

Ondersteuningsroute bewegen en motoriek

samen onze zorg!

Author(s)

Noordstar, Johannes; van Schie, Petra ; L'abée, Dayenne; Janssen, Mirka

Publication date

2020

Document Version

Final published version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Noordstar, J., van Schie, P., L'abée, D., & Janssen, M. (2020).
Ondersteuningsroute bewegen en motoriek: samen onze zorg!
Nederlands Tijdschrift voor Oefentherapie, 16(4), 18-20.

General rights

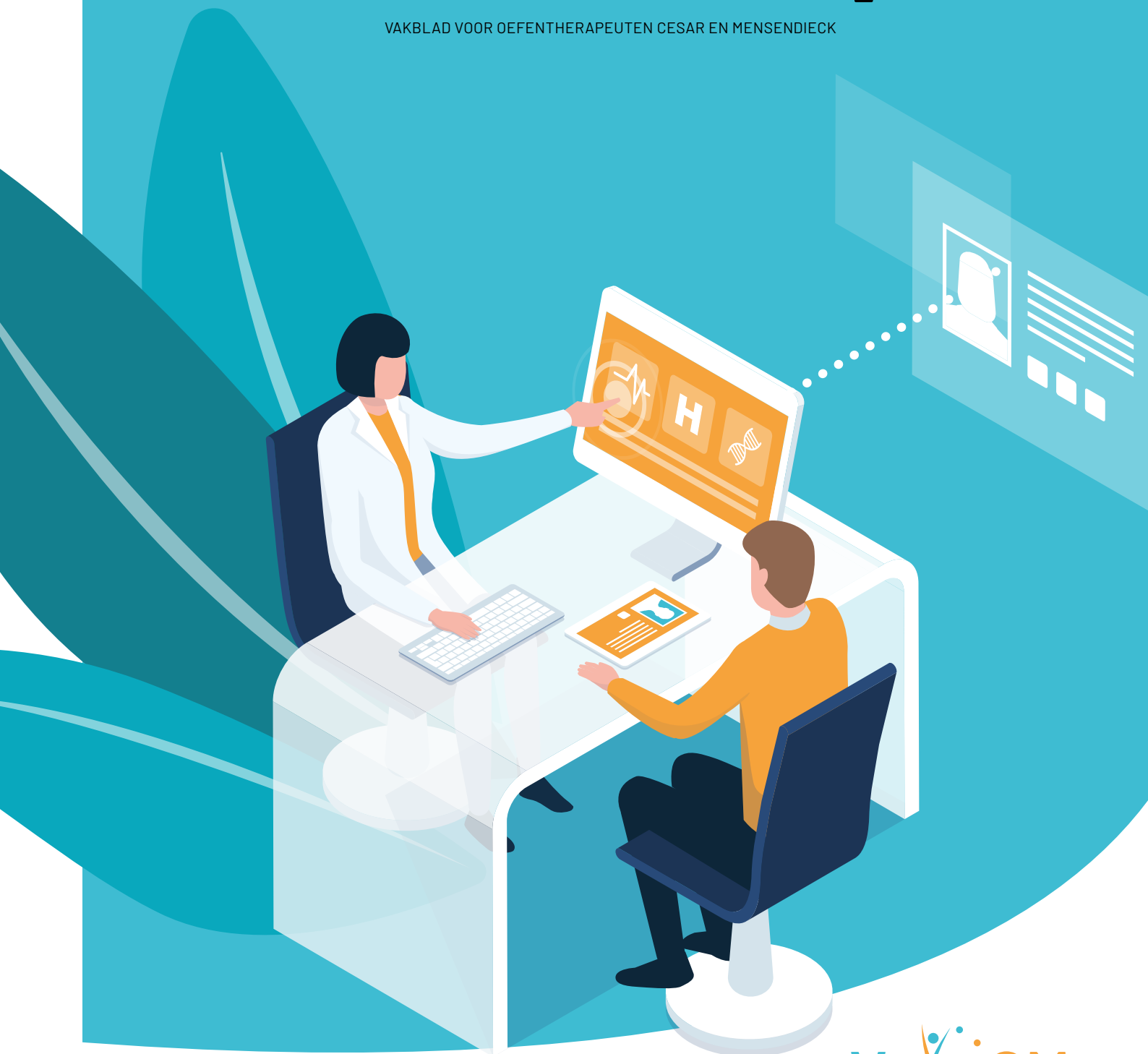
It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please contact the library: <https://www.amsterdamuas.com/library/contact>, or send a letter to: University Library (Library of the University of Amsterdam and Amsterdam University of Applied Sciences), Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

Nederlands Tijdschrift voor Oefentherapie

VAKBLAD VOOR OEFENTHERAPEUTEN CESAR EN MENSENDIECK



In dit nummer

- E- health en de ontwikkeling naar Blended care
- De commissie PPN regionaal; de ontwikkeling van regionale netwerken
- Promovendi en onderzoekers aan het woord; actueel onderzoek waarbij oefentherapie is betrokken



YVLO-ZwangerFit® Opleiding

In 3 maanden tijd word je allround YVLO-ZwangerFit® Trainer.
ADAP/VVOCM: 127 accreditatiepunten

YVLO-Babymassage®

Je leert een cursus Babymassage te geven.

YVLO-ZwangerFit®

Mindful Ademen en Ontspannen

Ademen en ontspannen volgens methode van Dixhoorn.

Kijk voor de data en meer informatie op yvlo.nl.

Wat kun jij, als oefentherapeut, doen voor een patiënt met MS?



Mensen met MS (multiple sclerose) hebben soms te kampen met symptomen die een andere benadering vragen.



Het MS Loket helpt jou en jouw patiënt graag verder.

Bel op werkdagen tussen
10.30 en 12.30 uur (gratis).

MS-LOKET

0800-1066

DE WEG VAN VRAAG NAAR ANTWOORD



www.msloket.nl

Heb jij de ambitie om een
**gecombineerde
leefstijlinterventie (GLI)**
aan te bieden?

Met de aantekening "leefstijlcoach oefentherapeut"
is dat mogelijk! Een voorwaarde is dat je over de
competenties van een hbo-leefstijlcoach beschikt.



BRICKHOUSE ACADEMY

biedt een erkende Basistraining aan, waarin je deze
competenties ontwikkelt. Je krijgt kennis van:
positieve gezondheid, interventies voor leefstijlverandering,
terugval, voeding, vitaliteit, slaap, ontspanning en stress.

Vijf lesdagen
in 2 maanden tijd

ADAP geaccrediteerd:
48,5 punten

KIJK VOOR MEER INFORMATIE OP: WWW.BRICKHOUSEACADEMY.NL



VOLG JE VvOCM OOK ONLINE?

Je kan ons volgen via:



facebook.com/VvOCM



twitter.com/oefentherapeut



bit.ly/oefentherapie-linkedin

www.vvocm.nl

COLOFON

Het Nederlands Tijdschrift voor Oefentherapie is een uitgave van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM). Het blad verschijnt vier keer per jaar.

Overname van artikelen en beeld is alleen toegestaan na schriftelijke toestemming van VvOCM.

Redactie

Debby de Ridder
Cokkie van Santen
Laila Storm
Lisanne Tieland – Wernsen
Viola Zegers

Wetenschappelijke redactie

Mw. D. Conijn, MSc.
Dhr. dr. J.P. van Wingerden
Mw. dr. T. Oosterhuis

Eindredacteur

Dieuwke de Boer, D-taled.nl

Eindredactie

VvOCM
Kaap Hoornreed 28
3563 AT Utrecht
Tel. 030-2625627
E-mail: redactie@vvocm.nl

Informatie voor auteurs

Ingezonden stukken en tips kunt u mailen naar redactie@vvocm.nl. De redactie behoudt zich het recht voor bijdragen niet te plaatsen, te redigeren of in te korten. Eventuele auteursrechten blijven berusten bij de schrijver.

Uitgever, drukwerk en vormgeving

Performis BV
Postbus 2396
5202 CJ 's-Hertogenbosch
Tel. 073-6895889

Coverbeeld

Ontworpen door Performis

Advertenties

Voor reserveringen of meer informatie over adverteren kunt u contact opnemen met Performis BV via mail oefentherapie@performis.nl of per telefoon 073-6895889. De redactie behoudt zich het recht voor, zonder opgave van reden, advertenties te weigeren.

Abonnementen

Het Nederlands Tijdschrift voor oefentherapie is een uitgave van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM). Alle VvOCM-leden ontvangen het tijdschrift als onderdeel van het lidmaatschap. Geen lid? Een los abonnement kost € 40,- per jaar.

ISSN nummer 1871-2290

VvOCM
Vereniging van Oefentherapeuten

Ons maatschappelijke belang

Voor je ligt alweer de vierde editie van het Nederlands Tijdschrift voor Oefentherapie, de laatste uitgave van dit jaar. Een jaar dat voorbij is gevlogen. En een jaar dat grote impact had op alles en iedereen.



Waar we hoopten dat de zomer het COVID-19-virus zou verdrijven, sloeg het hard terug en hebben we te maken met een pittig najaar. Met wederom consequenties voor de praktijkvoering van de oefentherapeut. Daarbij kwam ook nog het bericht van

Hogeschool Utrecht dat de opleiding *Oefentherapie Cesar* wordt afgebouwd in de komende jaren. Dit bericht zal vele gepassioneerde oefentherapeuten in het hart raken omdat dit het einde van een unieke opleiding betekent. Gelukkig is er een andere hogeschool die juist potentie ziet in een opleiding *Oefentherapie*. Een definitief besluit daarover moet nog worden genomen.

Gelukkig zijn er ook veel positieve ontwikkelingen gaande. Mooie voorbeelden van onderzoeken vind je in de rubriek 'Onderzoekers aan het woord' en 'Promovendi aan het woord'. Verder lees je in deze editie ook een verslag van onderzoek naar de rol van de kinderoefentherapeut bij gezonde motorische ontwikkeling in het basisonderwijs. Ook gaan we in op het gebruik van e-health bij CVA-patiënten. Deze onderzoeken en artikelen laten de diversiteit van ons beroep zien; we zijn als oefentherapeuten op veel verschillende terreinen inzetbaar. Ook de initiatieven voor regionale samenwerking bewijzen hoe actief de oefentherapeut is. Bovendien toont dit aan dat de oefentherapeut een belangrijke partner is in zorgnetwerken.

We spelen ook in op technologische ontwikkelingen die van invloed zijn op innovatie van interventies binnen de oefentherapie. Denk hierbij aan e-health. Door de COVID-19-pandemie hebben we versneld ervaring op kunnen doen met behandelen op afstand. Deze ervaring kunnen we meenemen in de ontwikkeling van blended care programma's. Een opgave die past binnen de bestuurlijke afspraken paramedische zorg.

Van harte hoop ik dat de artikelen en voorbeelden in dit tijdschrift je zullen inspireren en je de kracht zullen geven om de waarde van ons prachtige vak te doorvoelen en uit te dragen. En ook om vol te houden, ondanks alle tegenslagen die we dit jaar te verwerken hebben gekregen. Tegelijkertijd is er namelijk ontzettend veel gaande dat ook het maatschappelijk belang van de oefentherapeut ondersteunt. Juist dat willen we je graag laten zien!

Mede namens de redactie wens ik je veel leesplezier.

Viola Zegers, directeur VvOCM 

INHOUD



18

Wetenschap en praktijk

**Ondersteuningsroute
Bewegen en Motoriek**

5

Vragen uit de praktijk

6

**Column Jan Paul van Wingerden:
De lol van wetenschap**

7

Nieuws en actualiteiten

8

Vanuit VvOCM
**Het Kostenonderzoek en de
opdracht aan VvOCM**

12

Initiatief uit de regio
**Innovatieve samenwerking in de
Haagse wijk Loosduinen**

14

Mijn stagebegeleider en ik

16

Samenwerken
**De ontwikkeling van
regionale netwerken**

21

Wetenschap en praktijk
**Het gebruik van e-health in
revalidatie na een beroerte**

26

Wetenschap en praktijk
Promovendi aan het woord

29

Wetenschap en praktijk
Onderzoekers aan het woord

34

NPi-service
**SPPB heeft potentie om
frailty bij zelfstandig wonende
65-plussers te detecteren**

VRAGEN UIT DE PRAKTIJK

Waarom zou ik in tijden van corona deelnemen aan een IO?

Een van de grootste voordelen van deelname aan een IO is kennisdeling. Samenkomen, van elkaar leren en het met elkaar delen van kennis is uiterst waardevol. In de huidige tijd wordt het houden van een IO op locatie wellicht bemoeilijkt, maar een digitale IO is een prima oplossing. En nog een pluspunt: een online IO telt net als een fysieke IO mee in de punten voor het KP.

Hoe bewijs ik mijn deelname aan een online IO?

Bij elke IO wordt een presentielijst bijgehouden, ook bij een online IO. Een digitale presentielijst voldoet, het is een kwestie van wederzijds vertrouwen dat de lijst naar waarheid is ingevuld.

Is het verplicht om aan een IO deel te nemen?

Het is niet verplicht, maar wij raden het zeker aan!

Wat doet VvOCM voor ons in deze huidige tijd?

VvOCM plaatst alle relevante informatie over corona en de gevolgen voor jou en je praktijkvoering op de website. Wil je deze informatie bekijken, klik dan op het item 'corona'. De informatie is een resultaat van nauw overleg en goede samenwerking met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), het Paramedisch Platform Nederland (PPN), het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) en Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF). We gebruiken informatie die actueel en compleet is!

Wat speelt er momenteel bij VvOCM?

VvOCM heeft te maken met veel en snelle ontwikkelingen. We zitten nooit stil! We zijn onder andere bezig met het ontwikkelen van de merkstrategie, het uitrollen van een nieuw beroepscompetentieprofiel kinderoefentherapie, het uitwerken van het scholingsaanbod van volgend jaar en het uitwerken van het jaarplan. Ook zijn we betrokken bij veel externe overleggen en houden we nauw contact met de opleidingen op de Hogeschool van Amsterdam (HvA) en de Hogeschool Utrecht (HU). Kortom: op allerlei fronten timmeren we hard aan de weg!

Ik heb een leuk initiatief en zou dit graag plaatsen in dit vakblad, hoe doe ik dat?

Leuke initiatieven zijn altijd welkom! Stuur een mail met meer informatie naar redactie@vvocm.nl en dan reageren wij op je bericht!

Ik ben op zoek naar een praktijk waar ik kan komen werken, hoe vind ik die?

Kijk eens op de Vacaturebank op VvOCM-website, misschien staat daar al iets voor je tussen? Anders raden wij aan om de social media accounts (met name Facebook en LinkedIn) van praktijken bij jou in de buurt in de gaten te houden! VvOCM deelt geen overnames, waarnemingen, etc. via haar kanalen.

Ik wil na zeven jaar graag weer aan het werk als oefentherapeut. Wat moet ik doen?

Je herregistratie in de Kwaliteitsregister is meer dan vijf jaar verlopen. Je zult een herintrederstraject moeten doorlopen. Informatie hierover vind je op de website van het Kwaliteitsregister bij de veelgestelde vragen.

Er zijn allerlei netwerken rond de zorg in de omgeving van mijn praktijk. Kan ik me daar bij aansluiten?

Dat kan zeker! Je doet dat dan voor jouw praktijk. Wanneer er een vertegenwoordiger van de oefentherapeuten wordt gevraagd moet je eerst overleggen met je collega's en afspraken maken. Twijfel je? Of wil je weten hoe je dit aanpakt? Mail je vraag naar info@vvocm.nl.

Is het nog wel handig om middelbare scholieren te stimuleren om de opleiding Oefentherapie te gaan doen?

Jazeker! Oefentherapeuten zijn nodig en de opleiding is gekwalificeerd en veelzijdig. VvOCM heeft een presentatie beschikbaar die jij kunt gebruiken om studenten te werven bij middelbare scholen in jouw buurt.

De lol van wetenschap

Het felle witte licht doet bijna pijn aan m'n ogen. Gehuld in een witte labjas probeer ik samen met mijn collega Inge Ronchetti een klein metalen pennetje in een nat en scherp ruikend lichaam te duwen. Het pennetje is onderdeel van een sensor die nauwelijks twee centimeter groot is. Waar ben ik in 's hemelsnaam mee bezig? Wetenschap! En ik vind het heerlijk.



Jan-Paul van Wingerden

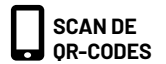
Bestuurder van het
Spine and Joint
Centre Rotterdam

Hoe het precies gekomen is weet ik eigenlijk niet meer, maar enige jaren terug ontdekten we dat best veel van onze rug- en bekkenpatiënten ook een diastase recti hebben. Dit is een verwijding van de ruimte tussen de beide recti abdomini, die onder sommige omstandigheden fors naar buiten kan uitpuilen. Dit is niet alleen maar een 'lelijk' gezicht, maar kan ook gepaard gaan met diverse klachten. We verdiepten ons in de literatuur over deze aandoening en ontdekten een paar dingen: diastase recti komt vooral voor bij zwangere vrouwen, er is géén duidelijke oorzaak van dit fenomeen en de behandelingen zijn zéér uiteenlopend – van diverse trainingsvormen tot een operatie, al dan niet met het plaatsen van een matje (MESH). Er is weinig duidelijkheid over welke behandeling nu effectief is.

Bij onze patiënten ontdekten we dat het aanspannen van de diepe dwarse buikspier (transversus abdominis) iets deed met die diastase. Maar met de anatomie van de buikwand zoals we die geleerd hadden konden we dat niet verklaren. Dus trokken Inge en ik samen met mijn goede vriend en hoogleraar anatomie, Gert-Jan Kleinrensink, naar de snijzaal. Aanvankelijk wilden we weten of spanning van de transversus iets deed met de linea alba. Dat mislukte faliekant: we kregen er geen grip op. Vervolgens ontdekten we tijdens het prepareren een paar vreemde dingen die we niet terug konden vinden in de standaard anatomie. Eén ervan was dat de interne fascieschede van de rechte buikspieren van boven naar onder véél elastischer was dan in dwarse richting. En dat de buitenste schede veel minder elastisch was. Leuk, maar hoe meet je dat op een wetenschappelijke manier?

Gert-Jan had voor een ander onderzoek een héél kleine sensor aangeschaft die zéér nauwkeurig verplaatsing kon meten – op een fractie van een millimeter nauwkeurig! Een ideaal sensortje voor onze vraagstelling. De weken daarop brachten we de woensdagmiddagen door in de snijzaal, preparerend, kijkend, rek en elasticiteit metend aan stukjes fascie van de buikwand, met een flesje fixatievloeistof als 'vast' trekgewicht. Het resultaat is een mooie publicatie in het Journal of Bodyworks and Movement Therapies. Een prachtig resultaat waar we natuurlijk trots op zijn. Maar toch geeft het proces van zoeken, puzzelen en een stukje mogen ontdekken van hoe menselijke lichamen in elkaar steken de meeste voldoening. We zijn weer iets dichterbij het begrijpen van diastasis recti, maar juist die zoektocht is voor mij de mooie kant van de wetenschap! ➕

NIEUWS EN ACTUALITEITEN



SCAN DE
QR-CODES

WAAROM ZELFS FITTE MENSEN BUITEN ADEM RAKEN TIJDENS HET TRAPLOPEN

Misschien herken je dit: je doet push-ups alsof het niets is, rent vijf kilometer aan één stuk en het krachthonk kent geen geheimen voor jou - maar toch moet je even stevig naar adem happen als je een trap opgelopen bent. Best confronterend, als je dacht dat het wel snor zat met je conditie. Maar goed nieuws: you're not alone. En gelukkig is het best normaal. Een personal

trainer en een cardioloog leggen het uit in dit artikel.



Bron: Runner's World

RICHTLIJN HOUDING & BEWEGEN (2020)

De richtlijn biedt informatie over voorlichting, (vroeg)signalering, begeleiding en verwijzing rond de onderwerpen houding en bewegen.

Heb jij al gekeken op de startpagina van de richtlijn? Neem snel een kijkje.



ZORGINSTITUUT: TESTEN OP OSTEOPOROSE NA BOTBREUK VOORKOMT FRACTUREN

Alle 50-plussers die met een botfractuur in het ziekenhuis komen, moeten worden getest op osteoporose. Dat kan ieder jaar bijna 1.500 nieuwe botfracturen voorkomen, want bij een op de drie patiënten is de chronische aandoening de onderliggende oorzaak van een breuk. Dat schrijft Zorginstituut Nederland in het onlangs verschenen 'Verbetersignaleмент Osteoporose'.

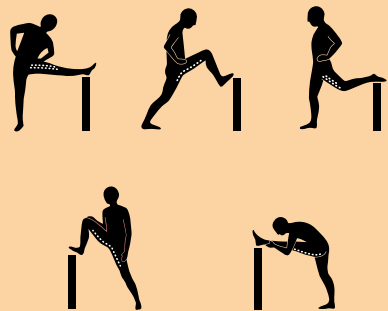
Bron: Skípr, 2 september 2020



THUISWERKEN IN HET DONKER: 'ONDERSCHAT HET BELANG VAN LICHT NIET'

Het wordt weer eerder donker en dat valt vooral op omdat we nu meer thuis aan het werk zijn. Waar je normaal gesproken de hele dag in de tl-verlichting op kantoor zit moet je het nu waarschijnlijk doen met een bureaulamp en die ene lamp aan het plafond. En dat kan een flink tekort aan licht opleveren, met alle gevolgen van dien.

Bron: RTL Nieuws, 5 september 2020



7 MYTHES OVER REKKEN DIE JE NIET MOET GELOVEN

Er is veel verwarring over welke rek oefeningen precies goed zijn. Wil je je training goed beginnen én goed eindigen? Lees dan eerst dit artikel, waarin 7 mythes over rekken worden rechtgezet.



Bron: Runner's World

LEKKER LUISTEREN

Luisteren in plaats van lezen over de toekomst van de eerste lijn? Dat kan!



Beluister de podcasts van Eerstelijns, platform voor strategie en innovatie via spotify.

Een andere luistertip: op 20 oktober jl. was het Wereld Osteoporose Dag.



Kijk op www.osteoporose-vereniging.nl of luister naar een interview door Tom van 't Hek.

SAMENWERKEN OVER DE MUREN VAN HET ZIEKENHUIS HEEN

Het Transmuraal Netwerk is actief in Midden-Holland en brengt je via hun nieuwsbrief op de hoogte



van mooie voorbeelden van samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn.

SAMEN KOKEN LEERT MOEILIJK ETENDE KLEUTER GROENTE ETEN

Een kleuter samen met een ouder laten koken heeft een positief effect op hoeveel groente een 'moeilijke eter' durft te proberen. Dit blijkt uit Schots onderzoek waarover medischcontact.nl schreef en dat in het blad Nutrients is verschenen.

Bron: Vakblad Vroeg, 1 september 2020



HET KOSTENONDERZOEK EN DE OPDRACHT AAN VVOCM

E-health en de ontwikkeling naar blended care

We nemen jullie graag mee in de stappen die we gaan zetten en die moeten bijdragen aan de ontwikkeling naar een normatief tarief. Want zowel de zorgverzekeraars als de beroepsverenigingen hebben hierin een ontwikkeling door te maken. Als eerste brengen we e-health onder jullie aandacht, waarmee we tijdens de COVID-19-pandemie versneld ervaring hebben opgedaan.



Eveline de Jong
bestuurslid NCP



Hans Niendeker
directeur HINQ



Viola Zegers
directeur VvOCM

Partijen uit de bestuurlijke afspraken paramedische zorg onderschrijven dat het *Kostenonderzoek paramedische zorg* een goed bruikbaar rapport is dat voldoende handvatten biedt voor beroepsverenigingen en zorgverzekeraars om het gesprek verder met elkaar te voeren. In de tekst van de bestuurlijke afspraken paramedische zorg staat hierover letterlijk: *“Met betrekking tot het kostprijsonderzoek zullen zorgverzekeraars de uitkomsten ter harte nemen. De beroepsgroepen op hun beurt zullen zich maximaal inspannen voor een doelmatige en efficiënte zorgverlening om zodoende de zorg betaalbaar te houden.”* Inmiddels zien we dat de meeste zorgverzekeraars gehoor hebben gegeven aan de uitkomsten van het onderzoek en een positieve ontwikkeling in tarieven laten zien. De medaille kent echter ook een andere kant, en dat is de opdracht aan beroepsgroepen om zich in te spannen voor doelmatige en efficiënte zorgverlening. Paramedisch Platform Nederland (PPN) stelde hiertoe een agenda op voor de lange termijn. De afzonderlijke beroepsgroepen stelden een agenda op voor de korte termijn. In die agenda's zijn onderwerpen verwerkt die ook in het *Kostenonderzoek* aan de orde komen, zoals het verminderen van administratieve lasten, e-health en groepstherapie. VvOCM gaat ook met deze onderwerpen aan de slag. We focussen ons eerst op e-health. De ervaring die we tijdens de COVID-19-pandemie hebben opgedaan met het gebruik van e-health kunnen we namelijk verwerken in de te ontwikkelen blended care programma's. VvOCM is ervan overtuigd dat behandelen op afstand pas optimaal effectief kan zijn als er sprake is van een behandelrelatie in de praktijk. Maar het daadwerkelijk van de grond krijgen van blended care programma's vraagt om inzicht in de facetten die hierbij een rol spelen en passen in een bredere ontwikkeling naar een persoonlijke gezond-

heidsomgeving. Het Netwerk Chronische Pijn en HINQ gaan hieronder in op hun samenwerking in het realiseren van blended care programma's.

Blended care: vertrouwd raken met traditioneel en online behandelen

De (oefentherapeutische) zorg heeft met een aantal uitdagingen en ontwikkelingen te maken. Diverse ontwikkelingen op het gebied van technologie en e-health doen hun intrede in het zorglandschap. Ondanks uitgebreide opties en wetenschappelijke onderbouwing wordt er beperkt gebruik gemaakt van alle mogelijkheden. Uit onderzoek blijkt dat vooral de combinatie van online training met face-to-face behandeling effectief is en bijdraagt aan het vergroten van de eigen regie. Patiënten vinden het persoonlijke gesprek erg belangrijk. Daarnaast kunnen ze online thuis verder werken aan hun proces. Deze vorm van behandelen wordt 'blended care' genoemd. De kracht zit hem in de combinatie van beide onderdelen. Om meer inzicht te krijgen in de effectiviteit, meerwaarde en randvoorwaarden voor het gebruik van zorgtechnologie en e-health heeft VvOCM, net als andere (para) medische beroepsverenigingen, dit onderwerp

“De VvOCM is ervan overtuigd dat behandelen op afstand pas optimaal effectief kan zijn als er sprake is van een behandelrelatie in de praktijk.”

”



opgenomen in de kennisagenda. Het Nationale Contactpunt grensoverschrijdende zorg (NCP), zorgcoöperatie HINQ en Ivido gingen de uitdaging aan om oefentherapeutische zorg te combineren met e-health-applicaties in een digitale gezondheidsomgeving. Dit geeft vorm aan de 'Juiste Zorg op de Juiste Plek': samen werken aan toekomstbestendige en betaalbare zorg, dicht bij de mensen thuis in hun vertrouwde leefomgeving en door gebruik te maken van nieuwe zorgmogelijkheden, zoals e-health of andere digitale mogelijkheden.

Voorwaarden voor een digitale gezondheidsomgeving

Door actief met chronische pijnpatiënten aan de slag te gaan, hebben we in de afgelopen jaren geleerd dat er twee belangrijke randvoorwaarden zijn voor digitale samenwerking:

- De patiënt heeft toegang tot en regie over een up-to-date, begrijpelijk dossier met alle relevante medische data. Hij of zij kan dit dossier delen met het team van zorgverleners, dat bij zijn of haar behandeling betrokken is.
- Het team van zorgverleners wil vervolgens veelal (regionaal) samenwerken voor deze patiënt, in een veilige omgeving waarin de relevante functies en zorgprogramma's geïntegreerd zijn.

Om aan deze twee randvoorwaarden te voldoen is een transitie nodig, zowel organisatorisch als digitaal.

Hoe pak je dat aan?

Iedere professional heeft op dit moment een eigen systeem, waarin hij of zij werkt en registreert. De relevante medische informatie over de patiënt staat daarom in verschillende systemen geregistreerd. Maar hoe breng je deze data samen? E-health wordt ingezet om alle zorgnetwerken met elkaar te verbinden. De uitwisseling van gegevens en informatie is complex. Daarvoor is een samenhangende oplossing (een e-health platform) noodzakelijk, waar de patiënt en het netwerk

“

Uit onderzoek blijkt dat vooral de combinatie van online training met face-to-face behandeling effectief is en bijdraagt aan het vergroten van de eigen regie.

”

van zorgprofessionals optimaal met elkaar kunnen samenwerken ter ondersteuning van de relatie en de hele patiëntreis. En dat kan met een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) voor de patiënt en de Zorgnetwerk Omgeving voor zijn of haar (zorg) netwerk (ZNO).

Allereerst zijn duidelijke afspraken nodig. Dit is door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) opgepakt, met het MedMij afsprakenstelsel. MedMij introduceert informatiestandaarden voor gezondheidsgegevens, zodat de uitwisseling van deze gegevens tussen zorgverleners mogelijk wordt. Je kunt het zien als alternatief voor het landelijke EPD dat in 2011 sneuvelde. Zorgverleners kunnen de gegevens eenduidig vastleggen, onderling delen en hergebruiken. Vanaf 1 juli 2020 is er de wettelijke verplichting om op verzoek van een patiënt zorgdata digitaal te delen. Eind 2021 wordt deze informatie verplicht gedeeld met de Persoonlijke Gezondheids Omgeving (PGO) van de patiënt. HINQ biedt vervolgens, als digitale zorgnetwerkcoöperatie haar leden (zorgverleners), mogelijkheden om zonder schotten tussen de zorgsoorten en AVG-proof samen te werken in regionale zorgnetwerken. Dit platform biedt een veilige omgeving voor de patiënt en het netwerk van zorgverleners, waarin de cliënt wanneer nodig maximale regie kan nemen over de eigen gezondheid of ziekte. [Lees verder](#) ➔

Persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) met een MedMij label, zoals Ivido

In een PGO kunnen patiënten zelf hun medische gegevens beheren, monitoren en delen met andere mensen. De patiënt heeft de regie over de eigen gegevens en kan een eigen zorgnetwerk creëren. Het voordeel van een PGO, ten opzichte van een behandelportaal van een zorgverlener, is dat de patiënt zelf een eigen PGO kan kiezen en vanuit één omgeving met alle zorgverleners kan communiceren. Naast het uitwisselen van gegevens zullen PGO's ook steeds meer ondersteuning gaan bieden met behulp van e-health-modules, apps, zelfmanagement-programma's en blended care behandelprogramma's. Daarmee creëert de cliënt een levenslang online hulpmiddel rondom de eigen gezondheid. Een PGO wordt gratis aan elke burger aangeboden. Voor de aanschaf van programma's moeten patiënten (of hun zorgverzekeraar, werkgever, gemeente, etc.) wel betalen.

Welke mogelijkheden zijn er voor de zorgprofessionals gecreëerd om zorg te optimaliseren?

Voor zorgprofessionals is er een Zorg Netwerk Omgeving (ZNO), dat is ontwikkeld door HINQ. Deze omgeving heeft ook het MedMij-label, maar dan vanuit het zorgverlenersperspectief. Dit noemen we in het stelsel de DVZA (dienstverlener zorg-aanbieder). Vanuit HINQ kun je als DVZA met elk PGO, naar keuze van de patiënt, gegevens uitwisselen. Met de ZNO kun je nog een paar stappen verder gaan. Zo kun je vanuit deze ZNO een blended care behandelrelatie met je patiënt leggen. De ZNO van HINQ biedt functies voor vragenlijsten, educatie, communicatie, zorgcoördinatie en het creëren van een integraal beeld van de patiënt zodat deze gegevens inzichtelijk zijn en hergebruikt kunnen worden. Zo kan de zorgverlener beeldbellen, een gezamenlijk behandelplan opstellen of chatten met het team van zorgverleners. Uiteraard gebeurt dit allemaal in een optimaal beveiligd digitaal systeem. Met de ZNO willen we dus schotloze 'netwerkgorg' mogelijk maken.

Het online programma Chronische Pijn ontwikkeld in HINQ

Behalve de mogelijkheden om vanuit de ZNO contact te onderhouden met de patiënt en betrokken zorgverleners, zijn er ook diverse online programma's in het systeem opgenomen. Het Netwerk Chronische Pijn heeft in HINQ het online programma Chronische Pijn ontwikkeld, als aanvulling op de oefentherapeu-



BLENDED CARE



tische behandeling. Het programma bevat pijneducatievideo's, vragenlijsten en diverse bewustwordingsopdrachten. Tijdens de behandeling kiest de therapeut de opdrachten die passen bij het thema van dat moment. De voordelen die we in de praktijk zien is dat patiënten thuis alles nog eens rustig kunnen nalezen. Hierdoor blijft de informatie beter hangen, zijn patiënten meer betrokken bij hun behandeling en maken ze eerder de vertaalslag naar de eigen situatie. In de toekomst kan dit programma ook steeds meer ingezet worden als onderdeel van het regionale netwerk. De oefentherapeut chronische pijn kan dan een essentiële schakel (casemanager) zijn in dit netwerk. Immers, in de ZNO kunnen ook andere zorgverleners, zoals huisartsen, medisch specialisten en GGZ-therapeuten, betrokken worden.

Hoe raak je vertrouwd met blended care?

Met deze vorm van behandelen krijg je er een extra mogelijkheid bij. Het is geen ingewikkelde stap, maar wel eentje die oefening en aandacht vraagt. Zelf aan de slag gaan is de beste manier om je deze methode eigen te maken. De therapeuten van het Netwerk Chronische Pijn volgden online trainingen en intervisie-bijeenkomsten om zich het programma eigen te maken. Naast feeling krijgen met deze vorm van werken, is ook technische ondersteuning belangrijk gebleken. Voor de therapeuten van het Netwerk Chronische Pijn was het online programma binnen HINQ een uitkomst tijdens de uitbraak van COVID-19, omdat ze hiermee zorg konden blijven verlenen en de praktijk draaiende konden houden. In de toekomst kunnen we deze ontwikkeling gebruiken om bij de zorg voor patiënten met chronische pijn steeds meer te gaan werken conform de Zorgstandaard Chronische Pijn in een stepped en matched care model voor netwerkgorg met de oefentherapeut als spil (casemanager). Dit past ook goed in de toekomstvisie voor de zorg (de Juiste Zorg op de Juiste Plek) en zal komend jaar een belangrijk onderwerp worden in de gesprekken met de zorgverzekeraars. ➡



Naast het uitwisselen van gegevens zullen PGO's ook steeds meer ondersteuning gaan bieden met behulp van e-health-modules, apps, zelfmanagementprogramma's en blended care behandelprogramma's.





UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM

Universitaire Masterstudie

Evidence Based Practice in Health Care MSc/Drs

Start 20e academisch jaar
september 2021

Tweejarige universitaire deeltijd
masterstudie tot klinisch epidemio-
loog (medisch wetenschappelijk
onderzoeker).

Bridging health care and science

- een eerste klas carrièrestap als startpunt naar een hoog wetenschappelijk niveau
- modern en actueel onderwijs met een multidisciplinaire benadering
- (inter)nationaal gerespecteerd en NVAO-geaccrediteerd
- voor medici, paramedici, promovendi, verpleeg- en verloskundigen

Voor contact, voorlichtingsdata,
informatie en aanmelding:
www.amc.nl/masterebp



Bewegingsvrijheid

Praktijk voor Cefantherapie-Mensendieck & Trager approach

*Jouw 'voelend' potentieel, dat van de
patiënt en de toepasbaarheid ervan.*

DE KRACHT VAN AANRAKEN

Aanraken heeft een direct en positief effect op lichaam en geest.
Hoe maken we dit toepasbaar in onze praktijk. Een praktische
tweedaagse cursus, St Adap 11 pt.

NATUURLIJKE BEWEEGPATRONEN

Haal de logica van het bewegende lichaam weer boven water.
Het nut hiervan te voelen en toe te passen in je behandelingen.
Een praktische tweedaagse cursus, St Adap 12 pt.

JIJ

Hoe jij meer vanuit JOUW gemak kan werken.
Accreditatie in aanvraag.

Meer informatie, diepgang en overige cursussen
vind je op www.bewegingsvrijheid.eu onder 'paramedici'.

Wil je meer weten, bel me gewoon op, 06-43064633,
ik sta je graag te woord.

Robert Terpstra



TRAGER
APPROACH



de oefentherapeut
LEEN MENSCHHOFF

IPH
INSTITUTE
FOR POSITIVE
HEALTH



People.Health.Care.

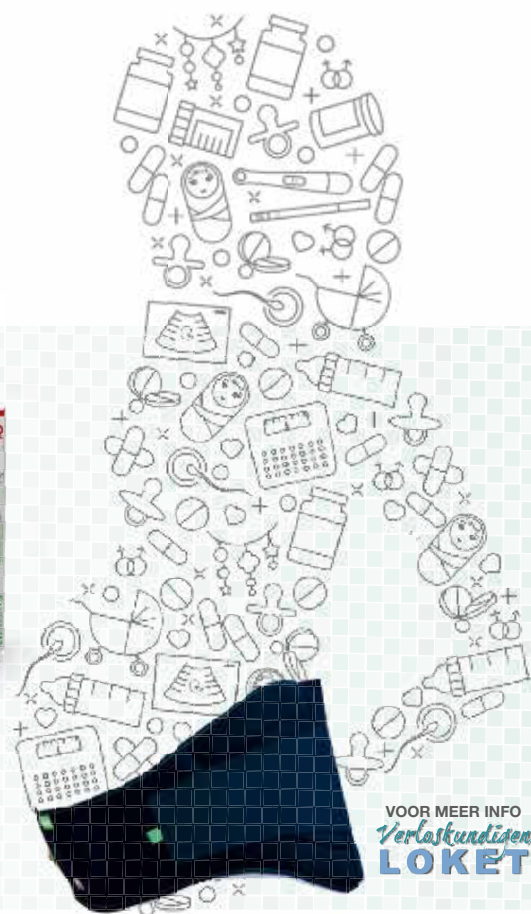
Cellacare® Materna

Zwanger zijn is best zwaar werk.

De hoogwaardige rugband
corrigeert tevens de
bekkenkanteling en
stabiliseert de wervelkolom.
Ideaal om zowel je houding
te corrigeren en tegelijk te
ontspannen.



Keuze uit twee effectieve opties:
Cellacare® Materna Comfort en Classic.



VOOR MEER INFO
Verloskundigen
LOKET

www.cellacare-materna.com

Innovatieve samenwerking in de Haagse wijk Loosduinen

In de Haagse wijk Loosduinen doen oefentherapeuten mee aan het project 'Beter Thuis Loosduinen'. We stelden Judith Dijkhuizen van Origo-oefentherapeuten een aantal vragen over dit project.



Judith Dijkhuizen

Judith, wat houdt het project in?

Het project Beter Thuis Loosduinen (BTL) is een initiatief van de huisartsengroep Hadoks. Het doel was in eerste instantie om kwetsbare ouderen zichtbaar te maken in de wijk en de ondersteuning te verbeteren. Het project is in 2016 gestart met steun van de ROS en er zijn ook andere zorgprofessionals uit de eerste lijn betrokken. Er wordt gestreefd naar samenwerking binnen de eerste lijn, maar ook tussen de eerste en de nulde lijn, het sociale domein. Inmiddels is de doelgroep uitgebreid naar kwetsbare mensen binnen Groot Loosduinen. We hebben zorgpaden ontwikkeld rond dementie, ondervoeding, valgevaar, polyfarmacie en eenzaamheid/depressie. Deze zorgpaden moeten praktisch toepasbaar gemaakt en geïmplementeerd worden binnen de wijk. De bewoners worden hierbij betrokken. We hebben via de Siilo-app (zie kader) een BTL-groep opgezet zodat zorgverleners in deze wijk elkaar goed kunnen vinden en gemakkelijk met elkaar kunnen communiceren. Zo zijn er korte lijnen voor overleg met bijvoorbeeld de huisarts. Voor goede doorverwijzing en veilige communicatie staan de zorgpaden en een stroomdiagram in de Siilo-app. Dit project is een pilot die ook in andere wijken kan worden opgezet. Ik doe mee met het ontwikkelen van het zorgpad/stroomdiagram 'eenzaamheid en depressie'. Bij het zorgpad 'valpreventie' waren al

“

We hebben via de Siilo-app een groep opgezet zodat zorgverleners in de wijk gemakkelijk met elkaar kunnen communiceren.

”

Betrokken disciplines

- Huisarts
- Praktijkondersteuner
- Apotheker
- Fysiotherapeut/ergotherapeut/oefentherapeut
- (Wijk)verpleegkundige
- Specialist Ouderen Geneeskunde
- Diëtist
- Casemanager dementie
- Eerstelijns GGZ
- Wmo
- Ouderenwerk
- Jeugdwerk

twee fysiotherapeuten betrokken waardoor wij hier helaas niet bij konden aansluiten. Ik ben ook lid van de werkgroep implementatie, die verder bestaat uit twee huisartsen, een diëtist en een praktijkondersteuner.

Hoe raakte jouw praktijk betrokken?

Origo-oefentherapeuten was al participant in het Farmaco Therapeutisch Overleg (FTO), van oudsher gevormd door huisartsen en apothekers. We geven al jaren regelmatig presentaties over ons werk. Vandaar de vraag of ik mee wilde denken en doen aan dit project.

Wat zijn de voordelen van deelname?

Korte communicatielijnen (over de zorg voor de patiënt) en zichtbaar zijn in de wijk bij andere disciplines, zoals huisartsen, apothekers, diëtisten, ergotherapeuten en wijkzorg (zie kader hierboven).

Zijn er ook nadelen?

Het kost tijd want het is vrijwilligerswerk. En wat enige frustratie oproept is dat we er toch steeds weer voor moeten zorgen dat oefentherapie in de communicatie genoemd wordt.



“

We zetten ons niet alleen in voor de patiënt, maar we verbeteren ook de samenwerking met andere disciplines.

”

Wat maakt je enthousiast over dit project?

De samenwerking met andere disciplines en de kans om steeds de oefentherapeut duidelijk op de kaart te kunnen zetten. We kunnen aangeven wat het onderscheid is met fysiotherapie en ergotherapie en waarin er overlap is. We zetten ons daarmee niet alleen in voor de patiënt, maar we verbeteren ook de samenwerking met andere disciplines. Hopelijk wordt het daardoor meer vanzelfsprekend om de oefentherapeut te betrekken bij dit soort projecten.

Levert het ook iets op voor cliënten en patiënten?

Zeker! De juiste zorg komt op de juiste plek doordat we als zorgverleners makkelijk communiceren en goed samenwerken. En dat merken onze cliënten en patiënten ook. ➡



Wat is Siilo?

Siilo is in 2016 ontwikkeld als een veilige communicatie-app, ontworpen voor en door zorgprofessionals.

Met behulp van chatberichten, spraak- en videogesprekken, foto's en video's bespreek je via Siilo gemakkelijk patiëntgegevens en richtlijnen met directe collega's en andere zorgprofessionals in het Siilo-netwerk.

Wat maakt Siilo uniek?

Siilo is met meer dan 250.000 gebruikers het grootste netwerk van moderne zorgprofessionals in Europa. Het is speciaal voor de zorg ontworpen met veiligheid en gebruikersgemak in het achterhoofd. Het brede Siilo-netwerk helpt zorgprofessionals bovendien om snel contact te leggen met andere zorgprofessionals en zo de toegang tot elkaars kennis en expertise te vergemakkelijken. Het doel is om zorgprofessionals te ondersteunen en daardoor de patiëntenzorg wereldwijd te verbeteren.

Hoe heeft Siilo bijgedragen aan het project 'Beter Thuis Loosduinen'?

Dankzij Siilo kunnen zorgverleners binnen de wijk op een gemakkelijke en digitale manier communiceren over zorg, maar ook op het gebied van het sociaal domein. Alle leden van het besloten 'Beter Thuis Loosduinen'-netwerk op Siilo kunnen elkaar snel vinden, elkaar direct benaderen en op een moment dat hen zelf uitkomt via de app reageren.

In deze vaste rubriek interviewen we een oefentherapie stagiair en stagebegeleider over hun ervaring en samenwerking. Deze keer is het de beurt aan Koen van Hooijdonk, werkzaam als Oefentherapie Cesar. Hij is stagebegeleider van Brichel Holguin, derdejaarsstudent Oefentherapie Mensendieck.

Mijn stagebegeleider en ik



Welke drie dingen zijn voor jou het meest belangrijk in je werk?

Als eerste de ontmoetingen met een grote diversiteit aan mensen. Ten tweede het blijven ontwikkelen van inzicht en kennis in de gezondheidszorg in een steeds veranderende wereld. En als laatste mensen helpen om een gezonder, gelukkiger en beter leven te kunnen leiden.

Wat heeft jouw praktijk je tot nu toe gebracht?

Mijn praktijk leverde me veel contacten op, zowel zakelijk als persoonlijk. Daarnaast heb ik veel kennis opgedaan op het gebied van gezondheid, mensen, psychologie en persoonlijke ontwikkeling. Het hebben van een eigen praktijk geeft me de vrijheid om zelf keuzes te kunnen maken en te doen wat ik graag wil.

KOEN VAN HOOIJDONK

Zou je jezelf kort aan de lezers willen voorstellen?

Mijn naam is Koen van Hooijdonk en ik woon samen met mijn vriendin en twee kinderen in Duiven. Ik ben sinds 1990 werkzaam als oefentherapeut Cesar en heb praktijken in Arnhem en in Doesburg. Naast mijn werkzaamheden als oefentherapeut heb ik ook als bedrijfsterapeut gewerkt. Ik heb diverse opleidingen en cursussen gevolgd, bijvoorbeeld op het gebied van Bekkenklachten, Netwerk Chronische Pijn en McKenzie Runningtherapie. In mijn vrije tijd sport ik veel: voetbal, wielrennen, triatlon en hardlopen.

Waarom ben je een eigen praktijk begonnen?

In de tijd dat ik mijn diploma Oefentherapie Cesar behaalde waren er veel mogelijkheden om gemakkelijk een praktijk over te nemen of zelf een praktijk op te starten. Voor werkzaamheden in loondienst of bij grotere zorginstellingen was er toen maar beperkt aanbod.

Waarom ben je trots op je eigen praktijk?

Ondanks de moeilijke tijden die ik heb doorgemaakt, ben ik al dertig jaar zelfstandig ondernemer met een praktijk in Arnhem-Zuid. In 2016 kwam daar een praktijk in Doesburg bij.

Sinds september 2020 ben je gestart met het Cool-programma, één van de erkende GLI (gecombineerde leefstijlinterventie) programma's. Waarom ben je als oefentherapeut begonnen met het geven van het Cool-programma?

Van begin af aan was ik geïnteresseerd in GLI. Het motiveren en gidsen van mensen naar een andere, gezondere leefstijl trekt me aan. Dit is natuurlijk al een competentie die oefentherapeuten bezitten, vanuit bewegen en het bewegingsapparaat. Ik kon de opleiding leefstijlcoach volgen met in het vooruitzicht de mogelijkheid om onderdeel uit te maken van het Cool-programma.

Wat zijn je ervaringen met de opstart van het Cool-programma binnen jouw praktijk?

Er is veel vraag naar behandelaars die GLI-zorg bieden. Ik merk dat er veel mensen zijn die met het Cool-programma willen gaan werken aan een gezondere leefstijl. In Doesburg is er een fijne samenwerking tussen verschillende zorgdisciplines. Hierdoor kon ik gemakkelijk kenbaar maken dat ik vanuit het Cool-programma GLI-zorg ging bieden. Verschillende zorgdisciplines lieten me weten hier graag gebruik van te willen maken. In Arnhem ben ik nu in onderhandeling met een gezondheidscentrum, om lopende Cool-groepen over te nemen.

Hoe is het om stagebegeleider van Brichel Holguin te zijn?

Ik wil Brichel de mogelijkheid geven om bij mij in de keuken te kijken en daar haar voordeel mee te doen. In mijn praktijk is veel mogelijk en mag een stagiair veel zelf doen. De stagiair geeft zelf aan wat ze wil bereiken en waar ze in wil groeien. Ik werk begeleidend en coachend en richt me hierbij op de leerbehoefte of hulpvraag van de stagiair.

Wat wil je de lezers nog meegeven?

Naast het uitvoeren van je vak als oefentherapeut is het een voldoening om je te kunnen blijven ontwikkelen als zorgverlener. De GLI is zeker een interessante optie, waarbij motiverende gespreksvoering, beter leren coachen, kennis over voeding, slapen, bewegen en timemanagement erg waardevol zijn. Niet alleen om anderen te begeleiden, maar ook voor het verbeteren van jouw eigen leefstijl.



BRICHEL HOLGUIN

Zou jij je kort aan de lezers kunnen voorstellen?

Mijn naam is Brichel Holguin en ik ben 22 jaar. Ik volg de opleiding Oefentherapie Mensendieck aan de Hogeschool van Amsterdam. Ik zit nu in mijn derde jaar en loop in mijn eerste semester een stage van twintig weken. Naast mijn studie geef ik turnlessen bij een turnvereniging en bij de naschoolse opvang op een basisschool. Ik turn nu negen jaar. Af en toe doe ik als hobby mee met open trainingen. Soms sport ik in de sportschool of buiten in het park.

Waarom koos je voor oefentherapie en wat vind je mooi aan het vak?

Tijdens de open dag trok oefentherapie mij heel erg aan. Ik vind het mooi om mensen bewust te maken van hun lichaam en problemen en klachten te koppelen aan het dagelijks leven van de cliënt.

Hoe is het om stage te lopen bij Koen?

Stage lopen bij Koen is superfijn. Ik leer veel van de manier waarop hij mensen behandelt en de instructie die hij daarbij geeft. Ik krijg van Koen ook de ruimte om zelf handelingen uit te voeren bij de cliënt.

Je loopt sinds september stage bij Koen. Hoe ziet een gemiddelde stageweek er tot nu toe uit?

Ik loop drie dagen stage: op maandag, dinsdag en donderdag. Op al deze dagen beginnen Koen en ik 's ochtends met een kort overleg om de dag af te stemmen. De rest van de dag staan er behandelingen ingepland.

Kan je één van je favoriete ervaringen tijdens het samenwerken met Koen beschrijven? Wat was jouw bijdrage daaraan?

Eén van mijn favoriete ervaringen is de behandeling van kinderen met een scoliose of kyfose en de oefeningen die Koen daarbij geeft. Mijn bijdrage is dat ik met één van de kinderen mag werken en eigen oefeningen kan inbrengen.

Wat is tot nu toe je grootste uitdaging geweest tijdens je werkzaamheden in de praktijk van Koen?

Mijn grootste uitdaging is het uitvoeren van een anamnese en tegelijkertijd meetypen in Winmens. Het gaat vrij snel en ik ben nog zoekende waar ik alles moet opschrijven.

Je loopt stage in een praktijk waar net een GLI-programma is gestart. Heb je zelf affiniteit met leefstijl?

Ik heb tijdens mijn stage nog niets met leefstijl gedaan, maar heb er wel affiniteit mee. Toen ik nog veel turnde was ik vaak bezig met voeding en sporten. De kennis die ik toen heb opgedaan neem ik nog steeds mee in mijn dagelijkse leven en tijdens de behandeling van cliënten.

Heb je nog advies voor toekomstige stagiairs?

Bewaar alle aantekeningen tijdens de praktijklessen, werkcolleges en hoorcolleges! Het scheelt tijd als je niet alles opnieuw hoeft op te zoeken en het is fijn om iets terug te lezen als je het niet meer precies weet. ➡



De commissie PPN

Regionaal: de ontwikkeling van regionale netwerken

Vanuit het programma *de Juiste Zorg op de Juiste Plek* van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) wordt sterk gestuurd op het vervangen, voorkomen en vernieuwen van de zorg, zodat zorg betaalbaar blijft. De regie komt steeds meer bij de patiënt te liggen, waarbij de directe omgeving (wijk, regio) een belangrijke rol speelt. Het Paramedisch Platform Nederland (PPN) ziet in we dat we als paramedische zorgverleners op deze ontwikkelingen moeten inspelen. Het tijdelijke project PPN Regionaal is daarom omgezet naar een structurele commissie PPN Regionaal. Leden van PPN beroepsverenigingen kunnen bij de commissie een verzoek voor ondersteuning op het gebied van multidisciplinaire samenwerking indienen. De ondersteuning vanuit de commissie richt zich op kennisdeling, het verschaffen van tools en enige financiële ondersteuning.

In juni 2019 tekenden het ministerie van VWS, NZa, de Patiëntenfederatie, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de paramedische beroepsverenigingen het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF) en het PPN de *Bestuurlijke Afspraken 2019-2022*. Voor het thema *Organisatiegraad*, waaronder de regionale samenwerking valt, is voor alle betrokken partijen een bedrag van € 2 miljoen beschikbaar gesteld voor de periode tot en met 2022. Dit project gaat eind 2020 daadwerkelijk van start. Het PPN kreeg namens de taakgroep (die uit bovenstaande partijen bestaat) subsidie voor het aanstellen van een programmaleider en het opzetten van een programmabureau. De programmaleider zal de subsidie onder andere besteden aan het in beeld brengen van de paramedische samenwerkingsbehoeften per regio en aan praktische ondersteuning en training van leden van bestaande en nieuwe netwerken. De commissie PPN Regionaal zal de komende twee jaar ook samenwerken met het programmabureau van *Organisatiegraad*.

Organisatiegraad verhogen

Het verhogen van de organisatiegraad, ofwel regionale samenwerking, dient meerdere doelen:

- 1) professionals uit het medische en het sociale domein kennen elkaar en weten wat de ander doet, zodat zij goed kunnen samenwerken en tijdig en gericht naar elkaar kunnen verwijzen;
- 2) het komen tot een gemandateerde afvaardiging van de diverse paramedische beroepsgroepen in de regio, het aanspreekpunt en gesprekspartner in de regio te worden en zichtbaar te zijn in de regio;
- 3) het maken van afspraken over de implementatie van de *Juiste Zorg op de Juiste Plek* op regionaal niveau, met zorgverzekeraars, patiëntvertegenwoordigers en andere aanbieders;
- 4) door regionale samenwerking kunnen paramedische zorgverleners bepaalde zaken efficiënter organiseren. Denk hierbij aan nascholing, inkoop, zorgtrajecten, ICT, etc.
- 5) Binnen een regionale samenwerking kunnen paramedische zorgverleners van elkaar leren;
- 6) Samenwerking geeft (meer) ruimte voor innovatie en het uitrollen van nieuwe of bestaande initiatieven.

“

We willen een sterke gesprekspartner kunnen zijn voor onder andere huisartsen, ziekenhuizen, instellingen en gemeenten.”

Ontwikkeling PPN Regionaal

Het project PPN Regionaal is in juni 2017 gestart. Uit een enquête onder PPN-leden en een bijeenkomst in oktober 2017 bleek dat leden behoefte hebben aan een regionaal multidisciplinair netwerk. Het doel van PPN Regionaal is om de regionale samenwerking tussen de verschillende paramedische beroepsverleners beter in te richten, zodat we een sterke gesprekspartner kunnen zijn voor onder andere huisartsen, ziekenhuizen, instellingen en gemeenten. In het projectteam zijn alle PPN-partijen vertegenwoordigd. Het projectteam stelde een plan van aanpak op, met als doelstelling om tegen het eind van 2023 zo'n negentig regionale netwerken operationeel te hebben. Dit aantal is mede gebaseerd op het aantal zorggroepen in Nederland. Dit zijn georganiseerde groepen van huisartsen, die in de meeste gevallen rondom het regionale ziekenhuis zijn ingericht.

Actieve netwerken

Het eerste regionaal paramedisch platform is in Breda opgezet, samen met ROS Robuust (die de eerste lijn ondersteunt in Zeeland, Brabant en Limburg). Een tweede netwerk is gestart in de regio Meierijstad (waar onder andere Veghel en St Oedenrode deel van uitmaken). Ook op het Zeeuwse schiereiland Walcheren zijn twee bijeenkomsten georganiseerd, maar daar bleek de animo te beperkt. Verder legde PPN de afgelopen jaren contacten met verschillende paramedische netwerken in ontwikkeling, waaronder die van de ROS'en Zorgimpuls (Rotterdam), Elaa/APP (Amsterdam) en REOS (Leiden en omstreken).

Kartrekkers

De netwerken in Breda en Meierijstad kennen enthousiaste zorgverleners die tijd willen stoppen in het opzetten van een regionaal paramedisch platform.

De uitdaging is om zorgverleners enthousiast te krijgen en vooral ook te houden. Veel zorgverleners vinden een regionaal netwerk interessant en nuttig, maar hebben moeite met de tijdsinvestering die het opzetten en onderhouden van zo'n netwerk vereist. Uiteraard is het aantal te investeren uren afhankelijk van de ambities van het netwerk: hoe snel wil het bepaalde resultaten boeken? Daarbij is het van belang dat we ons realiseren dat de huidige regionale ontwikkelingen een gegeven zijn. Huisartsen, ziekenhuizen en gemeenten zijn vaak al met samenwerkingsprojecten bezig. Het is een gemiste kans voor de paramedische zorgverleners om hier niet bij aan te sluiten.

Meer weten?

Mocht je vragen of opmerkingen hebben naar aanleiding van dit artikel, neem dan contact op met de commissie PPN Regionaal via info@paramedischplatform.nl. 



Anke van den Berg
NVH



Boudewijn de Ridder
NVLF



Dorethé Wassink
Ergotherapie



Cokkie van Santen
VvOCM



Karen Plantinga
NVD



Marliek Schulte
NVLF

ONDERSTEUNINGSROUTE BEWEGEN EN MOTORIEK

Samen onze zorg!

Welke rol heeft de kinderfysio- en kinderoefentherapeut bij de gezonde (motorische) ontwikkeling van kinderen in het primair onderwijs?



Dr. Johannes Noordstar

Praktijk voor kinderoefentherapie 'Kind & Motoriek'; Instituut Bewegingsstudies, Hogeschool Utrecht; Wilhelmina Kinderziekenhuis / UMC Utrecht



Dr. Petra van Schie

Afdeling revalidatie-geneeskunde Amsterdam UMC, locatie VUmc



Drs. Dayenne L'abée

Projectleider Lectoraat Bewegen In en Om School (BIOS), Hogeschool van Amsterdam



Dr. Mirka Janssen

Persoonlijk lector Lectoraat Bewegen In en Om School (BIOS), Hogeschool van Amsterdam

Introductie

Nick beweegt minder goed dan zijn leeftijdsgenootjes. Tijdens de pauzes gaat hij groepsspelletjes als voetbal en tikkertje uit de weg. Hij speelt daardoor vaak alleen. Nick is niet het enige kind dat moeite heeft om mee te komen op het schoolplein. Zo blijkt dat bijna vijftien procent van de Amsterdamse basisschoolkinderen tussen de 7 en 9 jaar een matige of flinke achterstand heeft in de grof motorische ontwikkeling (Onderzoeksproject 'Gymmersoog', Hogeschool van Amsterdam). Kinderen met motorische problemen hebben een lager zelfbeeld over hun sportieve vaardigheden en zijn fysiek minder actief dan hun leeftijdsgenootjes (Noordstar et al., 2014; Noordstar, Van der Net, Voerman, Helders, Jongmans, 2017; Noordstar & Volman, 2020). Fysieke activiteit is belangrijk voor de lichamelijke- en mentale gezondheid (o.a., Babic et al., 2014; Babiss & Ganwisch, 2009; Tudor-Locke, Craig, Cameron, & Griffiths, 2011). In het onderzoeksproject 'Gymmersoog' van het Lectoraat Bewegen In en Om School (BIOS) van de Hogeschool van Amsterdam (HvA) is daarom de ondersteuningsroute Bewegen en Motoriek ontwikkeld. In dit artikel beschrijven we deze ondersteuningsroute en geven we aanbevelingen aan kinderfysio- en kinderoefentherapeuten over hun rol hierin.

De ondersteuningsroute Bewegen en Motoriek

Er is specifiek voor het woord 'ondersteuningsroute' gekozen omdat dit aansluit bij de terminologie die gebruikt wordt in het passend onderwijs. Zo zijn er bijvoorbeeld al ondersteuningsroutes voor kinderen met dyslexie, dyscalculie of autisme. Binnen een ondersteuningsroute werken leerkrachten, zorgteams, ondersteuners en behandelaars samen aan een optimale ontwikkeling van kinderen.

Binnen de ondersteuningsroute *Bewegen en Motoriek* (zie figuur 1 voor een schematische weergave) wordt de eerste stap uitgevoerd door de vakleerkracht Bewegingsonderwijs. De vakleerkracht Bewegingsonderwijs brengt de motoriek van alle kinderen in groep 3 in kaart en, op indicatie, ook van kinderen uit



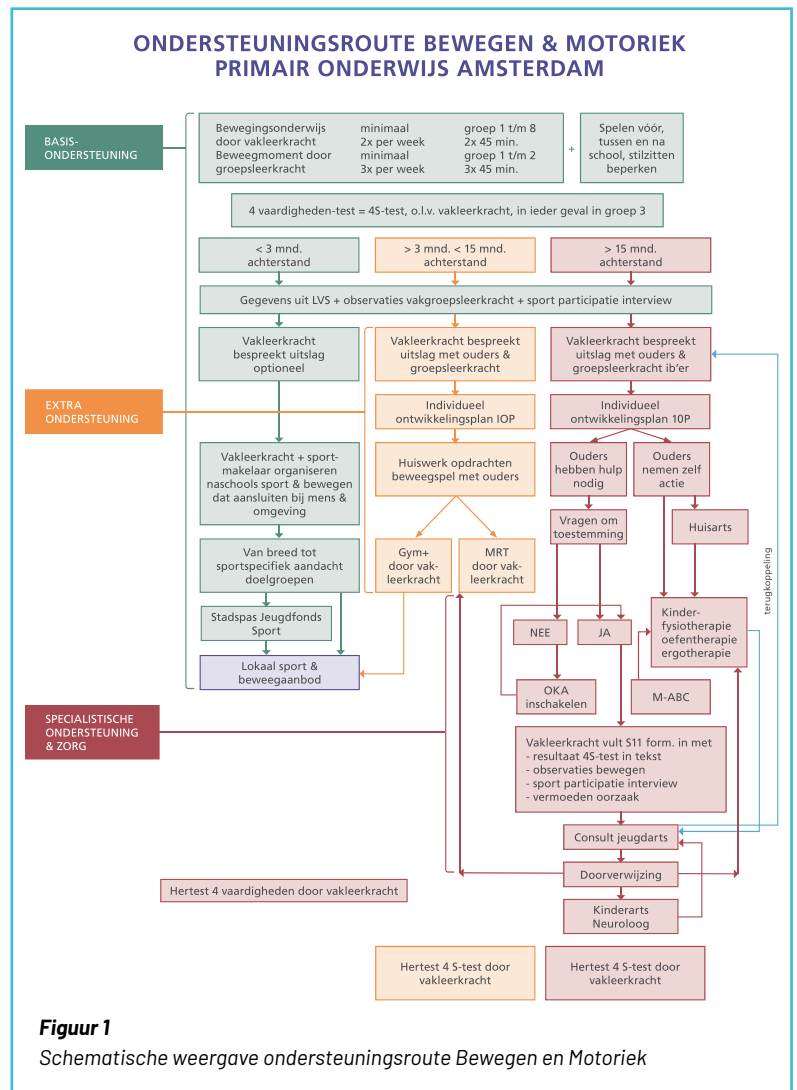
hogere groepen. Hiervoor gebruikt de vakleerkracht de 4-Vaardigheidentest, een valide en betrouwbaar meetinstrument om op snelle en eenvoudige wijze de grove motoriek te meten (Van Kernebeek, De Kroon, et al., 2018; Van Kernebeek, De Schipper, et al., 2018). De 4-Vaardigheidentest kent drie categorieën: (a) minder dan drie maanden achterstand (groen), (b) tussen de drie en vijftien maanden achterstand (oranje) en (c) meer dan 15 maanden achterstand (rood). Kinderen in de categorie 'groen' scoren leeftijdsadequaat. Zij nemen zonder problemen deel aan gymlessen, buitenspelen en sportactiviteiten. 'Oranje' kinderen vallen in de categorie 'twijfelachtige motoriek'. De motoriek van deze kinderen moet extra gestimuleerd worden. Dit kan in de vorm van extra ondersteuning tijdens de gymles, maar ook met Motorische Remedial Teaching (MRT) of Gym+. De vakleerkracht Bewegingsonderwijs bespreekt met de groepsleerkracht en ouders welke mogelijkheden er zijn om de motoriek van het kind te stimuleren. Bij kinderen in categorie 'rood' wordt ook de intern begeleider betrokken. Zij hebben namelijk specialistische zorg nodig, in de vorm van kinderfysio- of kinderoefentherapie.

Kinderen in de 'rode' categorie

De ondersteuningsroute *Bewegen en Motoriek* beschrijft duidelijk wat er zou moeten gebeuren met kinderen in categorie 'rood'. Bij deze kinderen is het belangrijk dat andere experts worden ingeschakeld, zoals de jeugdarts. De jeugdarts kent het kind, het gezin en de omstandigheden. De jeugdarts heeft ook een beeld van de ontwikkeling van het kind van 0 tot 6 jaar en kan op basis daarvan goed bepalen welke vervolgstappen zinvol zijn. Via de jeugdarts kan de kinderfysio- of kinderoefentherapeut, of zo nodig andere specialistische zorg, ingeschakeld worden voor nader onderzoek en/of behandeling. In de praktijk zien we dat ouders naar aanleiding van het gesprek op school vaak zelf de stap nemen naar de kinderfysio- of kinderoefentherapeut. De kinderfysio- of kinderoefentherapeut inventariseert altijd eerst de hulpvraag. De hulpvraag bestaat uit de activiteiten waarmee het kind problemen ervaart in het dagelijkse leven als gevolg van zijn of haar motorische achterstand (Beroepsprofiel Kinderoefentherapeut, 2020). Hulpvragen worden uitgevraagd bij het kind, de ouders, de groepsleerkracht en de vakleerkracht Bewegingsonderwijs. Hierbij wordt gekeken naar de verschillende contexten van het kind zoals de gymles, het schoolplein, buitenspelen en de thuissituatie. Indien noodzakelijk wordt een behandeling gestart. Onderzoek en behandeling worden uitgevoerd volgens het beroepsprofiel 'kinderfysiotherapie' of 'kinderoefentherapie'. Tijdens de behandeling is er veel contact tussen de kinderfysio- of kinderoefentherapeut en de gymleerkracht. Zij bespreken samen op welke manier 'rode' kinderen toch op hun eigen niveau kunnen deelnemen aan de gymles. Ook kan de kinderfysio- of kinderoefentherapeut tijdens de gymles aanwezig zijn om 'rode' kinderen te begeleiden.

De ondersteuningsroute geëvalueerd: resultaten uit Amsterdam

De ondersteuningsroute *Bewegen en Motoriek* is de afgelopen jaren op 36 scholen in Amsterdam uitgevoerd en geëvalueerd op effect en proces. In totaal zijn 1.524 kinderen uit groep 3 met de 4-Vaardigheidentest getest. Hiervan scoorden 1.097 kinderen in categorie 'groen' (72%), 344 kinderen in categorie 'oranje' (22%) en 85 kinderen in categorie 'rood' (6%). Zie voor meer informatie het onderzoeksverslag van 'Gymmersansoog' (HvA).



Figuur 1

Schematische weergave ondersteuningsroute *Bewegen en Motoriek*

Financiering van de ondersteuningsroute *Bewegen en Motoriek*

Een ondersteuningsroute *Bewegen en Motoriek* bestond tot voor kort niet. In Amsterdam is de inzet van de vakleerkracht in de ondersteuningsroute gefinancierd vanuit de lumpsum middelen van het schoolbestuur en de subsidie voor vakleerkrachten Bewegingsonderwijs. De extra ondersteuning, in de vorm van Gym+ voor kinderen in categorie 'oranje', is gefinancierd vanuit de begroting Sportstimulering en Brede Talent Ontwikkeling (BTO). Motorische Remedial Teaching (MRT) wordt betaald vanuit de lumpsum middelen van de schoolvereniging en de middelen passend onderwijs. De kosten voor de specialistische ondersteuning en zorg bij ernstige achterstand worden gedekt door de Jeugdgezondheidszorg (JGZ). De zorgverzekeraar vergoedt de kosten voor de kinderfysio- en kinderoefentherapeut.

Lees verder ➔



Ik werk niet in Amsterdam! Kan ik dan niet deelnemen aan een ondersteuningsroute?

Ook kinderfysio- en kinderoefentherapeuten die niet in Amsterdam werken kunnen een ondersteuningsroute *Bewegen en Motoriek* opzetten. Dit is maatwerk, maar door het opzetten van een goede multidisciplinaire samenwerking kunnen kinderen met een motorische achterstand tijdig geholpen worden. De belangrijkste stap is een goede, intensieve samenwerking met de vakleerkracht Bewegingsonderwijs. Vakleerkrachten Bewegingsonderwijs zijn de belangrijkste schakel in het signaleren van grof motorische problemen bij basisschoolkinderen. Door hun 'Gymmermansoog', ondersteund door de resultaten van de 4-Vaardigheden-test, zien zij direct welke kinderen mogelijk motorische ondersteuning nodig hebben. Ook de richtlijn 'motorische ontwikkeling' van het Nederlands Centrum voor Jeugdzorg (NCJ) beschrijft dat de vakleerkracht de belangrijke taak heeft om de grove motoriek van de kinderen te monitoren en, bij problemen, samen met de intern begeleider en jeugdarts te overleggen welke zorg het best passend is voor het kind (de Kroon et al., 2019).

Zorg daarnaast voor een goede samenwerking met de jeugdarts. De jeugdarts kent het kind, gezin en de omstandigheden. Communicatie tussen de jeugdarts, de vakleerkracht Bewegingsonderwijs en de kinderfysio- of kinderoefentherapeut is essentieel om een ondersteuningsroute te laten werken. Helaas is communicatie en terugkoppeling van alle bevindingen niet vanzelfsprekend, dus zorg voor goede onderlinge afspraken. Het effect van de ondersteuningsroute is groter wanneer jullie afstemmen wat er gebeurt tijdens de behandeling en in de gymzaal. Het lectoraat Bewegen In en Om

School (BIOS) doet in het SAMBO-project onderzoek naar de samenwerking tussen vakleerkrachten Bewegingsonderwijs en kinderfysio- en oefentherapeuten, en de rol en behoeften van de ouders die betrokken zijn in de ondersteuningsroute.

Tot slot

Met dit artikel hopen we inzicht te geven in de ondersteuningsroute *Bewegen en Motoriek*, waar de kinderfysio- en kinderoefentherapeut een belangrijke rol in heeft. Basisscholen in heel Amsterdam gaan de komende jaren met deze route aan de slag. Het zou mooi zijn als de ondersteuningsroute ook kinderoefentherapeuten kan helpen om de samenwerking met andere professionals binnen en buiten de school vorm te geven. Het nascholingsplatform LO in Beweging (van de Academie voor Lichamelijke Opvoeding in Amsterdam), biedt vanaf september 2020 interdisciplinaire scholing aan over het opzetten van de ondersteuningsroute *Bewegen en Motoriek*. Daarnaast onderzoekt het lectoraat Bewegen In en Om School (BIOS) de heterogeniteit van de 'oranje' kinderen en het effect van interventies op school, zoals Gym+ en MRT (VAMOS-project).

Meer informatie

Heb je vragen of wil je meer weten over de ondersteuningsroute *Bewegen en Motoriek*? Neem dan contact op met Dayenne L'abée, projectleider lectoraat Bewegen In en Om School (BIOS), via d.k.m.labee@hva.nl of 06 - 39 27 06 61. Wil je meer informatie over de projecten van het lectoraat Bewegen In en Om School, kijk dan op www.hva.nl/urban-vitality/gedeelde-content/lectoraten/bewegen-in-om-school/lectoraat-bewegen-in-om-school.html of scan onderstaande QR-code. 



PROMOTIEONDERZOEK OEFENTHERAPEUT MANON WENTINK

Het gebruik van e-health in revalidatie na een beroerte

Dr. Manon Wentink is naast onderzoeker (mede)eigenaar van SlaapSlim en docent bij de opleiding Oefentherapie aan de Hogeschool van Amsterdam

Naast alle onderzoeken waar we als VvOCM bij betrokken zijn, volgen we ook een aantal promovendi die vanuit hun eigen oefentherapeutische achtergrond een bijdrage leveren aan de wetenschappelijke onderbouwing van oefentherapie Cesar en Mensendieck. Eén van hen is dr. Manon Wentink, die op 15 oktober 2019 promoveerde aan de Universiteit Leiden op haar proefschrift *'The Use of e-health in Rehabilitation after Stroke'*. Het proefschrift beschrijft de onderzoeksprojecten *Spelenderwijs* en *Fast@Home*. Deze onderzoeken hebben bijgedragen aan de ontwikkeling van een digitaal revalidatieprogramma voor herstel na een beroerte. De projecten kwamen tot stand door een samenwerkingsverband van revalidatiecentrum Basalt, De Haagse Hogeschool en het LUMC. Manon werd begeleid door promotor prof. dr. Thea Vliet Vlieland en co-promotoren dr. Arend de Kloet en dr. Jorit Meesters. Manon geeft hieronder een samenvatting van haar proefschrift. VvOCM is verheugd met zo'n betrokken en bevlogen oefentherapeut en haar inzet voor de wetenschap.

e-health

'The use of e-health in rehabilitation after stroke'

Focus van het proefschrift

Dit proefschrift richtte zich op de evaluatie van een e-health interventie voor cognitieve revalidatie na een CVA (eRevalidatie) en de perspectieven van verschillende betrokkenen op de inzet van eRevalidatie in het algemeen, maar in het bijzonder na een CVA. De studies in dit proefschrift laten zien dat er vrijwel geen effect was van een online cognitieve training op het cognitief functioneren van patiënten met een CVA. Een andere bevinding was dat het gebruik van de cognitieve training tegenviel en flink varieerde tussen patiënten. Een deel gebruikte de training niet, anderen waren niet in staat om de vereiste trainingsduur te bereiken. Dit kan samenhangen met specifieke eisen van CVA-patiënten met betrekking tot de toegankelijkheid, bruikbaarheid en inhoud van eRevalidatie. Het bleek echter ook belangrijk dat patiënten goed ondersteund worden door zorgprofessionals bij het gebruik van cognitieve e-health interventies. Om dat te kunnen doen is het essentieel dat ook het perspectief van behandelaars wordt meegenomen in de ontwikkeling van e-health. Naast het betrekken van professionals in het werkveld is het net zo belangrijk om ervoor te zorgen

dat toekomstige zorgprofessionals adequaat kunnen werken met e-health en in staat zijn de beroepspraktijk te innoveren. Hiervoor zijn aanpassingen van het curriculum nodig, gebaseerd op de belemmerende en bevorderende factoren die docenten en studenten ervaren, zoals beschreven in dit proefschrift.

Deel I.

Evaluatie van een eRevalidatie programma na een CVA: resultaat, proces en onderzoekstrategie.

Bewijs voor de effectiviteit van cognitieve eRevalidatie na een CVA

Onze bevindingen (hoofdstuk 2 en 3) komen overeen met de constatering dat het bewijs voor de effectiviteit van cognitieve eRevalidatie na een beroerte schaars is. Zo concludeerde een recente systematische review dat het effect van eRevalidatie op cognitief functioneren door middel van virtual reality bij patiënten na een CVA nog steeds onduidelijk is, niet alleen door een gebrek aan studies, maar ook door de matige kwaliteit ervan. Onderzoek dat wel voorhanden is laat tegenstrijdige resultaten zien. Een recent uitgevoerde RCT concludeerde dat na een cognitieve training, vergelijkbaar met de training die in onze studie werd gebruikt, de cognitieve functies,

Lees verder ➞



het subjectieve cognitieve functioneren en de kwaliteit van leven bij patiënten in de chronische fase na een beroerte niet verbeterde in vergelijking met een controlegroep. Sommige studies vonden wel positieve effecten van cognitieve training bij patiënten met een CVA of ander hersenletsel. Deze effecten werden echter meestal gezien voor taken (uitkomsten) die vergelijkbaar waren met taken in de training (d.w.z. 'near transfer of learning'), en niet voor taken die daarmee niet vergelijkbaar waren (d.w.z. 'far transfer of learning'). Het is mogelijk dat cognitieve eRevalidatie interventies, waarbij de taken nauw verband houden met de cognitieve taken in het dagelijks leven, effectiever zijn om het cognitief functioneren na een CVA te verbeteren dan het spelen van braingames, zoals gebruikt werden in ons onderzoek. Dit wordt ondersteund door een RCT van Faria et al. (2016). In deze studie werd het effect van virtual reality met gesimuleerde dagelijkse

activiteiten op de uitvoer van cognitieve taken vergeleken met traditionele therapie. De interventie betrof een virtuele simulatie van een stad waar geheugen, aandacht, visuo-ruimtelijke capaciteiten en uitvoerende functionele taken werden geïntegreerd in de uitvoering van verschillende dagelijkse routines. Analyse tussen de groepen toonde aanzienlijk grotere verbeteringen van de virtual reality training op globaal cognitief functioneren, aandacht en executieve functies bij CVA-patiënten in vergelijking met traditionele therapie.

Het proces van een cognitief eRevalidatie programma na een CVA

De RCT in dit proefschrift liet zien dat slechts 24 van de 105 patiënten (23%) het gewenste aantal van 600 minuten cognitieve training in een periode van 8 weken volbrachten. Dit enigszins teleurstellende resultaat komt overeen met andere studies die concludeerden dat intensieve (e-health) trainingsregimes na een CVA moeilijk vol te houden zijn voor patiënten. In onze studie ondervonden patiënten tijdens de uitvoering van de training verschillende problemen, zoals te weinig ICT-vaardigheden, een ongeschikt besturingssysteem op de computer of overprikkeling door flikkeringen op het beeldscherm. Vergelijkbare belemmeringen werden ook gevonden in een andere studie, waarin CVA-patiënten diverse problemen ervoeren bij het gebruik van een applicatie op een tablet, onder andere door de complexiteit van instructies, het gebrek aan fijn motorische vaardigheden voor het gebruik en de onbetrouwbaarheid van internetverbindingen. Om dergelijke belemmeringen zoveel mogelijk weg te nemen is adequate ondersteuning van belang. Uit een studie in dit proefschrift bleek dat hoogfrequente supervisie (wekelijks) resulteerde in significant hogere therapietrouw dan laagfrequente supervisie (4-wekelijks). Dit komt overeen met de bevindingen in een review van Kelders et al. (2012), waarin de frequentie van interactie met een behandelaar een significante voorspeller was voor therapietrouw met online gezondheidsinterventies in verschillende patiëntengroepen. Samenvattend lijkt regelmatige interactie met een behandelaar belangrijk om het gebruik van eRevalidatie bij CVA-patiënten te vergroten. In ons focusgroep-onderzoek naar vereisten voor eRevalidatie erkenden de deelnemende zorgprofessionals (revalidatieartsen, fysiotherapeuten, oefentherapeuten, ergotherapeuten, psychologen, teamcoördinatoren en logopedisten) het belang van hun rol bij het introduceren en superviseren van eRevalidatie in de behandeling van CVA.

Onderzoeksstrategieën voor het evalueren van eRevalidatie na een CVA

De effecten van eRevalidatie interventies worden vaak geëvalueerd door middel van traditionele klinische studies. Een voorbeeld hiervan is de RCT die in dit proefschrift is opgenomen. Dergelijke onderzoekdesigns zijn echter niet altijd geschikt om de effecten van e-health te evalueren. Deelnemers aan een RCT vormen bijvoorbeeld niet altijd een goede afspiegeling van de patiëntenpopulatie in de dagelijkse praktijk, onder andere door het hanteren van specifieke selectiecriteria. Wanneer de effectiviteit van e-health is vastgesteld in een 'laboratorium-omgeving', worden dezelfde positieve resultaten dan ook niet altijd gevonden in een andere context, bijvoorbeeld wanneer de interventie wordt aangeboden aan patiënten met minder ICT-vaardigheden of minder goed getrainde professionals. Een ander nadeel van de conventionele RCT is dat de tijd die het duurt om deze voor te bereiden, uit te voeren en te rapporteren meestal veel langer is dan de snelheid waarmee e-health zich ontwikkelt. Dit kan ervoor zorgen dat (delen van) de onderzochte interventie al verouderd zijn tegen de tijd dat de resultaten van de RCT worden gepubliceerd. Bovendien kunnen 'early adopters' onder patiënten en zorgprofessionals een e-health innovatie al gebruiken voordat er bewijs beschikbaar is, waardoor in sommige gevallen het contrast tussen interventie- en controlecondities kan vervagen. Om deze redenen kunnen andere onderzoeksstrategieën worden overwogen, zoals actie-onderzoek. Deze vorm van onderzoek, vaak gecoördineerd door een groep professionals als onderdeel van een zogenaamde 'community of practice', is ontstaan om een actueel probleem in de zorgpraktijk op te lossen. Hierin nemen patiënten, zorgprofessionals, ontwerpers, onderzoekers, docenten en studenten op een actieve manier deel. Na onderzoek van het probleem neemt de groep beslissingen, observeert en evalueert de gevolgen van de aanpassing voor die specifieke situatie. De groep neemt dus deel aan een veranderproces, waarbij naast het continu aanpassen, testen en evalueren tegelijkertijd onderzoek naar de innovatie wordt uitgevoerd. Tot slot moet worden opgemerkt dat de ontwikkeling, evaluatie en implementatie van eRevalidatie na een CVA en bijbehorend onderzoek moeten worden uitgevoerd in samenwerking met alle relevante betrokkenen om eRevalidatie relevant en haalbaar te maken voor de beoogde gebruikers in de gezondheidszorg. Naast patiënten zijn dit mantelzorgers, zorgprofessionals, ontwerpers, onderzoekers, financiers, docenten en studenten.

Deel II.

Gereedheid en vereisten voor eRevalidatie na een CVA: implicaties voor de opname in de gezondheidszorgpraktijk en het onderwijs.

Integreren van gebruikersperspectieven bij de ontwikkeling van eRevalidatie

Dit proefschrift bevat een aantal onderzoeken die gericht zijn op het bepalen van het gebruik van en vereisten voor eRevalidatie onder betrokkenen in de zorg na een CVA. Uit een enquête bleek dat het bezit en gebruik van ICT-apparaten relatief hoog was bij revaliderende patiënten en dat de meeste patiënten hun eigen apparatuur ook voor hun revalidatieproces wilden gebruiken. Bovendien toonde een focusgroepstudie aan dat CVA-patiënten, mantelzorgers en behandelaars specifieke wensen hadden voor de gewenste functionaliteiten, zoals ondersteuning van de uitvoering van fysieke oefeningen, informatie over CVA, uitkomsten van de revalidatie en het plannen van afspraken met behandelaars. Deze bevindingen suggereren dat bij voorkeur interventies moeten worden ontwikkeld waarin uiteenlopende functionaliteiten (bijvoorbeeld communicatie-functie, fysieke oefeningen, informatie over zorg en aandoening, agendafunctie, enz.) worden gecombineerd in een digitaal platform. Mede op basis van de uitkomsten van dit kwalitatief onderzoek werd een uitgebreid eRevalidatie platform gebouwd gericht op het herstel na een beroerte. Dit platform wordt momenteel geëvalueerd in het Fit After Stroke @Home project (FAST@Home).

“

Digitale trainingsfaciliteiten moeten worden aangepast aan de voorkeuren en mogelijkheden van individuele patiënten.

”

Daarnaast kwam uit onze focusgroep-studie onder gebruikers in de revalidatie en uit literatuur naar voren dat digitale trainingsfaciliteiten, zoals oefeningen gericht op fysiek en cognitief functioneren en spraak, moeten worden aangepast aan de voorkeuren en mogelijkheden van individuele patiënten. Ook het bieden van ondersteuning bij dagelijks gebruik van eRevalidatie (d.w.z. directe hulp, een helpdesk, video's met instructies en/of een menu met veel gestelde vragen) werd als een cruciaal element

Lees verder ➞



beschouwd. Deze bevindingen impliceren dat het ontwerpen van eRevalidatie programma's in co-creatie met alle relevante betrokkenen moet worden gedaan ('co-design'). Door in elke stap van het ontwerpproces de vereisten van patiënten, mantelzorgers en behandelaars mee te nemen ('user-centered design') sluit eRevalidatie beter aan bij de behoeften van de beoogde gebruikers. Dit is vooral belangrijk omdat dit proefschrift aantoonde dat verschillende gebruikersgroepen verschillende eisen hebben. Een manier om alle partijen bij elkaar te brengen is samenwerking in een zogenaamd 'Living Lab'. Hierin werken verschillende belanghebbenden (zoals kennisinstellingen, gezondheidszorgorganisaties, zorgverleners, patiënten, financiers, innovators, gevestigde bedrijven, startups, onderzoekers, enz.) samen. In een medisch specialistisch revalidatiecentrum, Basalt revalidatie, is een dergelijk Living Lab (SmartLab) opgericht. Hier wordt een stapsgewijze procedure gebruikt om innovaties in revalidatie te testen op hun potentiële toegevoegde waarde en bruikbaarheid (www.basaltrevalidatie.nl/onderzoek-innovatie/smartlab, www.medicaldeltalivinglab.nl). De vervolgstappen bestaan uit systematische evaluaties van de effectiviteit, ervaringen, kosten en implementatie van e-health in de revalidatiebehandeling.

Gebruik van e-health in de revalidatiezorg na een CVA

De impact van een CVA varieert sterk per persoon, en welke behandeling optimaal is hangt af van de mogelijkheden, voorkeuren en doelen van zowel de patiënt als zijn/haar naaste(n). Zorgprofessionals kunnen een centrale rol spelen in het op de patiënt afgestemde aanbod van eRevalidatie, bijvoorbeeld door aanpassing van het oefenprogramma op basis van vooruitgang, feedback en motivatie. Daarnaast kunnen ze bepalen welke bewezen effectieve eRevalidatie interventies geschikt zijn voor een

patiënt en begeleiding bieden bij het gebruik. Maar behandelaars zijn zich niet altijd bewust van alle mogelijkheden die e-health interventies bieden en hoe en wanneer zij het moeten inzetten. Resultaten van onderzoek naar e-health zijn vaak niet direct bruikbaar voor zorgverleners in de dagelijkse praktijk. Zo blijkt uit onderzoek dat virtual reality een therapeutisch hulpmiddel kan zijn voor verbetering van het evenwicht en looppatroon om herstel van balans en lopen bij patiënten met een CVA te bevorderen. Maar deze bevindingen hebben hun weg nog niet gevonden naar de praktijk. Daarvoor is ten eerste een overzicht van bruikbare e-health interventies voor herstel na een CVA nodig, gebaseerd op resultaten van wetenschappelijk onderzoek, ervaringen van gebruikers, patiëntenverenigingen en beroepsorganisaties. Daarnaast moet de beschikbare kennis worden verwerkt in protocollen, praktijkrichtlijnen of andere handvatten die inzicht geven in welk type eRevalidatie werkt en voor wie het werkt. Om deze doelen te bereiken is het eerder genoemde SmartLab verbonden met het National e-health Living Lab (NeLL), een e-health-community (bestaande uit patiënten, consumenten, professionals, wetenschappers, studenten en organisaties) die streeft naar het creëren van de beste e-health oplossingen door kennis, contacten en ervaringen met elkaar te delen (nell.eu). Bovendien toonde dit proefschrift aan dat voor een optimale toepasbaarheid van e-health interventies deze in werkrouines van zorgverleners moet kunnen worden geïntegreerd.

E-health in het onderwijs van zorgopleidingen

Toekomstige zorgverleners moeten vakkundig en vol vertrouwen kunnen werken met e-health. E-health komt echter maar mondjesmaat aan bod in de curricula van het hoger beroepsonderwijs die opleiden tot zorgberoepen (bijvoorbeeld voedings-

leer, verpleegkunde, fysiotherapie, psychologie of maatschappelijk werk). In dit proefschrift is een focusgroep-studie beschreven waarin docenten en studenten aangaven dat zij een betere integratie van e-health in het curriculum belangrijk vonden, en zeker bereid waren om e-health te gebruiken. Desalniettemin was, in overeenstemming met andere studies in het veld, hun begrip van het concept e-health beperkt. Bovendien hadden docenten en studenten behoefte aan vaardigheden om e-health interventies kritisch te kunnen beoordelen. Om de implementatie van e-health in het curriculum te verbeteren wordt in het FAST@Home project momenteel de 'toolkit e-health' ontwikkeld, in een samenwerkingsverband van drie hogescholen (De Haagse Hogeschool, Hogeschool Leiden, Hogeschool van Amsterdam). Een bevorderende factor voor het gebruik van e-health in het onderwijs, die ook naar voren kwam in de focusgroepen, was het optimaal benutten van de al eerder beschreven zogenaamde 'communities of practices'. Deelname aan een dergelijke praktijk(leer)gemeenschap stimuleert en ondersteunt zowel docenten als studenten in het onderwijzen van en leren over e-health. Daarnaast suggereert de literatuur dat het uitproberen van e-health innovaties in een realistische context met actieve betrokkenheid van gebruikers (LivingLabs) stimulerende leer-omgevingen zijn. Het is dus raadzaam om studenten en docenten hierin te betrekken. Daarnaast is het belangrijk dat ook artsen beter met e-health kunnen omgaan. Opgedane kennis in het hoger onderwijs is mogelijk ook toepasbaar in het curriculum van de studie geneeskunde. Tot slot moet e-health niet alleen in het curriculum van de bacheloropleidingen een belangrijke plaats krijgen, maar ook in het

postacademisch onderwijs, aansluitend op de visie 'leven lang leren' en met als doel het vergemakkelijken van het huidige gebruik in de dagelijkse zorgpraktijk.

Relevantie voor de oefentherapeut

Dit proefschrift laat zien dat patiënten, mantelzorgers en zorgprofessionals behoefte hebben aan het gebruik van e-health voor het herstel na een beroerte. Hiervoor geldt wel dat alle betrokkenen duidelijke eisen hebben over van de inhoud en gebruiks-vriendelijkheid van dergelijke e-health interventies. Daarom werd op basis van deze eisen een digitaal revalidatieplatform ontwikkeld voor het herstel na een CVA. Dit platform wordt momenteel geëvalueerd in het Fit After Stroke @Home project (FAST@Home). De resultaten zullen inzichtelijk maken of dit platform succesvol te gebruiken is in de dagelijkse zorgpraktijk. Daarnaast bleek uit dit proefschrift hoe belangrijk de rol van de zorgprofessional, waaronder de oefentherapeut, is in het aanbieden en begeleiden van e-health bij CVA-patiënten. Om het gebruik van e-health in de praktijk te laten slagen is het daarom essentieel dat de oefentherapeut in dit proces kan ondersteunen. In dit proefschrift pleiten we daarom voor een overzicht van bruikbare e-health interventies voor herstel na een CVA, gebaseerd op resultaten van wetenschappelijk onderzoek, ervaringen van gebruikers, patiëntenverenigingen en beroeps-organisaties. Daarnaast moet de beschikbare kennis worden verwerkt in protocollen, praktijkrichtlijnen of andere handvatten die inzicht geven in welk type eRevalidatie werkt en voor wie het werkt. Tot slot is het nodig dat e-health een prominente plek heeft in het nascholings(onderwijs) voor oefentherapeuten, zodat zij vol vertrouwen met e-health kunnen werken. ➔



Daniëlle Conijn
Beleidsmedewerker
Kwaliteit &
Wetenschap VvOCM

Promovendi aan het woord

Behalve dr. Manon Wentink zijn er nog meer bevlogen collega-oefentherapeuten die aan het promoveren zijn. VvOCM volgt een aantal promovendi die vanuit hun eigen oefentherapeutische achtergrond een bijdrage leveren aan de wetenschappelijke onderbouwing van oefentherapie Cesar en Mensendieck. In de volgende interviews leggen deze promovendi uit waarom hun onderzoek van belang is voor oefentherapeuten en hun patiënten.

Lees verder ➔

PROMOVENDI AAN HET WOORD

Margreet Wortman



Margreet Wortman is promovendus op het CORPUS-onderzoek. CORPUS is een acroniem voor 'Cost-effectiveness of psychosomatic therapy for patients frequently attending primary care with medically unexplained symptoms'.

Wat is jouw bijdrage aan dit onderwerp en met wie werk je samen?

Als psychosomatisch therapeut ben ik al jaren geïnteresseerd in patiënten met lichamelijk onvolgende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). In 2013 deed ik in het kader van mijn Master EBP in Healthcare aan de Universiteit van Amsterdam (UvA) samen met dr. Tim Olde Hartman een pilot-onderzoek naar de haalbaarheid van psychosomatische oefen- en fysiotherapie (PST) bij patiënten met SOLK. Na afronding hiervan startte ik in 2014 als docent-onderzoeker bij de opleiding Oefentherapie aan de HvA. In 2016 ontving ik een lerarenpromotiebeurs om als vervolg op de pilot een groot project met een grote RCT, de CORPUS-trial, op te zetten. Naast deze beurs vroegen we nog twee subsidies aan. Beide aanvragen zijn gehonoreerd. Het CORPUS-project is een gezamenlijk project van de HvA en huisartsgeneeskunde Amsterdam UMC, locatie VUmc en het Radboudumc.

Waarom dit project?

Het aantal patiënten met SOLK in de huisartspraktijk is groot, de maatschappelijke kosten zijn enorm en er is (nog) geen bewijs voor een effectieve, doelmatige therapie voor deze groep patiënten. Uit onze pilot blijkt dat de PST een betekenisvolle, veelbelovende behandeling zou kunnen zijn. Om dit te onderzoeken is de CORPUS-trial opgezet. Het doel is om de (kosten)effectiviteit van de PST te onderzoeken bij patiënten (18-80 jaar) met SOLK die vaak de huisarts bezoeken. Dit doen we met een RCT (n=158), waarbij één groep de PST krijgt (n=79) en de andere groep de gebruikelijke zorg krijgt (n=79). Alle patiënten krijgen vragenlijsten op drie meetmomenten: bij de aanvang van het onderzoek, na vijf en na twaalf maanden. Uitkomstmaten in het onderzoek zijn het functioneren in het dagelijks leven, de ervaren ernst van de klachten, de kwaliteit van leven, psychosociale factoren, percepties over ziekte/gezondheid, zorggebruik en werk en gezondheid. Ook doen we een proces-evaluatie om meer te weten te komen over de

werkzame elementen van de PST en de meningen over en ervaringen met de PST vanuit zowel patiënt- als therapeutperspectief. We interviewden alle vijftien-twintig therapeuten die aan CORPUS meededen en organiseerden twee focusgroepen met de therapeuten. We interviewden twintig patiënten uit de PST-groep elk twee keer; direct na afronding therapie en twaalf maanden na de start van het onderzoek.

Wat vind je zelf van het project?

Het is een groot, pragmatisch multicenter onderzoek dat zeer dicht bij de praktijk staat. We gebruiken uitkomstmaten die ook in het werkveld standaard gebruikt worden en we kijken vanuit meerdere perspectieven. Hiermee leveren we resultaten op die direct toepasbaar zijn in de praktijk.

Waarom is dit project belangrijk voor de lezers?

Vaak weten we als therapeut wel dat onze therapie werkt, maar wat werkt er nou precies en waarom en wat werkt er bij welke patiënt nou wel of juist niet? Aan het einde van dit project hopen wij daar meer informatie over te kunnen geven.

Waar kunnen onze lezers meer informatie en achtergrond vinden?

Via Pubmed zijn verschillende artikelen te vinden, via de website van de Hogeschool van Amsterdam: www.hva.nl/profiel/w/o/m.s.h.wortman/m.s.h.wortman.html of door onderstaande QR-code te scannen. Lezers kunnen ze ook bij mij opvragen.



Meta Wildenbeest



Meta Wildenbeest is promovendus op het onderzoek 'Leerprocessen bij lage rugklachten'. Ze werkt als docent/onderzoeker bij het Instituut voor Bewegingsstudies op de Hogeschool Utrecht (HU). Ze is Oefentherapeut Mensendieck en bewegingswetenschapper.

Wat is jouw bijdrage aan dit onderwerp en met wie werk je samen?

In september 2018 ontving ik een promotiebeurs voor leraren van het NWO, de nationale financier van wetenschappelijk onderzoek. Daarmee kan ik de komende vijf jaar – naast mijn onderwijsactiviteiten binnen de Hogeschool Utrecht – onderzoek doen naar chronische lage rugpijn (CLBP). Dit onderzoek is een samenwerking tussen HU en de Vrije Universiteit Amsterdam (VU). Daarnaast werk ik ook samen met oefentherapeuten en fysiotherapeuten uit het werkveld en uiteraard met mijn collega's en studenten. Zij denken inhoudelijk kritisch mee en helpen in het werven van proefpersonen. De metingen, die onder andere gericht zijn op kwaliteit van bewegen, zullen grotendeels plaatsvinden in het beweeglab van de HU. Het onderzoek levert een bijdrage aan de wetenschappelijke onderbouwing van oefentherapie bij lage rugklachten.

Waarom dit project?

De behandeling van CLBP gericht op verandering van beweeggedrag heeft enig effect, maar onvoldoende theoretische basis omdat niet bekend is waarom beweeggedrag in de acute fase van pijn verandert en vervolgens niet herstelt. Wij testen de hypothese dat bij dreiging van pijn en controleverlies het beweeggedrag op een voorspelbare wijze verandert in een leerproces. Dit leerproces is gebaseerd op het vergroten van controle (meer rigide bewegen), waarbij attitudes met betrekking tot pijn bepalend zijn voor de mate waarin het beweeggedrag verandert en herstelt. De resultaten worden vertaald naar de ontwikkeling van effectievere oefentherapeutische zorg voor patiënten met CLRP.

Wat vind jij zelf van het project?

Erg leuk! Het geeft mij de mogelijkheid om mij verder te ontwikkelen in een gebied waarbinnen psychologische en fysieke factoren met elkaar worden verbonden binnen de motorische controle: een holistische benadering van menselijk functioneren. Dat vind ik erg interessant en past ook goed binnen de visie van de

oefentherapie. Het integreren van de omstandigheden (omgevingsfactoren, angst, stress) in de motorische controle (kwaliteit van bewegen) geeft een completer beeld van het menselijk bewegen. Of dit mogelijk een rol speelt in het ontstaan van chronische lage rugpijn vind ik een razend interessante vraag.

Waarom is dit project belangrijk voor de lezers?

Voorkomen is beter dan genezen! We komen in de praktijk veel patiënten met chronische of terugkerende klachten tegen. Meer inzicht in het ontstaan van deze klachten biedt de mogelijkheid om een effectieve behandelstrategie te ontwikkelen, waarbij er meer nadruk op preventief handelen komt te liggen. Oefentherapeuten spelen hierin een belangrijke rol. Dit project is een mooi samenwerkingsverband tussen werkveld, onderwijs en onderzoek. Mocht je betrokken willen worden bij dit project dan ben je van harte welkom! Laat dit dan aan mij weten door een mail te sturen aan meta.wildenbeest@hu.nl.

Waar kunnen onze lezers meer informatie en achtergrond vinden?

Enkele interessante artikelen zijn:

- Adkin, A. L., Frank, J. S., Carpenter, M. G. & Peysar, G. W. Postural control is scaled to level of postural threat. *Gait Posture* 12, 87-93 (2000)
- van Dieën JH, et al. Low-Back Pain Patients Learn to Adapt Motor Behavior with Adverse Secondary Consequences. *Exerc. Sport Sci. Rev.* 1(2017). doi:10.1249/JES.0000000000000121
- Ross G, et al. Pain catastrophizing moderates changes in spinal control in response to noxiously induced low back pain. *Journal of Biomechanics* 58, 64-70 (2017).

Margriet van Dijk



Margriet van Dijk is promovendus op het onderzoek 'Kwaliteit van bewegen bij patiënten met lage rugpijn: het ontwikkelen van een inventariserend en evaluatief meetinstrument'.

Wat is jouw bijdrage aan dit onderwerp en met wie werk je samen?

Kwaliteit van bewegen, dus de manier waarop bewegingen worden uitgevoerd, staat centraal bij het klinisch redeneren van fysio- en oefentherapeuten. Maar wat is dat eigenlijk, kwaliteit van bewegen? Hoe observeer of analyseer je dat? Is het belangrijk dat we dat kunnen gaan meten bij patiënten met lage rugpijn? Deze vragen hielden me als therapeut en als docent bezig. Na het afronden van mijn master Klinische Gezondheidswetenschappen op de Universiteit Utrecht (UU) ging ik samen met Nienke Smorenburg (docent Hogeschool Utrecht, Instituut voor Bewegingsstudies en oefentherapeut in Zaltbommel) op zoek naar antwoorden. Gelukkig vond ik al snel prof. dr. Ria Nijhuis-van der Sanden (emeritus hoogleraar Paramedische Wetenschappen, Radboudumc, Research Institute for Health Sciences, IQ healthcare) aan mijn zijde, zodat de vragen op een wetenschappelijke manier beantwoord kunnen worden. Al onderzoekende sloten vervolgens dr. Yvonne Heerkens (Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, lectoraat Arbeid & Gezondheid), dr. Bart Visser (Hogeschool van Amsterdam, faculteit Gezondheid, Kenniscentrum ACHIEVE, lector Oefentherapie) en dr. Henri Kiers (Hogeschool Utrecht, Instituut voor Bewegingsstudies, lectoraat Leefstijl en Gezondheid) aan.

Waarom dit project?

Toen binnen mijn promotieonderzoek duidelijk werd dat het meten van de kwaliteit van bewegen naast de centrale rol vooral een impliciete rol heeft bij het klinisch redeneren, ontwikkelden we aan de hand van een uitgebreide inventarisatie in de praktijk en in de literatuur de Observable Movement Quality scale voor patiënten met lage rugpijn (OMQ-LBP). De OMQ-LBP bestaat uit een kort beweegcircuit en een observatielijst. In het beweegcircuit voert de patiënt een selectie van dagelijkse activiteiten uit, die relevant zijn om te meten bij patiënten met lage rugpijn. De observatielijst bestaat uit elf items waarmee therapeuten de kwaliteit van bewegen op een

gestandaardiseerde wijze kunnen observeren, scoren en evalueren.

Wat vind je zelf van het project?

Het is spannend om al pionierend een relevant en praktisch meetinstrument te ontwikkelen. De scherpe en onuitputtelijke bijdrage van het onderzoeksteam levert keer op keer inspiratie en support op voor mijn eigen leerproces. Het geeft veel voldoening dat we nu in onze vierde studie de geschiktheid van de OMQ-LBP voor de eerstelijnspraktijk kunnen gaan onderzoeken. Het is echt genieten om zo al lerend én samenwerkend met studenten de metingen in de praktijk uit te voeren.

Waarom is dit project belangrijk voor de lezers?

De OMQ-LBP zet kwaliteit van bewegen bij zowel fysio- en oefentherapeuten en patiënten met lage rugpijn als binnen wetenschappelijk onderzoek op de kaart. We verwachten dat het op een gestandaardiseerde wijze inventariseren en evalueren van kwaliteit van bewegen bijdraagt aan de beroepsontwikkeling en aan het realiseren van de kennisagenda van VvOCM.

Waar kunnen onze lezers meer informatie en achtergrond vinden?

Een animatie van het promotieonderzoek vind je op vimeo.com/401287135 (of scan de QR-code).



Verdere informatie is te vinden op anatomy-physiotherapy.com/musculoskeletal/movement-quality-in-patients-with-non-specific-low-back-pain (of scan de QR-code).



Onderzoekers aan het woord



Daniëlle Conijn
Beleidsmedewerker
Kwaliteit &
Wetenschap VvOCM

Eén van de belangrijkste doelen van VvOCM is het stimuleren van wetenschappelijk onderzoek naar en wetenschappelijke onderbouwing van oefentherapie Cesar en Mensendieck. Om dit te kunnen doen is in 2018 VvOCM kennisagenda ontwikkeld, waarin drie belangrijke overkoepelende thema's worden genoemd: 1) gedragsverandering & zelfmanagement; 2) effectiviteit & doelmatigheid; en 3) innovatie van beweegzorg door technologie.

Vanuit deze kennisagenda startte VvOCM de afgelopen jaren met participatie in een aantal succesvolle projectaanvragen met diverse partners,

waaronder hogescholen, professoren en het KNGF. Dit leidde ertoe dat VvOCM inmiddels aan meerdere onderzoekstrajecten deelneemt en op die manier de wetenschappelijk onderbouwing van het vak Oefentherapie stimuleert.

In deze editie vertellen een aantal onderzoekers over hun onderzoeksprojecten en waarom deze projecten zo belangrijk zijn voor oefentherapeuten. Het resultaat is een mooi en gevarieerd overzicht van allerlei lopende projecten op het gebied van onderzoek en wetenschap. Een overzicht dat bovendien laat zien dat we volop in beweging zijn op dat gebied.

Lees verder ➔



Het FAST-project:

FYSIO-/OEFENTHERAPIE AANPAK STROOMLIJNING KWALITEITSSTANDAARDEN



Mitchell van Doormaal

is senior medewerker Kwaliteitsbeleid bij het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) en verantwoordelijk voor richtlijnontwikkeling en -implementatie

Wat is jouw bijdrage aan dit onderwerp en met wie werk je samen?

Vanuit het KNGF ben ik projectleider van het FAST-project (Fysio-/oefentherapie Aanpak Stroomlijning kwaliteitsstandaarden). Het doel is om doelmatiger richtlijnen te ontwikkelen voor fysio- en oefentherapie. KNGF en VvOCM werken samen met onderzoekers van het Radboudumc, Amsterdam UMC en Nederlands Kanker Instituut (NKI) Antoni van Leeuwenhoek. Ook werken we samen met patiënt-vertegenwoordigers, medisch specialisten en andere paramedici. Hierdoor sluiten de richtlijnen goed aan bij andere beroepsgroepen en hebben we voldoende draagvlak in het zorglandschap.

Waarom dit project?

Richtlijnontwikkeling is een proces dat veel tijd en geld kost. Ook weten we dat het ons als fysio- en oefentherapie nooit gaat lukken om richtlijnen te ontwikkelen voor alle aandoeningen die we zien. Aan de andere kant bevatten veel richtlijnen gemeenschappelijke elementen, die eigenlijk van toepassing zijn voor patiënten met uiteenlopende aandoeningen. Het idee is daarom om richtlijnen te ontwikkelen die zich op deze gemeenschappelijke elementen richten en niet op een specifieke aandoening. We doen dit bijvoorbeeld met een richtlijn Oncologie die zich richt op generieke elementen in de oncologische zorg, los van het type tumor.

Ook ontwikkelen we een richtlijn Zelfmanagement, die van toepassing is voor alle patiënten bij wie zelfmanagementstrategieën worden toegepast, onafhankelijk van de aandoening. Deze twee richtlijnen dienen als pilot om te bepalen of deze manier van aandoeningsoverstijgende richtlijnontwikkeling mogelijk is en of dit richtlijnen oplevert die ook daadwerkelijk van waarde zijn voor fysio- en oefentherapeuten.

Wat vind jij zelf van het project?

Richtlijnen gaan een steeds belangrijkere rol spelen binnen de zorg, maar een goede richtlijn maken kost ons erg veel tijd en geld. Als uit dit project blijkt dat deze ontwikkelmethode geschikt is, dan zal dit de

wijze waarop wij als fysio- en oefentherapeuten met richtlijnen omgaan veranderen. Richtlijnen gaan steeds minder uit van een standaard zorgpad die bij een specifieke aandoening hoort, maar richten zich meer op specifieke knelpunten in de praktijk rondom een bepaald onderwerp. Als fysio- en oefentherapeuten gaan we hierdoor aanbevelingen uit verschillende richtlijnen meer met elkaar combineren om de juiste zorg te leveren, bijvoorbeeld als we zelfmanagement willen bevorderen bij een patiënt die lichamelijke beperkingen ervaart door COPD en knieartrose. We komen daarmee ook veel meer tegemoet aan het idee dat we patiënten helpen met de gevolgen van een of meerdere aandoeningen. Dit zorgt ook voor uitdagingen. Bijvoorbeeld voor de manier waarop fysio- en oefentherapeuten in opleidingen leren omgaan met richtlijnen. Kortom: als deze manier van richtlijnontwikkeling succesvol blijkt, dan geeft dit niet alleen mooie mogelijkheden maar ook grote uitdagingen.

Waarom is dit project belangrijk voor de lezers?

Richtlijnen geven handvatten voor fysio- en oefentherapeuten om goede zorg te kunnen leveren. Ook zijn ze belangrijk om de buitenwereld te laten zien wat de zorg van een fysio-/oefentherapeut inhoudt. Het is belangrijk om na te denken over hoe we het beschikbare geld en de beschikbare middelen zo doelmatig mogelijk kunnen inzetten, zodat fysio- en oefentherapeuten ook in de toekomst gebruik kunnen maken van aanbevelingen in richtlijnen. Zo kunnen fysio- en oefentherapeuten optimaal gebruik maken van de laatste stand van zaken in wetenschap en praktijk en laten we de buitenwereld zien welke zorg we als beroepsgroepen leveren. Het FAST-project geeft hier een mooie aanzet toe.

Waar kunnen onze lezers meer informatie en achtergrond vinden?

Op de website van ZonMw staat een beschrijving van het project. Ook komt er binnenkort meer informatie over het proces op de sites van het KNGF en VvOCM.

Het MOVES-project:

MARKETING, ONDERNEMERSCHAP, VERNIEUWING EN SAMENWERKING IN DE BEWEEGZORG & MOVEON



Di-Janne Barten
werkt als senior
onderzoeker bij het
lectoraat Innovatie
van Beweegzorg bij
de Hogeschool
Utrecht

Wat is jouw bijdrage aan dit onderwerp en met wie werk je samen?

Samen met fysio- en oefentherapeuten uit het werkveld, de betrokken beroepsverenigingen en andere kennisinstellingen doen we onderzoek naar hoe we een bijdrage kunnen leveren aan onder andere 'De Juiste Zorg op de Juiste Plaats'. Het klinkt misschien wat gek in deze tijd van 'patiëntcentrale zorg', maar vaak richten we ons bewust op de beweegzorgprofessionals in plaats van direct op de patiënt. We willen beweegzorgprofessionals kennis en handvatten geven om de behoeften van de patiënten én andere samenwerkingspartners in het werkveld zo goed mogelijk te vervullen.

Waarom dit project?

De aanleiding voor MOVES was een noodkreet van beweegzorgprofessionals over hun rol in de wijk. Ze dreigen ondergesneeuwd te worden door toenemende concurrentie en versobering van financiering. De tijd dringt om het tij te keren en kansen te pakken om je op een onderscheidende manier te profileren. Een eerste stap is helder te krijgen waar je als praktijk voor staat: wie ben je, wie is je doelgroep en wat onderscheidt jou van je concurrenten? Inmiddels is de opgedane kennis verwerkt in de MOVE-IT toolkit, een praktisch instrument waarmee beweegzorgprofessionals hun strategische positie kunnen formuleren. Nu zijn we klaar voor de volgende stap: MoveOn. We gaan kennis verzamelen en vertalen naar oplossingen voor hoe je de gekozen strategische positie in praktijk kunt brengen om uiteindelijk 'merkvoorkeur' te creëren bij patiënten, verwijzers en beleidsbepalers.

Wat vind jij zelf van het project?

Het is een enorm waardevol project omdat we kunnen bijdragen aan de randvoorwaarden die beweegzorgprofessionals nodig hebben om hun vak goed te kunnen uitoefenen. Beweegzorgprofessionals 'leven' voor hun patiënt, ondernemerschap is voor velen bijzaak - hoewel een heel belangrijke bijzaak. Door in dit project kennis en input vanuit marketing, ondernemerschap en beweegzorg bij elkaar te brengen, kunnen we kennis en oplossingen creëren

die direct toepasbaar zijn in de beroepspraktijk. Het blijft een onderwerp waar niet iedereen direct warm voor loopt, maar we merken dat het stiekem toch best leuk is om te bedenken waar je praktijk voor staat en of dit strookt met hoe je praktijk overkomt in de wijk. We hebben veel zin om met MoveOn de vertaalslag te maken van een papieren statement naar het tot leven brengen van dit statement in de dagelijkse praktijk.

Waarom is dit project belangrijk voor de lezers?

Hoewel 'marketing' voor veel oefentherapeuten een ver-van-het-bed-show is, erkennen steeds meer oefentherapeuten het belang van een goede positie in de wijk. MoveOn kan oefentherapeuten op een laagdrempelige manier helpen met kennis en tools om zich als 'merk' in de markt te zetten. Deze kennis, specifiek voor zorgondernemers in de complexe context als het zorgnetwerk in de wijk, is nu nog niet voorhanden.

Waar kunnen onze lezers meer informatie en achtergrond vinden?

MOVES en MoveOn zijn projecten die gedragen worden door twee vakgebieden: marketing en beweegzorg. Drie onderzoeksgroepen zijn betrokken: Innovatie van Beweegzorg en Marketing & Customer Experience van de Hogeschool Utrecht en Marketing/ Marktgericht Ondernemen van de Hanzehogeschool Groningen. Maar de belangrijkste partners zijn de ongeveer vijftig aangesloten fysiotherapeuten en oefentherapeuten. Meedoen met MoveOn kan nog steeds. Je leest meer over de projecten op www.moves.hu.nl of kunt een vraag stellen via moves.beweegzorg@hu.nl 



Het PRECISIE-project:

PERSOONSGERICHTE REAL-WORD, EVIDENCE-BASED OEFENTHERAPIE EN FYSIOTHERAPIE VOOR MENSEN MET CLAUDICATIO INTERMITTENS DOOR SAMEN BESLISSEN EN RICHTLIJN INNOVATIE



Thomas Hoozeboom is onderzoeker bij IQ healthcare van het Radboudumc. Van origine is hij fysiotherapeut

Wat is jouw bijdrage aan dit onderwerp en met wie werk je samen?

Ik ben de projectleider van het PRECISIE-project. In dit project werk ik samen met Chronisch ZorgNet, de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM), het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), de Hogeschool Arnhem Nijmegen en patiëntenvereniging Harteraad.

Waarom dit project?

We gaan persoonsgerichte, oefen-/fysiotherapeutische richtlijnzorg voor mensen met symptomatisch Perifeer Arterieel Vaatliden (sPAV) ontwikkelen. Om deze zorg te realiseren, koppelen we uitkomst-data uit de praktijk aan VvOCM/KNGF-richtlijn sPAV. In een eerdere fase is een systeem ontwikkeld (KomPas) dat de data uit de LDF vertaalt naar gemakkelijk te interpreteren curves over het te verwachten behandelresultaat voor de patiënt. In het PRECISIE-project combineren we deze persoonsgerichte benadering met de aanbevelingen uit de richtlijn. Het resultaat is een beslis-ondersteunend richtlijnsysteem met de naam KomPas+. Dit systeem werkt als volgt: een patiënt met sPAV bezoekt een praktijk voor gesuperviseerde looptraining en leefstijladviezen. Wat mag de patiënt van de therapie verwachten, wat kan de patiënt zelf doen en wanneer is resultaat zichtbaar? Tijdens de intake opent de behandelaar KomPas+. Gebaseerd op het patiënt-profiel en de gegevens van 32.000+ al behandelde mensen, geeft een grafiek weer wat er verwacht kan worden van de therapie. Vervolgens leidt KomPas+ de behandelaar en de patiënt door de verschillende evidence based behandelkeuzes (trainingsfrequentie, -intensiteit, -type en timing) zoals beschreven in de richtlijn. De persoonsgerichte inzichten uit KomPas+, de ervaringen van de therapeut en de voorkeuren van de patiënt bepalen de trainingsinhoud en -doelen. Na drie maanden wordt de voortgang met de patiënt besproken. Uit KomPas+ kan blijken dat de patiënt achterloopt op zijn/haar persoonlijke doelen. In dat

geval bespreekt de therapeut de mogelijke oorzaak met de patiënt en wordt het behandelplan gezamenlijk aangepast. Uit de evaluatie kan ook blijken dat de patiënt vóórloopt op de persoonlijke voorspelling. Dit motiveert de patiënt om te blijven trainen en dat vergroot de kans dat hij of zij blijvend voordeel heeft van de behandeling.

Wat vind jij zelf van het project?

Ik kan niet wachten om met dit innovatieve project aan de slag te gaan! De vertaling van wetenschappelijke kennis naar de praktijk is nooit gemakkelijk, maar met dit project kunnen we therapeuten echt ondersteunen in het maken van evidence based beslissingen met de patiënt. Omdat de behandelgegevens van iedere nieuwe patiënt weer worden toegevoegd aan de database, draagt uiteindelijk iedere patiënt en therapeut bij aan een continu lerend netwerk dat persoonsgerichte en zorg faciliteert met in het hart de richtlijn.

Waarom is dit project belangrijk voor de lezers?

Ook oefentherapeuten van Chronisch ZorgNet behandelen patiënten met sPAV en gaan KomPas+ gebruiken. In de toekomst zou het mooi zijn als de data uit de Landelijke Database Oefentherapie (LDO) ook wordt gebruikt om het KomPas+ te vullen.

Waar kunnen onze lezers meer informatie en achtergrond vinden?

Meer informatie over KomPas+ en hoe het kan worden ingezet vind je op de website van Chronisch ZorgNet. Er is ook een leuke animatiefilm over gemaakt: vimeo.com/400915107.



Het BiBoZ-project:

BLIJF IN BEWEGING.

ONDERSTEUNING VAN ZORGPROFESSIONALS
BIJ DUURZAAM GEZOND BEWEEGGEDRAG



Arlette Hesselink
is senior docent-onderzoeker bij het lectoraat Eigen Regie bij Fysiotherapie en Beweegzorg en docent bij de bacheloropleiding Fysiotherapie en de masteropleiding Fysiotherapie en Wijkgerichte Beweegzorg van Hogeschool Leiden

Wat is jouw bijdrage aan dit onderwerp en met wie werk je samen?

Ik ben projectleider van het BiBoZ-project van Hogeschool Leiden. In dit tweejarige, door RAAK-SIA gesubsidieerde project onderzoek ik samen met De Haagse Hogeschool en Hogeschool Rotterdam hoe professionals duurzaam gezond beweeggedrag kunnen ondersteunen. Daarbij werk ik in co-creatie met (zorg)professionals, cliënten, studenten en docentonderzoekers. VvOCM geeft advies als lid van de klankbordgroep.

Waarom dit project?

Professionals, zoals fysio- en oefentherapeuten, staan voor de uitdaging om duurzaam beweeggedrag bij cliënten te stimuleren. Ondanks geleverde inspanningen is de schatting dat meer dan de helft van de cliënten binnen een jaar terugvalt in ongezond beweeggedrag. Ondanks verschillende contexten krijgen cliënten nu vaak dezelfde ondersteuning. Persoonsgerichte ondersteuning lijkt een belangrijk ingrediënt om de terugval tegen te gaan. Maar hoe doe je dat?

In het BiBoZ-project is een methode ontwikkeld, op basis van het Behavioural Change Wheel (Michie et al. 2014, 2018), waarmee professionals cliënten binnen hun eigen context kunnen ondersteunen in het bereiken van duurzaam gezond beweeggedrag. Met de context bedoelen we de combinatie van de achtergrondkenmerken, het sociaal, psychisch en fysiek functioneren en de leefomgeving van de cliënt. We zijn het onderzoek gestart vanuit het cliëntperspectief en hebben onderzoekstechnieken als contextmapping en storytelling toegepast. Daarnaast is een literatuur-onderzoek uitgevoerd naar effectieve beweeginterventies. Op basis van al deze informatie is het prototype van de BiBoZ-methode ontwikkeld. Studenten gaan deze methode binnenkort in de praktijk testen.

Wat vind jij zelf van het project?

Vernieuwend is dat we zijn gestart vanuit cliëntperspectief en daarna pas de theorie hebben

opgezocht. De meerwaarde is dat we met een open blik zijn begonnen en daardoor mogelijk beter aansluiten bij de doelgroep(en). Dit is namelijk een stap die in andere onderzoeken vaak wordt overgeslagen. De methode wordt positief ontvangen in de praktijk en het opent voor ons deuren naar de samenwerking met andere partijen. Bovendien is de methodiek in co-creatie met alle doelgroepen ontwikkeld. Het is dus niet alleen voor, maar vooral ook door de doelgroep(en) gedaan. Daarnaast is het een mooi voorbeeld van actie- en designonderzoek. Ik ben van oorsprong epidemioloog, maar ik schuif steeds meer op naar kwalitatieve en creatieve onderzoekstechnieken. Ik geloof echt in de kracht van het inzetten van creatieve technieken om andersoortige (onbewustere) informatie op te halen en om alle mensen de kans te geven om deel te nemen aan onderzoek of ontwerp. Ook zijn meer dan honderd hbo-studenten betrokken en leverden acht verschillende opleidingen een belangrijke bijdrage aan ons onderzoek. En wat het project voor mij nog bijzonderder maakt is dat we het echt samen doen met drie hogescholen. Alle betrokken docentonderzoekers zijn open, leergierig, hebben hetzelfde doel voor ogen en zijn bereid een stapje extra te zetten. Een superenergieke samenwerking. Daar lust ik er nog wel een paar van!

Waar kunnen onze lezers meer informatie en achtergrond vinden?

Meer informatie kun je opvragen bij hesselink.a@hsleiden.nl en vinden op www.hsleiden.nl/eigen-regie-bij-fysiotherapie-en-beweegzorg.





Dit referaat wordt mogelijk gemaakt door het NPi

NPi-SERVICE

OUDEREN

SPPB heeft potentie om frailty bij zelfstandig wonende 65-plussers te detecteren

ONDERWERP: DIAGNOSTIEK

- Snel en eenvoudig screenen op kwetsbaarheid
- Afkappunt voor frailty en pre-frailty
- Aanvullende validatie geadviseerd

Geschreven door drs. **Lonneke van Berkel** vakreferent NPi en bewegingswetenschapper, met een vertaalslag van dr. Hans Drenth, geriatrie fysiotherapeut en lector aan de Hanzehogeschool Groningen

Zorgverleners kunnen de Short Physical Performance Battery (SPPB) gebruiken om zelfstandig wonende ouderen te screenen op kwetsbaarheid (frailty). Braziliaanse onderzoekers analyseerden gegevens van 744 65-plussers en berekenden afkappunten om kwetsbare ouderen en ouderen met een verhoogd risico op kwetsbaarheid te identificeren.

Snel en eenvoudig

Met de Short Physical Performance Battery (SPPB, zie kader) hebben zorgverleners een snel en eenvoudig instrument om zelfstandig wonende ouderen te screenen op (het risico op) kwetsbaarheid (frailty). De onderzoekers hanteerden de criteria van Fried (zie kader) om te bepalen welke ouderen frail of pre-frail waren, maar deze criteria zijn niet allemaal

even makkelijk vast te stellen. Therapeuten gebruiken de SPPB al regelmatig om het fysiek functioneren van ouderen te bepalen, en hebben dan tevens de mogelijkheid om frailty te signaleren.

Afkappunt

Zelfstandig wonende ouderen die 8 punten of minder scoorden op de Short Physical Performance Battery (SPPB, zie kader) zijn hoogstwaarschijnlijk frail. De onderzoekers berekenden dat zij een bijna 7,5 keer grotere kans hadden op frailty dan degenen die hoger scoorden. Ouderen die maximaal 10 punten behaalden op de SPPB liepen bijna 3,5 keer meer risico op frailty of pre-frailty dan ouderen met een hogere score.

Diagnostische nauwkeurigheid

De afkappunten van 8 en 10 voor respectievelijk frailty en pre-frailty waren volgens de onderzoekers het meest geschikt om zowel de aanwezigheid (sensitiviteit) als de afwezigheid (specificiteit) van (pre)frailty correct te diagnosticeren. Een sensitiviteit van 79,7 procent duidde erop dat vier op de vijf ouderen die 8 punten of minder scoorden terecht als frail werden bestempeld. De specificiteit van 73,8 procent suggereerde dat bijna driekwart van de ouderen die meer dan 8 punten scoorden terecht als niet-frail werd gezien. Met een grenswaarde van 10 kon bij respectievelijk 75,5 en 52,8 procent van de ouderen de aan- of afwezigheid van pre-frailty correct worden vastgesteld. Hoewel de sensitiviteit en specificiteit van beide afkappunten goed waren

SPPB

De Short Physical Performance Battery (SPPB) bestaat uit drie onderdelen: een looptest (loopsnelheid over vier meter), een balanstest (statische balans met twee voeten tegen elkaar, in semi-tandemstand en in tandemstand) en een beenspier-krachttest (de tijd die iemand er over doet om vijf keer op te staan vanuit een stoel). De totaalscore loopt van nul tot twaalf, met een hogere score bij beter functioneren.

Frailty criteria volgens Fried et al.

Een persoon heeft het frailty syndroom als aan drie of meer van de volgende vijf criteria wordt voldaan:

Gewichtsverlies; zonder opzet 4,5 kg of 5 procent of meer van het lichaamsgewicht afgevallen in het afgelopen jaar;

Afname loopsnelheid; meer dan 6 seconden doen over een looptest van 4 meter;

Bevestigend antwoorden op de vragen: 'Kost alles wat u doet moeite?' of 'Kost het u moeite op gang te komen?';

Energieverbruik; bij mannen en vrouwen minder dan respectievelijk 393 en 280 kcal/week, ofwel de laatste 3 maanden dagelijks meer dan 4 uur zitten, minder dan 1 wandeling per maand en geen activiteit zoals fietsen of joggen;

Geringe handknijpkracht; mannen met een score gelijk aan of minder dan 30 kg en vrouwen met een score gelijk aan of minder dan 18 kg.

gold dat minder voor de likelihood ratio (zie kader). Alleen voor de frailty-grenswaarde van 8 punten waren de positieve (3,05) en negatieve (0,27) likelihood ratio's voldoende voor praktische toepassing.

Aanvullend valideren

Bijna twee derde van de geanalyseerde Braziliaanse ouderen was vrouw en driekwart had niet meer dan vier jaar schoolopleiding afgerond. Ook had twee derde van hen overgewicht of obesitas, en eenzelfde aandeel had tenminste twee andere aandoeningen onder de leden. Daarnaast waren de ouderen relatief jong: zeventig procent was jonger dan 75 jaar. Hoewel de berekende afkappunten corrigeerden voor verschillen in demografische en klinische kenmerken adviseren de onderzoekers om de afkappunten verder te valideren door ze ook bij een andere steekproef te testen. ➡

Expert-opinie en vertaalslag naar de praktijk

Dit onderzoek laat zien dat de SPPB is staat is om frail (wordende) ouderen van niet frail ouderen te onderscheiden. Om de SPPB te gaan gebruiken als diagnostisch instrument is twijfelachtig. Ondanks dat de sensitiviteit/specificiteit goed zijn is de likelihood ratio (LR) klein. Beide zijn belangrijk om te spreken van een goede diagnostische test. Daarbij richt dit onderzoek zich op fysieke frailty. Ondanks dat dit een belangrijk onderdeel is, zijn er meerdere domeinen (cognitief, sociaal) welke een belangrijke rol spelen bij frailty.

Om frailty in kaart te brengen en de mogelijkheid om dit in de tijd te volgen lijkt de Evaluative Frailty Index for Physical activity (EFIP) op dit moment het beste om te blijven gebruiken. De SPPB is goed voor het in kaart brengen van de fysieke status van de oudere.

Likelihood ratio

De likelihood ratio of aannemelijkheidsquotiënt geeft aan hoe sterk een positieve uitkomst van een test de kans op aanwezigheid van een ziekte vergroot en een negatief testresultaat de kans op aanwezigheid van een ziekte verkleint. Tests met een positieve likelihood ratio >2 of een negatieve likelihood ratio <0,5 worden bruikbaar geacht.



De **NPi-service** is een uitgave van het **NPI** Kennis in Beweging

Broninformatie:

Perracini MR, Mello M, de Oliveira M-ximo R, [et al.]. Diagnostic accuracy of the Short Physical Performance Battery for detecting frailty in older people. *Physical Therapy* 2020; 100(1): 90-98

Mijn verzekeringen zijn op orde!



Dankzij de speciale arbeidsongeschiktheidsverzekering voor oefentherapeuten.

Een zeer concurrerende premie voor leden van de VvOCM.

De voordelen van deze speciale arbeidsongeschiktheidsverzekering zijn onder andere: - Beroepsarbeidsongeschiktheid

- Gratis ongevallendeckking
- Extra aanvanskorting
- Gunstige zwangerschapsregeling
- Premiekorting in pakket met andere verzekeringen
- Verhogen zonder medische verklaring
- Premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid
- Mede tot stand gekomen door uw beroepsvereniging

Frisia Verzekeringen is uitvoerder mantelcontract VvOCM



Frisia Verzekeringen

Frisia Verzekeringen
Javastraat 1a
2585AA Den Haag

T. 070 342 01 50
F. 070 362 54 94
E. info@frisiaverzekeringen.nl
www.frisiaverzekeringen.nl

Meer informatie?

Kijk op onze website of stuur deze bon in een envelop naar:

Antwoordnummer 780 2501 WB Den Haag

Naam _____

Adres _____

Postcode _____

Plaats _____

Telefoon _____