van de MESSY.

De Sensory Profile is er ook in twee varianten, één voor volwassenen en één voor kinderen. Ook die vragenlijsten geven een beeld van de sensorische prikkelverwerking. Die lijsten bieden vervolgens handvatten voor interventie.

Eén van de behandelingen van prikkelverwerkingsproblemen is de ASITT-behandeling. ASITT staat voor "Adult Sensory Integration Treatment and Training" (Behandeling en Training van Sensorische Integratie bij Volwassenen). Het is een behandelingsaanpak die gericht is op het behandelen van sensorische verwerkingsproblemen bij volwassenen. Binnen die behandeling is een protocol ontwikkeld om overprikkeling te meten. Op basis van die metingen kan een geobjectiveerde score worden vastgesteld.

Als je de overprikkeling op die manier hebt gemeten, heb je het dan inderdaad daarmee en daardoor meteen ook geobjectiveerd?

Op dit moment is de ASITT-methode nog niet wetenschappelijk bewezen, maar ik vind het een waardevol instrument. Bij sommige patiënten waarvan ik in de spreekkamer denk dat ze veel last hebben van overprikkeling, blijkt na een ASITT-observatie dat dat eigenlijk wel meevalt. Bij deze observatie wordt bijvoorbeeld het gewicht van een zak op de benen getest. Sommige mensen ervaren een zak van 1 kg als 10 kg, terwijl anderen nauwelijks merken dat er iets op hun benen ligt. Als mensen goed voelen hoe zwaar de gewichtszak is, zou dat een normale score opleveren.

Als de geobjectiveerde observatie aantoont dat de prikkelwaarneming in orde is, maar de patiënt toch klachten heeft, kan dat wijzen op een ander onderliggend probleem, zoals problemen met de oogsamenwerking of Benigne Paroxysmale Positie Duizeligheid (BPPD). In dat geval is een andere behandelaanpak nodig. Ik merk vaak dat huisartsen, neurologen of revalidatieartsen alle gevallen van hersenschudding op dezelfde manier behandelen, terwijl de oorzaak en de behandeling per individu kunnen verschillen.

Een voorbeeld ter verduidelijking: als iemand na een ongeval last heeft van een verstoord evenwicht, krijgt hij vaak te horen dat hij rust moet nemen. Dat kan echter contraproductief zijn als sprake is van BPPD (Benigne Paroxismale Positie Duizeligheid) omdat het stilstaan van het hoofd (lees: het evenwichtsorgaan) herstel van BPPD juist belemmert. Daarom kijk ik altijd naar de omstandigheden van het ongeval. Is iemand bijvoorbeeld op zijn linker- of rechterzij gevallen, op zijn achter- of voorkant? Afhankelijk van de details kunnen ook andere hersengebieden zijn aangetast, wat niet altijd zichtbaar is op een standaardscan, zoals een MRI of CT.

Neurologen in Nederland stellen dat de f-MRI scans – en ook bijvoorbeeld de PET en SPECT scans – wel enige informatie bieden, maar dat conclusies alleen op groepsniveau kunnen worden getrokken. Aan de andere kant beweert Cognitive FX in Amerika dat zij met behulp van de f-MRI bij individuen kunnen vaststellen welke hersengebieden zijn aangetast. Na de behandeling maken zij dan weer een f-MRI om te zien of er verbeteringen zijn opgetreden. Dat is een duidelijke tegenstelling tussen Nederland en Amerika. Ik leg mijn patiënten altijd uit dat ik geen f-MRI nodig heb. Als ik weet wat het ongevalsmechanisme is geweest (een zijwaartse impact, of een voor-achterwaartse impact) en als ik weet op welk deel van het hoofd men is gevallen, kan ik bepalen welke hersengebieden zijn getroffen. Daarom vraag ik daar ook altijd goed op door.

Een paar simpele voorbeelden. Als iemand op de linkerkant van het hoofd valt, ervaart men vaak woordvindingsproblemen of begint men te stotteren. Als iemand op de rechterkant is gevallen kunnen de klachten complexer zijn. Bij een val op het achterhoofd is vaak het visuele gedeelte verstoord. Wanneer men op het voorhoofd is gevallen, ervaart men vaak problemen met planning en organisatie. Als ik dat in de spreekkamer goed uitleg, zie ik de spanning bij

mensen afnemen. Door hun klachten al te benoemen, hoeven zij bij wijze van spreken alleen nog maar te bevestigen dat het klopt. Bij mij ervaren de mensen dan (h)erkenning, in tegenstelling tot het vaak voorkomende oordeel van neurologen of huisartsen, dat alles simpelweg psychisch is.

- **De psyche versus psycho-educatie**

Bedoel je met "dat psychische" dat neurologen en huisartsen van mening zijn dat de klachten psychisch van aard zijn (dus tussen de oren zit) of bedoel je daarmee dat zij geloven dat psycho-educatie kan bijdragen aan een oplossing voor de klachten?

Ik kom inderdaad huisartsen, neurologen en sommige collega-revalidatieartsen tegen die van mening zijn dat de klachten "tussen de oren zitten". Zij zien het dan als een psychische stoornis, vaak geassocieerd met angst- en/of vermijdingsstoornissen. Mijn standpunt is echter dat mensen zich ziek voelen van overprikkeling, visuele klachten en/of duizeligheid, waardoor ze angstig worden. Dus de psyche speelt vrijwel altijd wel een rol, maar de vraag is: kunnen wij het oplossen door alleen te praten, exposure en/of traumabehandeling (bijvoorbeeld EMDR)? Ik denk het niet. Dus ja, psycho-educatie is essentieel, om mensen gerust te stellen door te vertellen dat wat ze voelen geen kwaad kan. Vaak zijn mensen bang dat hun brein beschadigd raakt of dat ze een ernstige afwijking hebben in de hersenen. Daarom leg ik hen vaak uit dat een psycholoog ook belangrijk is in het traject, naast de andere noodzakelijke behandelingen.

Daarbij heb ik een voorkeur voor een neuropsycholoog, omdat die verstand heeft van het functioneren van het brein. De verwerking van prikkels verloopt namelijk via dezelfde hersenbanen als angst en emoties, meer concreet: via de amygdala in het limbisch systeem. Als het een het ander versterkt, kan dat elkaar dwarszitten. Dus beide aspecten moeten worden aangepakt. Als de huisarts van mening is dat het psychisch is, dan zijn de mensen het daar vaak niet mee eens. Als bijvoorbeeld een huisarts of een neuroloog cliënten vertelt dat het alleen maar psychisch is, voelen ze zich vaak niet begrepen waardoor ze ook niet naar een psycholoog willen. Ook dat is dus een stukje psycho-educatie: uitleggen waarom een (neuro)psycholoog toch belangrijk kan zijn, naast de inzet van andere behandelingen. In mijn ervaring gaan cliënten dan vrijwel altijd akkoord met een verwijzing.

Even samenvatten en concreet maken. Mensen komen bij de huisarts, die ziet het niet of die onderscheidt het allemaal niet. Dus die verwijst naar de psycholoog en denkt dat het met praten wel over gaat. De richtlijn LTH in de chronische fase onderscheidt een aantal domeinen. Uit een klachtenpatroon zijn volgens die richtlijn altijd wel bepaalde klachten aan te wijzen die de boventoon voeren. Afhankelijk van welke type klacht van welk domein de boventoon voert, kan de behandeling daarop worden aangepast. Dat is dus zeg maar een kwestie van: first things first. Dat principe pas jij reeds toe in jouw praktijk, het liefst al zo snel mogelijk na het ongeval. Je wacht niet drie tot zes maanden, zoals anderen. Jij kijkt naar het klachtenpatroon. Je vraagt door op de eventuele herstelvertragende factoren en op basis daarvan maak jij een individueel op maat gemaakt behandelplan. Mag ik het zo samenvatten?

Ja, dat is een goede samenvatting. In mijn praktijk zie ik vaak patiënten die na een ongeval lijden aan aan post traumatische stress gerelateerde klachten. Het is dan belangrijk om die klachten als eerste aan te pakken, omdat het anders het brein blijft aanvuren.

- **Enkele tips voor huisartsen**

Terugkomend op de rol van de huisarts en de richtlijn, ik kan mij voorstellen dat de richtlijn voor de chronische fase straks ook van groot belang is voor de huisarts. Hoe zie jij de rol van de huisarts in relatie tot die richtlijn? Heb jij in dat kader ook nog tips voor de huisartsen?

Voor dit moment heb ik drie adviezen aan de huisartsen.

Het is allereerst van belang om de factoren die het herstel kunnen vertragen met de patiënt te bespreken. Huisartsen denken vaak dat bijna iedereen snel herstelt, zonder begeleiding of behandeling. Dat is gelukkig ook zo, maar wij moeten niet vergeten dat één op de vijf mensen langzaam en/of onvolledig herstelt. Wie dat zullen zijn, kunnen wij steeds beter voorspellen. Juist die risicogroep heeft speciale aandacht nodig.

Een ander punt is dat de assistenten van de huisarts vaak telefonisch advies geven na een hersenschudding. Cliënten worden niet altijd door de huisarts zelf gezien. Mijn advies aan de huisarts is om in ieder geval de mensen met herstelvertragende factoren na twee tot vier weken persoonlijk op het spreekuur te zien om hun situatie te evalueren. Dat betekent dus dat de assistente via het telefonisch consult de herstelvertragende factoren al heeft moeten uitvragen. Tijdens dat persoonlijk gesprek kan de huisarts dan doorvragen en lichamelijk onderzoek doen. Is er sprake van BPPD, visuele problemen, overprikkeling of post traumatische stress gerelateerde klachten? Pas dan kan er een passende behandeling worden gekozen of kan adequaat worden doorverwezen. Dat alles kan simpelweg niet tijdens een telefoongesprek door een assistent worden opgemerkt.

Mijn derde advies aan de huisarts is om de door mij gemaakt beslisboom te gaan gebruiken als leidraad bij de vraag welke patiënt, wanneer, naar wie moet worden doorverwezen. Die beslisboom is gepubliceerd in het vakblad Medisch Contact. Ik stuur je de beslisboom toe, zodat je ernaar kan linken. Saillant detail is dat conform die beslisboom een persoon die na vier tot zes weken nog klachten heeft, moet worden doorverwezen naar een revalidatiearts. Er zijn in Nederland echter maar een paar revalidatieartsen, waarvan ik er dus een ben, die een patient al in zo'n vroeg stadium willen zien. Zo beschouwd is er dus sprake van een gat in de zorg.

De namen van de andere revalidatieartsen die bereid zijn om een patiënt in een vroeg stadium te zien zijn:

Naam	Instantie	@-adres	☎
mw E. Spakman	Hersenplan	info@hersenplan.nl	06 – 22 90 99 53
dhr A. Bruggeman	De Brug Revalidatiezorg	a.bruggeman@debrugrevalidatiezorg.nl	06 – 30 66 82 09
mw J.M. Schuurman	Klimmendaal Revalidatie-specialisten, locatie Arnhem*	medsecvw.arnhem@klimmendaal.nl	026 – 352 61 00
	Psychologenpraktijk Balans & Impuls**	secretariaat@balans-en-impuls.nl	070 – 392 22 61

*) Klimmendaal biedt een behandeling aan met een heel team, waaronder een physician assistent.

**) Dit zijn psychologen in plaats van revalidatieartsen. Balans & Impuls werkt uitsluitend voor het bedrijfsleven. De psychologen betrekken echter altijd een revalidatiearts bij de behandeling.

De genoemde personen hebben vooraf toestemming gegeven voor opname van hun namen en gegevens. Zij hebben de conceptversie van dit verslag ook gelezen. Zij hebben aangegeven achter de strekking van het verhaal te staan.

- **De beperkingen van een NPO**

Je had het net over de interventie van een neuropsycholoog, die je zou verkiezen boven een gewone psycholoog. Hoe kijk jij aan tegen een neuropsychologisch onderzoek (NPO)?

Als een NPO op de klassieke manier wordt afgenomen, biedt dat in letselschadezaken niet veel waarde. Mensen met een hersenschudding of whiplash zijn namelijk prikkelgevoelig. Als je hen in een zeer rustige testomgeving plaatst, functioneren ze eigenlijk redelijk goed. Maar dat is niet representatief voor het dagelijks leven. Het enige dat soms uit zo'n NPO naar voren komt, is dat ze iets trager zijn. Gedurende de twee uur durende sessie – vaak in totaal twee keer twee uur – neemt de concentratie af en neemt de vermoeidheid toe. Maar verder levert het niet veel op. Letselschadeverzekeraars gebruiken de resultaten uit het rapport dan vaak om te betogen dat er niets aan de hand is, net zoals er op een MRI of een CT-scan doorgaans ook niets is te zien.

Daarom werk ik wel samen met psychologenpraktijk Balans & Impuls die het NPO hierop aanpast. Zo voegen zij extra (afleidende) prikkels toe door bijvoorbeeld iemand tijdens de test binnen te laten lopen en/of (afleidende) achtergrondgeluiden te laten horen tijdens de test. Maar dat is slechts één praktijk, waarvan ik weet dat die dit doen. Daarom raad ik over het algemeen een NPO af. Het voegt weinig toe, is belastend voor de cliënt (soms moeten ze daar drie dagen van bijkomen) en het verandert niets aan de behandelaanpak, terwijl instanties zoals het UWV, bedrijfsartsen en/of verzekeraars verkeerde conclusies kunnen trekken op basis van de uitslag van het NPO. Om diezelfde reden ben ik ook geen voorstander van MRI- en CT-scans, tenzij er een specifieke reden is om die te laten maken, bijvoorbeeld als er een vermoeden is op andere onderliggende problematiek op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek. Dan moet je het laten uitsluiten onder leiding van een neuroloog. Maar over het algemeen ben ik heel stellig: in hersenschudding- en whiplashzaken heb je de neuroloog in principe helemaal niet nodig.

- **De neuroloog versus de revalidatiearts**

Je hebt eerder een artikel hierover geschreven in het vakblad Medisch Contact. Jouw standpunt dat een neuroloog niet noodzakelijk is in dergelijke gevallen, wordt door sommigen als controversieel beschouwd. Kun je uitleggen waarom je van mening bent dat een neuroloog in dit soort gevallen niet nodig is?

Een revalidatiearts heeft, net als een neuroloog, de expertise om medisch specialistische problemen te behandelen. De rol van een neuroloog bij LTH is voornamelijk om ernstige hersenschade, met afwijkingen op de scan, uit te sluiten, omdat daarbij een neurologische behandeling noodzakelijk kan zijn. Om van LTH te spreken, moet bijvoorbeeld de bewusteloosheid bij het letsel minder dan een half uur hebben geduurd en mag er hooguit 24 uur sprake zijn geweest van amnesie (geheugenverlies) na het ongeval. Daarnaast mogen er geen (verdenkingen op) breuken of ernstige schedelbeschadigingen zijn. Op basis van de (ongevals-)anamnese kan in de acute fase door ambulancepersoneel en/of huisartsen daar een inschatting van worden gemaakt. En in de subacute/chronische fase kan dat ook nog via de revalidatiearts. De revalidatiearts voert namelijk ook lichamelijk (neurologisch) onderzoek uit en als daarbij aanwijzingen zijn die wijzen op mogelijke ernstige schade, kan alsnog naar een neuroloog worden doorverwezen. Maar voor een efficiënte behandeling van deze patiënten zou ik zeggen: sla dat tussenstation over.

De revalidatieartsen zijn – net als de neurologen – medisch specialisten. De revalidatieartsen worden echter niet altijd als zodanig erkend. Dat vind ik niet terecht. Wanneer ik iemand toch naar een neuroloog stuur, kies ik specifiek voor neurologen die bekend zijn met deze problematiek. Als iemand met aanhoudende klachten na een hersenschudding naar een neuroloog wordt gestuurd die het niet begrijpt, zal diegene het niet als een PCS diagnosticeren, maar eerder als een functionele neurologische stoornis, wat eigenlijk een conversiestoornis is zonder aanwijsbare oorzaak. Als je dezelfde patiënt naar een reumatoloog stuurt, dan zal die het waarschijnlijk als fibromyalgie diagnosticeren. Een internist zal het wellicht een chronisch vermoeidheidssyndroom noemen. En de cardioloog noemt het misschien wel POTS. Afhankelijk van welke specialist de diagnose stelt, kunnen dus wel vijf of nog meer verschillende etiketten worden geplakt, maar het onderliggende probleem blijft de hersenschudding. Dat frustreert mij. Daar helpen wij de mensen niet mee.

Wat is dan precies het verschil tussen de disciplines dat voor dezelfde klachten vijf verschillende diagnosen kunnen bestaan? Wat maakt de benadering van de revalidatiearts uniek en waardevol in vergelijking met die andere disciplines? Of anders geformuleerd: wat is de toegevoegde waarde van een revalidatiearts? Waarom moet iemand met dit soort klachten naar een revalidatiearts toe?

De revalidatiearts biedt een holistische benadering die gericht is op het behandelen van de onderliggende oorzaak van de symptomen, namelijk het LTH. Als revalidatiearts nemen wij actief de rol op ons om diagnoses te stellen en behandelingen te bieden. Wij zijn, net als neurologen, opgeleid om lichamelijk neurologisch onderzoek uit te voeren. Wij gaan echter verder dan alleen maar diagnostiek. Wij kijken ook naar welke therapieën nodig zijn om het optimale herstel te bewerkstelligen. Met name voor patiënten met aandoeningen zoals een hersenschudding en/of een whiplash, is het van groot belang om vroegtijdig de juiste begeleiding te krijgen. Dat geldt vooral voor diegenen waarvan kan worden voorspeld dat die wellicht wat langzamer zullen herstellen (op basis van de eerder genoemde herstelvertragende factoren).

De revalidatiearts heeft de expertise in huis om de specifieke behoeften van patiënten met LTH in kaart te brengen. Ook hebben zij de expertise in huis om de eventuele herstelvertragende factoren zoals (de oorzaak van) overprikkeling, visuele klachten en duizeligheid te identificeren. Door een individueel behandelplan op te stellen dat rekening houdt met die factoren, kan de revalidatiearts patiënten helpen om een meer gerichte en effectieve behandeling te krijgen.

Bovendien heeft de revalidatiearts vaak meer ervaring met het omgaan met complexe en langdurige klachten die voortkomen uit LTH, zoals post traumatische stress gerelateerde klachten en cognitieve problemen. Sommige neurologen signaleren die klachten ook wel, maar zij initiëren geen verdere behandeling. In het beste geval verwijzen zij naar een revalidatiearts. Wij zijn namelijk wel gericht op het actief opstellen van behandelplannen. In dat kader kunnen wij bijvoorbeeld heel gericht doorverwijzen, afhankelijk van de specifieke omstandigheden van de betrokkene. Denk bijvoorbeeld aan disciplines zoals ergotherapie, psychosomatische fysiotherapie of neuro-optometrie. Daarmee en daardoor kan een holistische benadering van de behandeling worden gewaarborgd. Als dat kort na een ongeval wordt gedaan, kan worden voorkomen dat betrokkenen onnodig lang moeten wachten op herstel bevorderende behandelingen.

Het is goed om de rol van Elsbeth Spakman in de Wasstraat nader toe te lichten. Zij fungeert als het ware als een klinisch tussenstation, waarbij zij nauw betrokken is bij het herstelproces. Zo kijkt zij samen met ons mee. Zijn de juiste behandelaren ingeschakeld? Is de voorgeschreven medicatie passend? Ligt de prioriteit bij de juiste zaken? Die benadering sluit aan bij de richtlijn Aanhoudende klachten. Die richtlijn benadrukt dat men ernaar moet streven om op het juiste moment te kijken naar de juiste aspecten en dat dan ook nog in de juiste volgorde. De betrokkenheid van Elsbeth Spakman, als revalidatiearts, bij het Wasstraatproject kan ook worden gerechtvaardigd door de opmerking van Bram Jacobs in de MTA-XXV Nieuwsbrief 1: "De revalidatiearts is de kapitein op het schip". Die rechtvaardiging kan ook worden gevonden in een passage in het Handboek traumatisch hersenletsel (hoofdstuk 3, licht traumatisch hersenletsel, § 3.6 interventies en behandeling bij klachten, blz. 46, onderaan):

> "*De behandeling van chronische posttraumatische klachten is complex en vergt een multidisciplinaire aanpak met betrokkenheid van neuroloog, revalidatiearts, (neuro)psycholoog, ergotherapeut, fysiotherapeut en werk- of studiecoach. Voorkomen moet worden dat persisterende posttraumatische klachten een permanent karakter krijgen met grote gevolgen voor de hervatting van dagelijkse activiteiten en de kwaliteit van leven. Een belangrijke rol is hierbij naast psycho-educatie weggelegd voor het herkennen van de individuele copingsstijl en behandeling van eventueel aanwezige stemmingsproblematiek.*"

Wij hebben net gesproken over de rol van een neuroloog, waarbij je suggereerde dat die eventueel zou kunnen worden overgeslagen. Wat zou, naar jouw mening, een goede neuroloog moeten kunnen betekenen voor een patiënt tijdens de klinische fase? Kun je jouw kijk op de rol van de neuroloog in een letselschadezaak toelichten? Hoe zou je die rol eventueel willen veranderen?

Een goede neuroloog neemt de patiënt serieus en biedt geruststelling door uit te leggen dat er geen ernstige onderliggende aandoening is en dat de klachten verklaarbaar zijn door het ongeval of incident. Zo heb ik eens een vrouw met een hersenschudding naar een neuroloog verwezen omdat de bedrijfsarts cliënte vertelde dat ze waarschijnlijk beginnend dementerend was, terwijl het toch heel duidelijk was dat zij gewoon aanhoudende klachten bij PCS had. Die mededeling van de bedrijfsarts veroorzaakte maandenlange stagnatie in haar herstel, terwijl ze eigenlijk een zeer intelligente vrouw was. Ik heb haar toen dus verwezen naar de neuroloog, met het verzoek om door middel van (aanvullend) neurologisch onderzoek dementie uit te sluiten. Pas na de accurate diagnose door de neuroloog kon ik weer verder met het herstel van de mevrouw. Helaas kom ik soms ook neurologen tegen die een onjuiste diagnose

stellen, maar je vroeg alleen wat een goede neuroloog in de klinische fase zou kunnen betekenen.

In letselschadezaken zie ik vaak neurologen die concluderen dat er geen fysieke oorzaak is te vinden voor de klachten, waardoor ze de klachten als psychisch bestempelen. Ik pleit voor neurologen die een realistischere benadering hebben. Zelfs als er geen verklaring is vanuit de hersenen, kunnen er nog steeds reële problemen zijn, waaronder psychische aandoeningen zoals post traumatische stress gerelateerde klachten, BPPD, fixatiedisparatie e.d., die ook het gevolg kunnen zijn van een ongeval. Ook deze problematiek behoeft aandacht en de juiste behandeling. Neurologen die dat niet begrijpen, dragen alleen maar bij aan extra stress en zorgen daarmee voor extra vertraging in het herstelproces.

Mag ik het zo samenvatten dat een revalidatiearts niet zozeer de concurrent is van de neuroloog, maar dat het eerder een kwestie is van wat een neuroloog kan, kan de revalidatiearts ook?

Mijn rol als revalidatiearts overlapt niet volledig met die van een neuroloog. Ik voer bijvoorbeeld geen MRI- of CT-scans uit. Als ik tijdens of na mijn onderzoek twijfel over de ernst van de situatie, dan verwijs ik naar een neuroloog om bijvoorbeeld een scan te maken om ernstigere problemen uit te sluiten. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn als ik zie dat na een hersenschudding de ene kant van het lichaam achterblijft bij de andere. Dan verwijs ik dus naar de neuroloog om andere mogelijke aandoeningen uit te sluiten. Zo zie ik de belangrijkste rol van de neuroloog: uitsluiten wat het niet is. Ook ligt er een belangrijke rol voor de neuroloog weggelegd om samen met mij de bevindingen te interpreteren. Het is van belang om uit te leggen dat bepaalde klachten kunnen passen bij een PCS. Dat levert erkenning en herkenning op.

- **Het verschil tussen een whiplash en een hersenschudding**

Wat is eigenlijk het verschil tussen een whiplash en een hersenschudding? Worden deze termen vaak als synoniemen gebruikt of zijn het twee verschillende grootheden waarbij het ene het andere uitsluit?

Als je een whiplash hebt, dan heb je niet altijd automatisch (ook) een hersenschudding. Andersom leidt de (ongevals-)impact bij een hersenschudding vrijwel altijd automatisch ook tot klachten van de nek passend bij een whiplash. Ik zal dat toelichten.

Een whiplash wordt gedefinieerd als een zweepslag, een beschrijving van de beweging die heeft plaatsgevonden. In eerste instantie verwees het alleen naar nekklachten, maar later is het uitgebreid naar onder andere symptomen zoals prikkelgevoeligheid en visuele klachten, die eigenlijk kenmerkend zijn voor een hersenschudding. De termen zijn door elkaar gaan lopen, wat voor verwarring heeft gezorgd.

Als ik spreek over een whiplash, verwijs ik naar de traditionele classificatie, die bestaat uit vier gradaties. Gradatie één (WAD I) staat voor pijn zonder afwijkingen bij onderzoek, gradatie twee (WAD II) staat voor pijn met afwijkingen bij onderzoek van de nek, gradatie drie (WAD III) duidt op neurologische uitval zoals een hernia als gevolg van het letsel en gradatie vier (WAD IV) betreft breuken in de nek.

Bij wat ik onder LTH versta, zien we vaak een combinatie van whiplash type 1 en 2. Gradatie 3 en 4 gaan meestal gepaard met ernstiger hersenletsel. Het is ook mogelijk om whiplash type 1 of 2 te hebben zonder een hersenschudding, afhankelijk van de versnelling van het hoofd tijdens het letsel. Mensen die bij mij in de spreekkamer komen met klachten hebben vaak niet alleen klachten van de nek passend bij WAD, want deze klachten herstellen, als ze op zichzelf staan, meestal redelijk goed. Uit de praktijk blijkt dat de bijkomende klachten van de hersenschudding vaak voor vertraging in het herstel zorgen.

Dus als je een hersenschudding hebt, is je hoofd altijd op een bepaalde manier heen en weer geslingerd of heeft het een klap gehad, wat eigenlijk ook een whiplash betekent. Dat staat nergens zo vermeld in de literatuur, maar op basis van het ongevalsmechanisme kan het niet anders.

- **Een financieringsdilemma**

Zorgverzekeraars vergoeden vaak (chronische pijn revalidatie-)behandeling na een whiplash, maar bieden doorgaans geen of beperkte dekking voor multidisciplinaire behandelingen na een hersenschudding. Als een hersenschudding ook een whiplash impliceert, is die afwijzing dan wel terecht? Als in dergelijke gevallen uitsluitend de whiplash als diagnose wordt vermeld (al dan niet om een vergoeding door de zorgverzekeraar te garanderen), kan dat de aansprakelijke verzekeraar mogelijk misleiden, omdat er meer aan de hand is dan enkel een whiplash. Wat vind jij van dit dilemma?

Het financieringsvraagstuk is inderdaad een complex dilemma waarbij de belangen van zowel de patiënt als de betrokken verzekeraars zorgvuldig moeten worden afgewogen. Hoewel het vermelden van "whiplash" als diagnose de vergoeding van behandelingen door de zorgverzekeraar kan bevorderen, kan dat voor de aansprakelijke verzekeraar misleidend zijn. Ik benoem daarom beide diagnosen, omdat ook van beide sprake is (en een whiplash en een hersenschudding).

Ik pleit ervoor dat zorgverzekeraars ook rekening houden met andere mogelijke aandoeningen, zoals PCS, en de interdisciplinaire behandelingen daarvoor blijven vergoeden. Het is belangrijk om een evenwicht te vinden tussen het waarborgen van de vergoedingen voor de patiënt en het eerlijk informeren van de verzekeraar over de aard van het letsel. Niettemin blijkt uit de praktijk dat de behandeling van PCS vaak in de eerste lijn kan plaatsvinden, als cliënten maar op tijd worden verwezen om chroniciteit te voorkomen. Van de 400 cliënten die ik in de afgelopen drie jaar heb gezien, is maximaal 5% alsnog doorverwezen voor interdisciplinaire medisch specialistische revalidatiebehandeling.

De belangrijkste boodschap is eigenlijk dat de ene hersenschudding de andere niet is en dat je dus niet door de telefoon zomaar adviezen kan geven. Je moet een patiënt zien en je moet de verschillende factoren in kaart brengen én lichamelijk onderzoek verrichten. Zijn het post traumatische stress gerelateerde klachten, is het BPPD, is het prikkelgevoeligheid, is de oogsamenwerking verstoord e.d.? Vervolgens kies je de juiste behandelaar daarbij. Soms begin je met één en soms begin je met meerdere. Het hangt er ook van af hoe belastbaar iemand is. Het is echt revalidatie in de vroege fase, op maat. Dat zou gewoon door de zorgverzekeraar moeten worden vergoed.

- **De ICF als basis voor het handelen**

In revalidatiecentra wordt vaak gewerkt vanuit het kader van de International Classification of Functioning (ICF). Pas jij dit ook toe in jouw werk?

Ja, de ICF is voor een revalidatiearts zo vanzelfsprekend, dat je het eigenlijk niet eens meer expliciet benoemt. Het is gewoon wat wij doen. Het is een manier van denken. Ik doe het misschien niet meer zo gestructureerd als voorheen, maar ik loop de belangrijkste elementen nog steeds langs. Zo analyseer ik waar de stoornissen zitten, waar sprake is van uitval, wat de beperkingen zijn en welke sociaalmaatschappelijke en persoonlijke factoren een (belemmerende dan wel helpende) rol spelen. Dat is een kwestie van maatwerk.

Zo zie je bij bijvoorbeeld dat mensen die "op het land" werken (lees: weinig kantoorwerk hebben) vaak makkelijker herstellen, minder last hebben van een hersenschudding. Dat komt omdat zij meer in de ruimte kunnen kijken (dichtbij kijken is veel meer belastend voor de ogen). Zij kunnen dus beter compenseren en afwisselen. Na een hersenschudding gaat het vaker mis bij mensen die veel achter de computer zitten of bij mensen die veel dubbeltaken moeten uitvoeren. Die mensen zie ik dan ook veel vaker in mijn spreekkamer. Men zou kunnen denken dat het allemaal psychologisch is, omdat ze te veel zouden willen. Maar nee, ze kunnen het simpelweg niet voldoende compenseren in hun (werk-)taken. Dat is een ander verhaal.

De verzekeraar moet het slachtoffer nemen zoals hij is. Sommige mensen kunnen hun vak na een hersenschudding nog wel uitoefenen, maar anderen niet. Dat is precies wat Elsbeth net zei: de ene hersenschudding is de andere niet. Dat doet mij denken aan de twee take home messages van Hans van Dam tijdens zijn lezing op het congres "Zorg rondom hoofdletsel" in Eernewoude op 9 november 2023. Hans van Dam is docent en consulent Hersenletsel, gespecialiseerd verpleegkundige (neurologie) en publicist. Hij is onder andere de auteur van het boek "*Een lepel in de soep*", met verhalen van betrokkenen, met daarna een toelichting op het "hoe en waarom" van de vaak voorkomende klachten. Op 9 november 2023 begon Hans van Dam zijn lezing met de volgende twee take home messages:

"Neurologisch en neuropsychologisch is er niet veel dat u kunt doen, maar op het gebied van het individu kunt u zeer veel doen", aldus Alexander Luria in een brief aan Oliver Sachs.

en

"Vraag niet wat voor ziekte iemand heeft, maar liever wat voor iemand de ziekte heeft", uitspraak toegeschreven aan William Osler, een Canadees fysicus, één van de vier hoogleraren die aan de wieg stond van het John Hopkins Hospital.

Dat verklaart ook waarom de behandeling niet alleen een kwestie is van maatwerk, maar ook van prioriteiten stellen. Ook dat volgt uit de ICF. Als bijvoorbeeld een kind niet meer aan sport kan doen waardoor een sociaal isolement dreigt, dan moet daar in overleg met de school wat aan worden gedaan. Dat kan betekenen dat het kind wat minder lessen gaat volgen. Dat kwam ook aan de orde in de MTA-XXV Nieuwsbrief 4 (MTA in gesprek met Frederike van Markus en Florian Allonsius) en in de MTA-XXV Nieuwsbrief 10 (MTA in gesprek met Fons Elemans).

Kom jij ook in aanraking met dit soort aspecten van prioriteiten stellen?

Ja, toevallig heb ik nu iets soortgelijks. Het gaat om een dame, waarvan ik van mening ben dat zij qua werk een tijdje helemaal niet zou moeten worden belast. Zij loopt ondertussen echter tegen alle muren op, omdat zij moeite heeft met stilzitten. Om die reden zijn wij nu toch maar op zoek naar iets laag belastbaars, zodat zij iets te doen heeft. Een keer per week op bezoek gaan op het werk kan uiteraard ook geen kwaad, maar het gevaar van toch weer (of meer) gaan werken is dan aanwezig. Kortom: de ICF is misschien moeilijk uit te leggen, maar voor de revalidatiearts is het heel vanzelfsprekend.

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

Wat is jouw drive? Wat maakt jou blij, gelukkig en tevreden?

Mijn drijfveer is altijd geweest om zoveel mogelijk mensen gelukkig te maken. Dat gaat verder dan alleen maar mensen met een hersenschudding of een whiplash. Ik heb gemerkt dat ik een natuurlijke verbinder ben. Dat speelt een belangrijke rol in mijn werk. Het geeft mij voldoening om anderen blij te zien. Dat motiveert mij elke dag opnieuw.

Wat zou je graag willen delen over jezelf dat misschien niet algemeen bekend is, maar wel interessant is om te weten?

Mijn werk is mijn hobby. Ik ben een van de weinige professionals die bereid is om patiënten al in de vroege fase van revalidatie te zien. Dat vind ik niet alleen belangrijk, dat kan echt het verschil maken.

Wat is jouw boodschap voor de personenschadebranche?

Mijn boodschap voor de personenschadebranche is dat het belangrijk is om patiënten in een vroeg stadium serieus te nemen en te ondersteunen, zowel op medisch als financieel gebied. Door meteen in het begin de juiste behandelingen in gang te zetten, kunnen wij niet alleen de cliënt helpen, maar kunnen wij op termijn wellicht ook langdurige uitkeringen voorkomen. Het is ronduit zonde als mensen eerst twee jaar met klachten moeten rondlopen, voordat zij pas kunnen worden geholpen. Vaak zijn zij dan al hun baan kwijt. Als eerder en adequaat wordt ingegrepen, kunnen banen wellicht worden behouden. Daarom pleit ik vroegtijdige interventies. Natuurlijk kunnen wij niet iedereen beter maken, maar het is wel degelijk het proberen waard is. Men denkt dat het meer geld kost, maar ik denk dat vroegtijdige interventies op de lange termijn juist schade beperkend zullen uitpakken.

Misschien zijn wij inderdaad de laatste jaren ook wel slimmer geworden. Vroeger gingen wij in elk dossier opnieuw de juridische strijd aan, maar tegenwoordig lijken wij het anders aan te pakken. Soms vraag ik mij wel eens af: heb ik al die tijd liggen slapen of ben jij gewoon te laat geboren 😊?

Ja, ik snap jouw dilemma. Gelukkig ben ik precies op tijd geboren 😊! Omstreeks 2017-2018 heb ik een omslag in mijn denken ervaren. Als je kijkt naar de literatuur en ontwikkelingen in Amerika, zie je dat er rond die tijd echt een verschuiving plaatsvond naar een beter begrip en een betere behandeling van hersenschuddingen en daaraan gerelateerde letsels. Het is jammer dat ondanks die vooruitgang sommige collega's nog steeds vasthouden aan oude ideeën. Ik heb zelf ook wel eens geworsteld met de vraag waarom ik niet eerder (en beter) heb gezien

wat er speelde. Maar ik denk dat het belangrijk is om te erkennen dat de kennis de afgelopen jaren echt een sprong voorwaarts heeft gemaakt.

Wat mij wel frustreert, is dat ondanks die toegenomen inzichten in de klinische praktijk, best practices en nieuwe inzichten, sommige professionals nog steeds niet helemaal op de hoogte lijken te zijn. Ik hoop dat wij meer bewustwording kunnen creëren over deze aandoeningen, zodat patiënten serieus worden genomen en in een eerder stadium naar de juiste zorg worden doorverwezen, zelfs als professionals niet meteen weten wat de beste aanpak is.

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

Wat heb jij de lezer van deze MTA-XXV Nieuwsbrief te bieden?

In de vroege fase van het schaderegelingstraject kan ik meedenken en advies geven over passende behandelingen, primair gericht op herstel. Als volledig herstel niet mogelijk blijkt te zijn, kan ik vervolgens alternatieve benaderingen in overweging geven. Dat is in feite ook mijn rol binnen ons Wasstraatproject. Dat valt het beste te omschrijven als een klinisch tussenstation. Dat klinische karakter is van belang om te benadrukken. Ik ben en blijf een onafhankelijk medisch specialist.

Het lijkt soms wel alsof de rechters, de advocaten en ook de verzekeraars meer waarde hechten aan de bevindingen van een neuroloog dan aan de bevindingen van een revalidatiearts. Dat is niet terecht. Ik heb net zo'n eed afgelegd als de neuroloog. Ik doe iets anders, maar ben ook onafhankelijk. De rapporten naar aanleiding van mijn consulten zijn dan ook te bestempelen als medische informatie. Als ik adviezen geef of voorstellen doe, bestaat daar dan dus ook een medische indicatie voor.

4. De verdere verwijzingen

Gedoseerde activatie na licht hoofdtrauma voorkomt veel ellende, Elsbeth Spakman-van de Graaf, Jasper de Wit en Wilma van der Slot, Medisch Contact, 30 juli 2021

Beslisboom Behandeling Licht Hoofd-Hersenletsel (hersenschudding en/of whiplash), Elsbeth Spakman-van de Graaf, februari 2022

Folder Hersenschudding van Hersenplan

PowerPointpresentatie Licht hoofd-hersenletsel, Nieuwe inzichten en behandelplan, Elsbeth Spakman, digitale ledenbijeenkomst WAA, 23 februari 2022

De website van **Hersenplan**

Binnenkort (mei/juni 2024) verschijnt in het tijdschrift Quintesse (een blad voor bedrijfsartsen) het artikel "Screening, diagnostiek en hanteren van traumatisch hersenletsel in de werksituatie". door E. Spakman, revalidatiearts, Hersenplan, Dr. A.H.M. Bakker, GZ-psycholoog NIP, Balans & Impuls, en Dr. S. Galor, psycholoog NIP, Balans & Impuls

5. De uitgereikte wijn

De Bruno Cormerais (wijn nr. 6) was voor Elsbeth Spakman. Dat is een muscadet uit de Loire. Die wijn heeft na de persing nog 15 maanden gerijpt op eigen gist, vandaar de toevoeging "sur lie". Daardoor wint de wijn aan kracht en complexiteit, net zoals De Wasstraat aan kracht wint door de toevoeging van Elsbeth Spakman (in de vorm van een klinisch tussenstation).

Van oudsher is de muscadet een aperitiefwijn. Dat is karakteristiek voor Elsbeth Spakman, want zij zit qua interventie - onder de ideale omstandigheden - in de beginfase van de dossiervorming. De druiven worden elk jaar in september geplukt, in plaats in oktober. Ook dat is representatief voor een vroege interventie.

Smaaksensaties als perzik, groene appel, wit fruit en citrus strijden om de aandacht, net als de diverse klachtenpatronen ook om de aandacht van Elsbeth Spakman strijden.

Maarten Tromp, juni 2024