

BEWEEGREDE

Vakblad voor Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck



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 aanvankskorting
- 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
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 _____



REDACTIONEEL

COLOFON

BEWEEGREDE, het vakblad voor oefentherapeuten Cesar en Mensendieck is een uitgave van de Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM). Het blad verschijnt drie maal per jaar.

Niets uit deze uitgave mag vermeld of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de redactie.

Losse abonnementen
€ 30,- per jaar

Redactie
Petronella Haga
Annemiek van der Kamp
Nicole Wolvenne

Redactieadres
Ingrid de Wilt
Kaap Hoornreed 54
3563 AV UTRECHT
Tel. 030-2625627
E-mail: redactie@vvocm.nl

Advertenties
Advertentiemateriaal dient uiterlijk 2 maanden voor de verschijningsdatum van het blad digitaal aangeleverd te worden. Advertentietarieven op aanvraag. Advertenties kunnen zonder opgave van reden worden geweigerd.

Extra exemplaren van Beweegreden zijn voor € 5,-/st. te bestellen bij het secretariaat.

Informatie voor auteurs
Kopij dient uiterlijk twee maanden voor de verschijningsdatum van het blad digitaal aangeleverd te worden op het redactieadres. Het recht wordt voorbehouden artikelen niet te plaatsen dan wel te redigeren. In het laatste geval zal de auteur gevraagd worden goedkeuring te verlenen aan het geredigeerde artikel.

Verschijningsdata in 2011
Maart
Juli
November

Vormgeving
Studio Trebor

Drukwerk
Secrass

De redactie van het vakblad werkt op basis van een openbaar redactiestatuut. De redactie werkt conform de beleidslijnen van de VvOCM, maar kent een eigen verantwoordelijkheid. De artikelen in dit tijdschrift verschijnen onder verantwoordelijkheid van de redactie en/of de auteur. Slechts voor zover de artikelen verschijnen onder het kopje VvOCM-bestuur vertegenwoordigt de inhoud van dit tijdschrift standpunten van het VvOCM-bestuur.



Van de redactie

In deze uitgave alweer het laatste deel van het drieluik van Chhetri Ober en Morgan Bosma. Hierin wordt een aantal vragen gesteld: hoelang blijven we nog volhouden dat het doorontwikkelde gedachtegoed van Bess en Marie het alleenrecht is van oefentherapeuten? Is de fysio- of ergotherapeut niet ook, net als de oefentherapeut, gericht op het beter laten functioneren van de cliënt in het dagelijks leven? Lijkt de oefentherapeut niet allang veel meer op de fysiotherapeut dan we willen toegeven?

Volgens de auteurs zal de oefentherapeut zich beter moeten profileren en positioneren binnen de gezondheidszorg. Duidelijk maken waar oefentherapie voor staat! Hiervoor moet er nog een grote omslag plaatsvinden binnen de beroepsgroep. Hoe deze omslag gemaakt moet worden, zal een continue zoektocht zijn. Een uitdaging om inhoudelijk met de auteurs en elkaar in discussie te gaan.

Wie neemt het voortouw?

5 studenten hebben zich gebogen over de loopobservatie; is er verschil tussen het observeren door een oefentherapeut en door een fysiotherapeut? Oftewel: wat is de 'interbeoordelersbetrouwbaarheid'?

In het verslag van de osteoporosedag legt Cokkie van Santen feilloos de vinger op het succes van oefentherapie Cesar en Mensendieck bij osteoporose: eenvoudige, helder uitgelegde oefeningen en overall toepasbaar. Bovendien bevordert het oefenprogramma de balans en werkt het preventief voor het vallen. Prettig dat de multidisciplinaire richtlijn 'Osteoporose en fractuurpreventie' nu definitief is.

De bindweefselandoening, het syndroom van Marfan, is niet zo bekend bij oefentherapeuten, maar na lezen van dit artikel, waarin de achtergronden van de ziekte uit de doeken worden gedaan, wordt duidelijk: ook de 'Marfanner' is bij onze oefentherapeutische aanpak zeer gebaat.

Wat is nou 16 weken bekkenbodentraining - dat zijn 4 maanden - als daarmee je prolaps stadium I of II afneemt en je kwaliteit van leven toeneemt!

Een randomized controlled trial.

Somatische fixatie is een theorie over het omgaan met ziekte en gezondheid en onderscheidt processen die aanleiding zouden kunnen geven tot het onnodig blijven bestaan van klachten, hulpzoekgedrag en tot het uiteindelijk ontstaan van afhankelijkheid, van de patiënt zelf, zijn directe omgeving en het contact met de huisarts. Voor ons oefentherapeuten een heel herkenbaar verhaal en goed om rekening mee te houden.

Met wat jaloezie las ik het stuk van Maloes Mulder over de excellente professional; nu ook mogelijk voor studenten oefentherapie Cesar aan de HU. Deze mogelijkheid bestond vroeger niet. Ben je dan na afronding van deze Topclass een soort Master-bachelor of Bachelor-master? In elk geval lijkt zo'n oefentherapeut met passie voor het vak zeer geschikt als toekomstig lid van de commissie praktijk & wetenschap, van de redactie Beweegreden of als bestuurslid.

Dit was de laatste "Van de redactie" van mijn hand.

Tijd voor nieuwe collega's om mijn pen over te nemen en de redactie van Beweegreden te komen versterken. Ons vakblad is een zeer geschikt medium om onze visie op gezondheid uit te dragen naar collega's en andere professionals. Bovendien draagt de functie van redactielid bij aan je verdere ontwikkeling. De redactie ziet je graag komen!

Nicole Wolvenne

Zoals u hierboven kunt lezen gaat Nicole Wolvenne de redactie verlaten. Nicole heeft de afgelopen jaren als redactielid enorm veel werk verzet, waarvoor we haar willen bedanken. We zullen haar missen. En, zoals Nicole ook al aangeeft, we kunnen uw hulp goed gebruiken. Heeft u interesse de redactie te komen versterken, belt of mailt u ons dan. U bent meer dan welkom.

INHOUD



- 5** *Column*
Zorg is geen markt
- 6** *In welke richting*
gaat de oefentherapeut zich bewegen?
Een drieluik
- 10** *Studentenonderzoek*
Loopobservatie: betrouwbaar?
- 15** *Vallen Verleden Tijd voor mensen met osteoporose*
een multidisciplinair oefenprogramma
- 18** *A randomized controlled trial of pelvic floor muscle training*
for stages I and II pelvic organ prolapse
- 24** *Somatische fixatie*
Een nieuw leven voor een oud begrip
- 28** *Marfan, zegt u?*
Het Marfansyndroom, oorzaak en gevolg
en de (on)mogelijkheden van oefentherapie
- 34** *Van de student*
de excellente oefentherapeut van de toekomst
- 39** *Recensies*



Zorg is geen markt

Patiënt; komt van het Latijnse patientia; wat lijden, dulden, volharding of geduld betekent.

Lijden? Ja. Dulden en geduld? Meestal niet. De zorgsector is momenteel aan talloze veranderingen onderhevig, zowel aan de kant van de zorgaanbieders als van de zorgvragers. Deze column begint met een stelling "Zorg is geen markt", iets waar ongetwijfeld het merendeel van de lezers achter staat. Maar ik niet, zorg is wél een markt. De zorgvrager van de eenentwintigste eeuw is veranderd. Lijden, dulden, volharding? Liever niet en zeker niet te lang. De tegenwoordige patiënt is een consument geworden, eist zorg die aansluit op de leefomgeving en is kritisch op kwaliteit. Het Nederlandse zorgsysteem behoort tot de besten van de wereld. Solidair, vakkundig en relatief betaalbaar. En misschien het belangrijkste: het is voor iedereen. Maar hoe betaalbaar blijft dit met de vergrijzing en alle opkomende westerse ziektes? Hoe houden we de zorg betaalbaar voor iedereen?

Minister van Financiën Jan Kees de Jager zei recentelijk: 'De schulden crisis overleven

we wel en 18 miljard bezuinigingen gaat ook wel lukken, maar mijn grootste zorg is de steeds maar toenemende groei in de zorgkosten'. De oplossing ziet hij niet in het verhogen van de kosten en ook niet in het schrappen in andere uitgaven. Op lange termijn moet binnen de zorg de oplossing worden gevonden, zodat het solidaire Nederlandse systeem gehandhaafd kan blijven. Hoe dat te realiseren? 'De grootste uitdaging waar we mee te maken hebben voor Nederland en de rest van de wereld' vindt De Jager. De gezondheidszorg kan niet achter blijven bij de maatschappelijke en economische ontwikkelingen van deze tijd. Ik denk niet dat het reëel is om te blijven vasthouden aan het oude systeem. Uit ervaring weet ik dat er genoeg kansen liggen voor therapeuten om kwalitatieve zorg op maat te leveren binnen de huidige ontwikkelingen in de markt. Misschien nu juist meer dan vroeger want de toetsingen en kwaliteitsnormen moeten steeds strikter worden

nageleefd. Als kwalitatief hoogwaardige oefentherapeut hoef je je dus geen zorgen te maken en zijn er wellicht juist kansen om te groeien en je te onderscheiden. Want wie niet aan de kwaliteitsnorm voldoet, prijst zichzelf letterlijk uit de markt! Zorg is (g)een markt. Als bedrijfsoefentherapeut heb ik misschien een heel andere insteek dan de reguliere oefentherapeut. Want mijn cliënten komen niet via de huisarts en mijn zorg wordt niet vergoed door de verzekeraar. Dus ik weet alles van concurrentie, prestatiecontracten en marktwerking. Maar mijn zorg wordt er alleen maar beter door.

Amber Elings is in 2002 afgestudeerd als oefentherapeut Cesar en heeft haar eigen onderneming, Aeflex (www.aeflex.nl – amber@aeflex.nl). Ze geeft training aan grote en kleine bedrijven over gezond werken en een gezonde leefstijl. Daarnaast werkt ze in een Fysiotrainingscentrum.

In welke richting gaat de oefentherapeut zich bewegen?

Een drieluik

Auteurs: Morgan Bosma & Chhetri Ober

Deel I: Visie op het vakgebied oefentherapie

Deel II: Ontwikkelingen in de zorg en de visie van zorgverzekeraars

Deel III Positionering van oefentherapie binnen het bewegingsdomein

In het eerste deel van het drieluik hebben wij onze visie weergegeven ten aanzien van de beroepsrollen van u als oefentherapeut en de noodzakelijke keuzes die daarbij gemaakt moeten worden. In het tweede deel is beschreven welke ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg plaatsvinden en op welke wijze oefentherapeuten hierop kunnen inspelen. De noodzaak tot het maken van keuzes komt volgens ons voort uit het gegeven dat de Nederlandse gezondheidszorg sterk aan het veranderen is. Er werden uiteraard altijd al eisen aan de oefentherapeut gesteld en de ontwikkelingen in de gezondheidszorg zijn niet van de laatste jaren. Al enige tijd wordt van alles geroepen over marktwerking, kwaliteit, efficiency, wetenschap enz., maar pas de afgelopen jaren worden de consequenties hiervan ook voelbaar voor de oefentherapeut. De ontwikkelingen in de gezondheidszorg zijn niet van de laatste jaren. Ook werden uiteraard altijd al eisen aan de oefentherapeut gesteld, maar pas de afgelopen jaren worden de consequenties hiervan ook voelbaar voor de oefentherapeut. Nu is er geen ontsnappen meer aan.

Wij stelden u de cruciale vragen: In welke richting gaan de oefentherapie en u als oefentherapeut zich bewegen? Bent u als oefentherapeut nog in staat om het roer in eigen handen te houden? In dit derde en laatste deel gaan wij in op de inhoudelijke kant van het beroep. De intentie was echter om andere aanverwante beroepen aan het woord te laten over de positie van oefentherapie binnen de gezondheidszorg. Wij zijn echter verbaasd over het uitblijven van enige reactie of discussie op onze eerste twee delen en op de discussies die op dit moment wel gevoerd worden binnen de beroepsgroep (o.a. over audits, tarieven, oefenstof etc.). Wij zijn van mening dat de vorige twee delen essentieel zijn voor u als oefentherapeut. Hoe relevant de vorige twee delen ook waren, ze gingen voor u waarschijnlijk niet over de kern van het oefentherapeutisch handelen. Mogelijk dat dit derde deel u dan meer raakt. Als het u raakt, dan voldoet u in ieder geval aan twee uitgangspunten die wij over u in ons hoofd hebben: 1) u bent bereid om een constructieve bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van het beroep oefentherapie en de gezondheidszorg, 2) u bent bereid om kritisch naar uw eigen handelen te kijken en daarover met anderen in discussie te gaan.

Dit brengt ons terug bij drie fundamentele vragen over oefentherapie:

- Wat is de essentie van oefentherapie?
- Heeft oefentherapie bestaansrecht naast de aanverwante paramedische beroepen (fysiotherapie en ergotherapie)?
- Met welke diensten en producten profileert de oefentherapeut zich in de gezondheidszorg?

Wij hebben niet de intentie en waarschijnlijk ook niet de kennis en kunde om in dit deel antwoord te geven op bovenstaande vragen. Wel willen wij een aantal kernbegrippen, die binnen oefentherapie gehanteerd worden, en naar onze mening het beeld van oefentherapie bepalen, bespreken. Deze begrippen zullen soms anders geïnterpreteerd of gebruikt moeten worden en soms zal zelfs de terminologie volledig gewijzigd moeten worden. Het maakt bijvoorbeeld heel wat uit of u het over houding/beweging heeft of over bewegingsgedrag. Hieronder zullen wij dit verder toelichten.

Onverschillig of paniekerig?

In de afgelopen twee artikelen van het drieluik hebben wij verschillende onderwerpen aangesneden. Mogelijk dat deze onderwerpen nog te abstract voor u zijn en blijft u er onverschil-

lig onder. Hoewel dat niet onze doelstelling was, kan onverschilligheid ook een manier zijn om (niet) met grote veranderingen om te willen gaan. Het zorgt er voor dat het u minder raakt. De andere kant is dat de onderwerpen die de revue zijn gepasseerd u enigszins paniekerig maken. U trekt zich de haren uit uw hoofd en bent radeloos op zoek naar antwoorden. Laten we het er op houden dat beide reacties niet leiden tot een constructieve bijdrage aan de ontwikkeling van het beroep oefentherapie.

Wij vragen ons af of oefentherapeuten zich wel beter in de markt kunnen neerzetten. Hebben oefentherapeuten meerwaarde in de gezondheidszorg?

Alleenrecht op oefentherapie?

Op de een of andere manier lukt het niet om de meerwaarde van oefentherapie duidelijk te verwoorden en de buitenwereld te overtuigen van hoe goed oefentherapie is. Toch doet de beroepsvereniging van oefentherapeuten (VVOCM) wel verwoede pogingen om een eenduidig beeld te creëren van oefentherapie. In april 2007 is in opdracht van de Stichting Vormingsfonds Cesar en de Stichting Ontwikkelingsfonds Mensendieck een project

'essentie van de oefentherapie' gestart waarin gezocht is naar wat een oefentherapeut nu tot een oefentherapeut maakt. In het onderzoek is gebruik gemaakt van interne documenten van oefentherapie, etnografisch onderzoek, interviews en discussies met deskundigen (oefentherapeuten). Opvallend is dat hier geen wetenschappelijke literatuur is gebruikt. Het onderzoek dat is beschreven in het boek 'betrokken bij bewegen' (Kuiper & Jans, 2009) maakt echter goed inzichtelijk wat er op dit moment aan literatuur over oefentherapie is en hoe oefentherapeuten naar het eigen beroep kijken. In het onderzoek werd vastgesteld dat de basisdocumenten vrijwel uitsluitend gericht zijn op oefentherapie Mensendieck en oefentherapie Cesar afzonderlijk. De onderzoekers komen uiteindelijk op een beschrijving van oefentherapie waarbij niet meer gesproken wordt over oefentherapie Cesar of oefentherapie Mensendieck, maar over oefentherapie gegeven door een oefentherapeut: 'Oefentherapie gegeven door een oefentherapeut is een interventie – waarbij aandacht is voor het bewegen in dagelijkse activiteiten – voor mensen met (mogelijke) problemen met het bewegen in dagelijkse activiteiten (die bereid

zijn zichzelf actief in te zetten), met als doel andere manieren van alledaags bewegen aan te leren om korte- en langetermijnparticipatieproblemen te voorkomen of te verminderen door het begeleiden van de cliënt gebaseerd op omschreven oefenstof'.

Dit is een redelijk genuanceerde beschrijving van oefentherapie waarbij definitie, doel, doelgroep en middelen zijn beschreven. Hoewel de auteurs aangeven dat gebruikte begrippen gedefinieerd moeten worden, is er voor gekozen een omschrijving te geven van oefentherapie waarbij alle verschillen tussen oefentherapie Cesar en oefentherapie Mensendieck als sneeuw voor de zon zijn verdwenen.

Voor veel buitenstaanders is niet duidelijk wat oefentherapie Cesar/Mensendieck inhoudt. Fysiotherapeuten en ergotherapeuten geven ook oefentherapie, dus wat maakt de oefentherapie van oefentherapie Cesar/Mensendieck zo bijzonder? Het blijkt erg lastig te zijn om dit helder te verwoorden. De vraag is echter hoe lang deze vraag nog interessant is om te beantwoorden. Hoe lang krijgen oefentherapeuten nog de tijd?

Het kan niet vaak genoeg genoemd worden, dat de scheiding tussen oefentherapie Cesar, oefentherapie Mensendieck, fysiotherapie en andere bewegingsberoepen zoals ergotherapie naar onze mening onhoudbaar is. De therapieën zijn allen gericht op het beter laten functioneren van de cliënt in het dagelijks leven. Als wetenschappelijk onderzoek uitwijst dat een bepaalde behandelmethode het meest efficiënt en effectief is voor specifieke cliënten, zal dit overgenomen worden door andere behandelaars. Een goede behandelmethode komt dus vanzelf in de situatie terecht dat het overgenomen zal worden door andere therapieën. Dit klinkt misschien niet hoopgevend voor oefentherapeuten, maar is wel de realiteit. Aangezien het niet om de naam van een therapie gaat, maar om de kwaliteit van de behandelmethode, kan er uiteindelijk meer samengewerkt worden met andere beroepsgroepen. De vraag wordt welke behandelmethode het meest efficiënt en effectief is voor de cliënt, waarbij de naam van de therapie van ondergeschikt belang is. Het gaat er dan om wie mag, wil en kan deze behandelmethode toepassen. Het gaat hier om kennis en er is geen beroepsgroep die het alleenrecht heeft op de best beschikbare kennis. Komt de



In welke richting gaat de oefentherapeut zich bewegen?

huidige kennis waar oefentherapeuten zich op baseren wel in aanmerking voor het beste bewijs? Welke kritische bewijsstukken zijn beschikbaar?

Vage termen en aandoeningen zijn universeel

Hoeveel moeite oefentherapeuten hebben om duidelijk te communiceren over het eigen beroep blijkt als men een reis maakt langs de internetsites van oefentherapeuten. Termen zoals ‘totaliteit’, ‘functioneel bewegen’, ‘kwaliteit van bewegen’, ‘bewustwording’ en ‘goed - fout bewegen’, worden op zeer verschillende manieren ingevuld. Woorden verliezen hun waarden als ze door iedereen willekeurig worden gebruikt. Met de genoemde termen kunnen oefentherapeuten zich ook niet langer onderscheiden van andere therapieën. Eveneens is dit probleem zichtbaar als op websites de te behandelen aandoeningen staan opgesomd. Of je nu op sites van fysiotherapeuten of oefentherapeuten kijkt, klachten en aandoeningen als COPD, hernia, Parkinson, schouderklachten enz. kunnen onmogelijk gezien worden als specifieke aandoeningen die door een bepaalde beroepsgroep behandeld worden. Het is nu juist zo dat alle beroepen op het gebied van bewegen (ergotherapie, fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck) zich met deze patiënten bezighouden. Het is onmogelijk om op basis van aandoeningen naar de buitenwereld (verwijzers, cliënten en zorgverzekeraars) een duidelijk onderscheid tussen de therapieën te maken. Blijkbaar moeten de verschillen op een ander gebied gezocht worden.

Functies in stoornissen versus activiteiten en participatie

Als het ICF als uitgangspunt genomen wordt, dan zegt de oefentherapeut dat zij zich vooral richt op het niveau van activiteiten en participatie. De fysiotherapeut zou zich vooral richten op de stoornissen in functies en anatomische eigenschappen. Ook in het nieuwe beroepsprofiel (2010) van de oefentherapeut wordt nadrukkelijk aangegeven dat de oefentherapeut zich richt op de activiteiten en participatie van cliënten: “De oefentherapeut richt zich op het optimaliseren van het bewegen van cliënt(groepen) in relatie tot de dagelijkse activiteiten, met als doel participatieproblemen te voorkomen of te verminderen...”. Maar zijn oefentherapeuten werkelijk zo gericht op activiteiten en participatie? Geeft het

beroepsprofiel ook werkelijk weer wat oefentherapeuten doen? Uit onderzoek van het Nivel (2008) blijkt dat oefentherapeuten (Cesar) tussen 2003-2008 30% meer behandeldoelen enkel op stoornisniveau hebben geformuleerd. Dit betekent dat oefentherapeuten doelen hebben gesteld op het gebied van: corrigeren van standsafwijkingen, versterken van spieren, verlagen van tonus, vergroten van mobiliteit enz. Misschien lijkt dit voor de meeste lezers een kleinigheidje, maar dit is een zorgwekkende trend voor het bestaansrecht van oefentherapeuten. De vraag is of doelen die gesteld worden op functieniveau (ICF) wel passen binnen de visie van oefentherapie, zoals beschreven in het beroepsprofiel (2010). Hoeveel van de tijd wordt nu werkelijk aan activiteiten en participatie gewerkt? Lijkt de oefentherapeut stiekem toch niet meer op een fysiotherapeut dan zij eigenlijk wil (toegeven)? De trend die is ingezet, lijkt dus niet de eigenheid van oefentherapie te onderstrepen, maar de scheidslijn met fysiotherapie lijkt hierdoor alleen maar te vervagen.

Houding en beweging versus bewegingsgedrag

Oefentherapie Cesar/Mensendieck is van oudsher een therapie/bewegingsleer die is gericht op het corrigeren van houdingen en bewegingen. Een voet hoort recht naar voren te staan en als deze scheef staat, dan is dat niet goed. Een rug hoort recht te zijn, schouders naar opzij en hoofd recht naar voren en hoe zat het ook alweer met het lopen? Kortom, oefentherapeuten Cesar/Mensendieck wisten heel goed wat een goede houding en/of beweging was. Er werd sterk normatief gedacht over houdin-

De trend die is ingezet, lijkt dus niet de eigenheid van oefentherapie te onderstrepen

gen en bewegingen. Oefentherapeuten hadden door deze denkwijze een stevig houvast. De patiënt kon naast de meetlat; de norm, gelegd worden en de therapeut wist precies waar en wat gecorrigeerd moest worden. De wereld zag er toen nog rustig en overzichtelijk uit.

De kennis over het menselijk bewegen en de kijk op ziekte en gezondheid hebben in de afgelopen decennia het normatieve idee over houding en beweging volledig afgebrokkeld. Het belangrijkste argument om niet meer over goed of fout te praten als het om een houding of beweging gaat, is het gegeven dat een houding of beweging als zodanig nooit het probleem kan zijn. Het gaat immers altijd om het bewegingsgedrag van de persoon. Een houding wordt gezien als een moment (foto) en een beweging kent een begin- en eindpunt. Wanneer op basis van een houding of beweging conclusies worden getrokken over wat een positieve dan wel negatieve invloed kan hebben op de dagelijkse activiteiten van een cliënt, dan ontbreken belangrijke elementen in de analyse, zoals duur, herhaling, intensiteit van de activiteiten, context en belastbaarheid van een cliënt. Wanneer men beweert dat een houding of een beweging goed of fout is (normatief idee), dan worden juist de elementen die essentieel zijn voor het mogelijk ontstaan van klachten niet meegenomen in de analyse.

Hier zou dan ook niet meer gesproken moeten worden van een houding of beweging, maar van bewegingsgedrag. Bewegingsgedrag kan omschreven worden als de manier waarop een cliënt dagelijkse activiteiten (contextspecifiek) uitvoert, gerelateerd aan individuele mogelijkheden (belasting-belastbaarheid), omgevingsfactoren, duur en intensiteit. Bij een cliënt die rugklachten ervaart bij het zitten op de fiets, zal niet naar de zithouding gekeken moeten worden, maar naar de zithouding op de fiets (taakanalyse). Verder is het belangrijk om te analyseren wanneer de klachten opspelen of erger worden. Er wordt dus bij het analyseren van bewegingsgedrag altijd een relatie gelegd tussen hoe iemand beweegt, de belastbaarheid van de cliënt, de duur en intensiteit van de activiteit. Wanneer deze elementen niet in de diagnostiek en interventie worden meegenomen, dan is het haast onmogelijk om een cliënt werkelijk goed te behandelen.

Oefenstof versus oefenen

Binnen de oefentherapie Cesar/Mensendieck heerst er een magische sfeer rondom de oefenstof. In dikke boeken staat tot op de millimeter uitgeschreven hoe oefeningen uitgevoerd moeten worden. Hoewel er niet zo veel mis mee is om zaken helder op papier te zetten, lijkt er een soort magie van de oefen-

Wil je beter worden in een bepaalde activiteit dan zul je de activiteit moeten oefenen. Wat ons betreft zit de kracht van oefentherapie in dit zeer eenvoudige principe.

stof uit te gaan. De boeken waarin de oefeningen staan beschreven, worden nog net niet heilig verklaard, maar er is wel iets mee aan de hand. Hoe lang kunnen oefentherapeuten de magie van de oefenstof nog geheim houden? En wat als dat niet meer lukt? Wat is het bestaansrecht van oefentherapie dan nog? De discussie over de oefenstof zou eigenlijk helemaal niet gevoerd moeten worden. Het is al vreemd dat over de oefenstof gesproken wordt, aangezien geen enkele oefening geclaimd kan worden door oefentherapeuten. U zult begrijpen dat wij het dan ook absoluut niet eens zijn met de laatste zin van de definitie over oefentherapie, zoals geciteerd uit Kuiper en Jans (2009) en weergegeven in dit derde deel.

De meeste oefeningen uit de oefenstof kennen ook niet haar oorsprong in de bewegingsleer/oefentherapie, maar komen voort uit de ballet- en danswereld. Binnen de oefentherapie heeft altijd de gedachte geheerst dat het uitvoeren van oefeningen, van eenvoudig naar complex, zou leiden tot een gezonde houding en/of beweging. Deze gedachte past bij het idee dat een houding en/of beweging goed of fout is, maar kan niet meer verdedigd worden in de huidige tijd. Sommige oefeningen uit de oefenstof kunnen dan ook gezien worden als middel om op functieniveau resultaat te bereiken. Veel oefeningen worden door de meeste oefentherapeuten al niet eens meer gebruikt.

De vraag is echter wat de meerwaarde van de oefenstof is op activiteiten- en participatieniveau. Misschien moet de vraag wat breder geformuleerd worden en moet in dit artikel niet alleen over de oefenstof gesproken worden maar over oefeningen in het algemeen. Wanneer de aanname is dat door het uitvoeren van oefeningen de cliënt beter gaat functioneren op activiteiten- en/of participatieniveau, wordt er onvoldoende rekening gehouden met het transferprobleem bij leren. Een transferprobleem ontstaat wanneer iets dat in een bepaalde context wordt aangeleerd in een andere context toegepast moet worden. Daarbij ontstaat er ook een transferprobleem als een oefening te ver afwijkt van het

doel. Een oefening uitvoeren op de mat kent een totale andere motorische aansturing dan het uitvoeren van activiteiten in de dagelijkse context van de cliënt. Een oefening staat per definitie verder af van de activiteiten die een cliënt in het dagelijks leven moet uitvoeren. Kortom, de vraag is in hoeverre de oefentherapeut er met de oefeningen in slaagt om het transferprobleem op te lossen. Ook Marie Cesar was zich bewust van het transferprobleem. Haar antwoord was dat de oefeningen in een steeds complexere samenstelling uitgevoerd moesten worden. Hierdoor zou de vertaalslag naar het dagelijks leven eenvoudiger gemaakt kunnen worden. Maar heeft zij werkelijk met het complexer maken van de oefeningen het transferprobleem verkleind, of mogelijk juist groter gemaakt? Wij weten nu door het specificiteitsprincipe en de plasticiteit van de hersenen dat het lichaam zeer specifiek leert. Oefeningen uitvoeren die ver afstaan van waar het eigenlijk om gaat, kan mogelijk juist problemen opleveren. De cliënt wordt beter in het uitvoeren van de oefening, maar er is geen garantie dat de activiteit, waar het eigenlijk om gaat, ook daadwerkelijk anders wordt uitgevoerd. Daarvoor zal de activiteit geoefend moeten worden. Wil je beter worden in een bepaalde activiteit dan zul je de activiteit moeten oefenen. Wat ons betreft zit de kracht van oefentherapie in dit zeer eenvoudige principe.

Wij pleiten er daarom voor om niet meer over de oefenstof te praten, maar over oefeningen en oefenen van dagelijkse activiteiten. Dagelijkse bewegingen kunnen geoefend worden, maar daar zijn lang niet altijd oefeningen voor nodig.

Tot slot

In deel I hebben we beschreven dat voor een efficiënte en effectieve bedrijfsvoering je als oefentherapeut keuzes moet maken. In deel II is duidelijk gemaakt welke ontwikkelingen in de maatschappij en gezondheidszorg invloed hebben op de oefentherapeut. Ook is aan de orde geweest wat de verwachtingen van de zorgverzekeraars zijn voor de gezondheidszorg en welke rol oefentherapeuten daarin zullen moeten spelen.

In deel III maken wij duidelijk dat je als OT ook inhoudelijke keuzes moet maken. De oefentherapeut zal zich beter moeten profileren en positioneren binnen de gezondheidszorg. Waar staat oefentherapie voor? Geen eenvoudige opgave, maar als auteurs zijn we hoopvol. Het is dan wel noodzakelijk dat er nog een grote omslag moet plaatsvinden binnen de beroepsgroep. Hoe deze omslag gemaakt moet worden, zal een continue zoektocht zijn. Wij dagen u uit om inhoudelijk met ons en elkaar in discussie te gaan. ●

Over de auteurs

Morgan Bosma is bedrijfsoefentherapeut, docent aan de opleiding oefentherapie Cesar en opleidingsmanager van de opleiding Tandprothetiek, Faculteit Gezondheidszorg, Hogeschool Utrecht. Op dit moment is hij bezig met het afronden van de masteropleiding zorgtraject ontwerp (MZO). Chhetri Ober is oefentherapeut Cesar en onderwijskundige. Hij werkt als zelfstandig adviseur voor verschillende organisaties in het onderwijs en de gezondheidszorg. Hij adviseert onder andere de Faculteit voor Communicatie en Journalistiek van de Hogeschool Utrecht over hoe het onderwijs zo ingericht kan worden zodat excellente studenten uitgedaagd worden om het beste uit zichzelf te halen. Op landelijk niveau is hij projectleider van de beroepsgroepen Logopedie en Mondzorgkunde bij het ontwikkelen van een National Transcript. Chhetri is auteur van het boek ‘Oefentherapie’ dat in 2008 is uitgegeven bij uitgeverij Lemma. Bij uitgeverij Lemma is in 2010 van hem ook het boek ‘De leeromgeving centraal’ uitgebracht, waarin hij zijn visie op het hoger beroepsonderwijs beschrijft.

Vanuit hun bedrijf CuraSui Advies & Opleidingen, verzorgen Morgan en Chhetri in nauwe samenwerking met de VvOCM en Hogeschool Utrecht verschillende cursussen. CuraSui Advies & Opleidingen houdt zich voornamelijk bezig met het scholen en begeleiden van oefentherapeuten bij een verdere professionalisering van het beroep. Op dit moment verzorgen zij voor de VvOCM de cursus Professionele Bedrijfsvoering voor regiofunctionarissen.

De auteurs schrijven dit drieluik op persoonlijke titel. Vragen of opmerkingen kunt u naar de auteurs sturen: info@curasui.nl

Loopobservatie

betrouwbaar?

Auteurs: Rosanne Kuijpers,
Els Nijland, Karin Oomen,
Ilse Tönissen en Janneke Verhaegh

Begeleider: Johannes Noordstar

Trefwoorden:
Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid,
observatie, looppatroon, studenten,
GALN, oefentherapie Cesar,
fysiotherapie.

Oefentherapie Cesar en fysiotherapie zijn verwante studies met betrekking tot bewegen. In beide studies wordt studenten onder andere geleerd om het houdings- en bewegingsgedrag te observeren. Bij beide studies wordt veel gebruik gemaakt van meetinstrumenten als richtlijn bij een observatie. Bij elk meetinstrument is de methodologische kwaliteit belangrijk, waarbij aspecten worden gemeten zoals validiteit, responsiviteit en inter- en intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid.⁵ In dit artikel wordt de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid onderzocht. Van interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is sprake wanneer de meetresultaten hetzelfde blijven bij variatie in onderzoekers, wanneer uiteraard alle andere elementen van de meetprocedure gelijk of constant blijven. Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is noodzakelijk voor betrouwbare gedragsobservatie.³

Dit artikel is geschreven voor de studenten en docenten van de opleidingen fysiotherapie en oefentherapie Cesar van de Hogeschool Utrecht en voor overige geïnteresseerden die meer willen weten over de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid gemeten bij studenten.

In dit artikel wordt de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid onderzocht van de observatie van een looppatroon. Het looppatroon kan met behulp van verschillende meetinstrumenten geobserveerd worden. Enkele meetinstrumenten die door studenten fysiotherapie en studenten oefentherapie Cesar worden gebruikt voor de observatie van een looppatroon, zijn de Functional Gait Assessment (FGA)⁹, de Functional Ambulation Category (FAC)⁶ en de Dynamic Gait Index (DGI)⁵. De FGA is een verkorte lijst van de DGI en meet het gangpatroon bij mensen met een vestibulaire aandoening. De FAC meet de zelfstandigheid van het lopen en de DGI meet het valrisico en de loopfunctie.

In het onderzoek van Wrisley et al. (2004) werden de inter- en intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid en de interne consistentie van de FGA bij mensen met evenwichtsstoornissen onderzocht, mede geobserveerd door drie studenten fysiotherapie⁹. In dit onderzoek werden intraclass correlatiecoëfficiënten van 0,86 en 0,74 gevonden voor inter- en intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid van de totale FGA scores. Ook in een ander onderzoek werd bij patiënten met evenwichtsstoornissen de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid onderzocht van de observatie van een looppatroon¹⁰. Hierbij werd de DGI gebruikt. Uit dit onderzoek bleek dat de DGI totaalscores, toegediend met behulp van de gegeven instructies, een matige interbeoordelaarsbetrouwbaarheid toonden bij proefpersonen met vestibulaire stoornissen. Uit eerder onderzoek bleek dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de analyse van een op video opgenomen looppatroon slechts licht tot matig betrouwbaar was.

In Nederland wordt over het algemeen de Gang Analyse Lijst Nijmegen (GALN) gebruikt bij het observeren van een looppatroon. Het meetinstrument heeft als doel het observeren van het looppatroon en het inventariseren van afwijkingen in het looppatroon. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is matig tot redelijk voor de ervaren en onervaren beoordelaars en redelijk voor de expert beoordelaars. Verder is er echter weinig wetenschappelijk onderzoek verricht naar de betrouwbaarheid van dit meetinstrument.⁷

Dit onderzoek is klinisch en maatschappelijk relevant, omdat de resultaten in de praktijk (de opleidingen oefentherapie Cesar en fysiotherapie) gebruikt kunnen worden.

Als de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid hoog is, zien de studenten vaak hetzelfde. Wanneer de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid laag is, zien de studenten niet vaak hetzelfde. Dit kan te maken hebben met de al dan niet consequente manier waarop de studenten (leren) observeren.

In de literatuur is nog onbekend of de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van een loopobservatie bij studenten oefentherapie Cesar en studenten fysio-

therapie hoog of laag is. Daarnaast is het onbekend of er een verschil zit tussen de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid bij deze twee groepen studenten. In de literatuur is geen vergelijkbaar onderzoek te vinden, vandaar dat dit probleem wordt onderzocht. Dit onderzoek voegt dus de bovenstaande items toe aan eerdere publicaties over dit onderwerp.

Dit probleem en de relevantie geven aanleiding tot de volgende onderzoeksvraag:

‘Wat is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het observeren van het looppatroon van twee patiënten door studenten oefentherapie Cesar en studenten fysiotherapie?’

Deze vraag wordt beantwoord aan de hand van de volgende deelvragen:

- (1) Is er een verschil in de genoteerde observatie van een looppatroon tussen studenten oefentherapie Cesar onderling (interbeoordelaarsbetrouwbaarheid)?
- (2) Is er een verschil in de genoteerde observatie van een looppatroon tussen studenten fysiotherapie onderling (interbeoordelaarsbetrouwbaarheid)?
- (3) Wat is het verschil in interbeoordelaarsbetrouwbaarheid tussen studenten oefentherapie Cesar en studenten fysiotherapie?
- (4) Is er een verschil tussen de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de bovenste en onderste extremiteit?

Er wordt verwacht dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid bij studenten oefentherapie Cesar en bij studenten fysiotherapie hoog is. Bovendien wordt verwacht dat er een verschil zal zijn tussen de twee waarden (van studenten oefentherapie Cesar en studenten fysiotherapie) van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Ook wordt er verwacht dat er een verschil zal zijn tussen de bovenste en onderste extremiteit. De GALN heeft namelijk meer indicatoren voor de onderste extremiteit, waardoor daar gemakkelijker verschillen in waarneming ontstaan, leidend tot een lagere interbeoordelaarsbetrouwbaarheid voor de onderste extremiteit.

Methode

Procedure

De onderzoeksmethode is een transversaal vergelijkend kwantitatief onderzoek.

De onderzoekspopulatie zal bestaan uit derde- en vierdejaars studenten (proefpersonen) van de opleidingen oefentherapie Cesar en fysiotherapie. Drie weken voor het onderzoek wordt de studenten via een e-mail gevraagd om aan het onderzoek mee te doen. Twee weken voor het onderzoek wordt er per e-mail een herinnering gestuurd. Tevens worden er op de onderzoeksdagen zelf nog studenten gevraagd op de faculteit Gezondheidszorg van de Hogeschool Utrecht om aan het onderzoek mee te doen.

De proefpersonen observeren het looppatroon van twee patiënten die geselecteerd zijn uit het onderzoeksteam aan de hand van het looppatroon. Bij de selectie is gelet op verschillende loopstijlen, houdingen en bewegingen. De patiënten zijn gezond en hebben geen pathologie. Ze werken vrijwillig aan het onderzoek mee en het zijn studenten oefentherapie Cesar

van de Hogeschool Utrecht. Het zijn twee vrouwen van gemiddeld 20 jaar. De proefpersonen ontvangen het meetinstrument één week voor het onderzoek per e-mail; hen wordt gevraagd dit door te nemen. Het protocol van het onderzoek en het meetinstrument (GALN) worden voorafgaand aan het onderzoek mondeling doorgenomen. Tijdens het onderzoek worden de proefpersonen willekeurig ingedeeld. Er wordt niet gesproken, zodat de proefpersonen elkaar niet kunnen beïnvloeden. De proefpersonen moeten vooraf een informed consent formulier tekenen. De inclusiecriteria voor de proefpersonen zijn dat ze het looppatroon kunnen observeren aan de hand van de GALN en dat het derde- of vierdejaars studenten van de HU-opleidingen oefentherapie Cesar of fysiotherapie zijn. De exclusiecriteria zijn een onvoldoende resultaat voor juniorstage en een lichamelijke beperking, waardoor men niet in staat is om zich rond de patiënt te bewegen.

Het onderzoek vindt plaats in een lokaal van de Hogeschool Utrecht, faculteit Gezondheidszorg, omdat deze locatie centraal gelegen is voor de patiënten en proefpersonen. Het lokaal is een grote ruimte met een effen ondergrond, zodat de patiënten een afstand van tien meter kunnen lopen. Hierdoor kan het looppatroon vloeiend worden uitgevoerd. Daarnaast hebben de proefpersonen op deze manier veel tijd om het looppatroon vanuit één kant te observeren.

De patiënten krijgen uitleg over hoe zij moeten lopen; dit wordt met hen geoefend. Voorafgaand aan het onderzoek lopen de patiënten warm. Tijdens het onderzoek loopt één patiënt in praktijkkleding van stoel naar stoel een afstand van ongeveer tien meter. Vooraf wordt er aan de proefpersonen uitleg gegeven over de GALN en is er gelegenheid voor vragen. De proefpersonen vullen de GALN in terwijl de patiënt loopt; de proefpersonen mogen hierbij rondlopen. De patiënt loopt net zo lang tot alle proefpersonen klaar zijn met het invullen. Vervolgens haalt één van de onderzoekers de resultaten op en voert de gegevens in op de computer. Hierna begint patiënt twee met lopen. De procedure blijft hetzelfde, ook voor de volgende groepen. De tijd die de proefpersonen hebben om de patiënten te observeren, wordt gemeten met een stopwatch, zodat iedereen dezelfde hoeveelheid tijd krijgt. De proefpersoon moet zelf bepalen wanneer zijn observatie kan worden afgesloten. Er zit echter wel een maximale tijd aan vast, namelijk 30 minuten.

Meetinstrument

Het meetinstrument dat gebruikt wordt tijdens het onderzoek is de Ganganalyselijst Nijmegen (GALN). De oorspronkelijke titel van dit meetinstrument is The Nijmegen Gait Analysis Scale. De GALN is een meetinstrument dat in het Universitair Medisch Centrum St Radboud Nijmegen wordt gebruikt voor de analyse van het gaan bij patiënten met een aandoening van de onderste extremiteit. De lijst bevat dertien items. Elk item bevat een onderdeel van het gangpatroon, waarbij de verschillende lichaamsdelen, zoals romp, bekken, heup, knie en enkel beoordeeld worden. Per item wordt een oordeel in de vorm van ‘ja’ of ‘nee’ gegeven over zowel de rechter als de linker bewegingsuitvoering. De beoordeling van de bewegingsuitvoering wordt zowel in de standfase als in de zwaai fase gegeven.

Dit onderzoek is klinisch en maatschappelijk relevant, omdat de resultaten in de praktijk (de opleidingen oefentherapie Cesar en fysiotherapie) gebruikt kunnen worden

Inleiding

Oefentherapie Cesar en fysiotherapie zijn verwante studies met betrekking tot bewegen. In beide studies komt het observeren uitgebreid aan de orde. Maar zien studenten wel hetzelfde in de tijd dat ze de basis leren om een beroepsprofessional te worden?

Doel van de studie

De vraagstelling van het onderzoek is als volgt: Wat is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het observeren van het looppatroon van twee patiënten door studenten oefentherapie Cesar en studenten fysiotherapie?

Methode

Vijfentwintig studenten van de opleidingen oefentherapie Cesar en fysiotherapie hebben aan de hand van de Nijmeegse Ganganalyse (GALN) het looppatroon van twee patiënten geobserveerd. De patiënten hadden geen pathologie. Het onderzoek vond plaats aan de Hogeschool Utrecht, faculteit Gezondheidszorg.

Resultaten

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is berekend met de ICC. De totale ICC van de observatie is 0,688. De ICC van de studenten oefentherapie Cesar is 0,624 en de ICC van de studenten fysiotherapie is 0,551. De ICC van de onderste extremiteit is 0,723 van beide groepen studenten samen. Van de studenten oefentherapie Cesar is de ICC van de onderste extremiteit 0,604; bij de studenten fysiotherapie is deze 0,589. Bij de bovenste extremiteit is de ICC van beide groepen studenten 0,458. De ICC van de bovenste extremiteit bij studenten oefentherapie Cesar is 0,654; bij studenten fysiotherapie is deze 0,570.

Conclusie

De totale interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is goed. De studenten van de opleiding oefentherapie Cesar scoren een hogere ICC dan de studenten van de opleiding fysiotherapie. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de studenten oefentherapie Cesar is goed; die van de studenten fysiotherapie is redelijk. Dit geldt voor zowel de onderste als de bovenste extremiteit.

Loopobservatie betrouwbaar?



weergeeft, de verschillende proefpersonen tegelijkertijd kan vergelijken en een indruk geeft van de variatie tussen de proefpersonen. In dit onderzoek geeft de ICC inzicht in de vraag of de observatie van studenten generaliseerbaar en betrouwbaar is. Het model dat wordt gebruikt voor de berekening van de ICC is de Two Ray Random. In dit model komt de overeenstemming tussen de herhaalde metingen naar voren, dus de overeenstemming tussen de metingen via de GALN door de verschillende proefpersonen bij twee patiënten.⁸

Resultaten

Aan het onderzoek deden in totaal 25 studenten mee, waarvan 14 studenten oefentherapie Cesar en 11 studenten fysiotherapie. Het waren allemaal derdejaars studenten en zowel mannen als vrouwen in de leeftijd van 18 tot 25 jaar.

De resultaten zijn berekend met de ICC. Wanneer een ICC 0,2 of lager is, is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid slecht; bij 0,2 - <0,4 is deze matig; bij 0,4 - <0,6 is deze redelijk; bij 0,6 - <0,8 is deze goed; bij 0,8 tot <1 is deze erg goed.

De totale interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de observaties is 0,688. Dit is een goede score. De ICC van de studenten oefentherapie Cesar is 0,624; dit houdt in dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid goed is. De ICC van de studenten fysiotherapie is 0,551; dit houdt in dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid redelijk is. Wanneer deze ICC's met elkaar vergeleken worden, blijkt dat de ICC van de studenten oefentherapie Cesar (0,624) hoger is dan de ICC van de studenten fysiotherapie (0,551). De ICC van de onderste extremiteit is 0,723 van beide groepen studenten samen. Van alleen de studenten oefentherapie Cesar is de ICC 0,604. Van de studenten fysiotherapie is deze lager, namelijk 0,589. Bij de bovenste extremiteit is de ICC van beide groepen studenten 0,458. Ook hier blijkt weer dat de studenten fysiotherapie een lagere interbeoordelaarsbetrouwbaarheid hebben (ICC = 0,570) dan de studenten oefentherapie Cesar (ICC = 0,654). Alle ICC-waarden zijn opgenomen in tabel 1.

Discussie

Uit dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat de totale interbeoordelaarsbetrouwbaarheid goed is. Wanneer er gekeken wordt naar het verschil tussen de studenten oefentherapie Cesar en de studenten fysiotherapie, blijkt dat de studenten van de opleiding oefentherapie Cesar een hogere ICC hebben dan de studenten van de opleiding fysiotherapie. Hierbij is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van studenten oefentherapie Cesar goed en die van de studenten fysiotherapie redelijk. Dit geldt zowel voor de bovenste als de onderste extremiteit.

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van een loopobservatieonderzoek door derdejaars studenten oefentherapie Cesar en studenten fysiotherapie goed is. In het observatieonderzoek is gebruik gemaakt van het meetinstrument GALN. In de analyse is onderscheid gemaakt tussen de observatie van studenten oefentherapie Cesar en van studenten fysiotherapie. De ICC-waarden in dit onderzoek verschillen ten opzichte van de in de literatuur gevonden waarden. In de literatuur zijn namelijk ICC-waarden gevonden van 0,40 en 0,43 voor ervaren en onervaren beoordelaars

en een ICC van 0,54 voor expert beoordelaars⁷. In onderhavige studie is de ICC-waarde gemeten onder alle studentobservatoren 0,688. De ICC-waarden uit dit onderzoek zijn dus hoger dan de ICC-waarden die worden gegeven door het Universitair Medisch Centrum St. Radboud. Het verschil in de ICC-waarden kan aan een aantal factoren toe te schrijven zijn.

Een van die factoren betreft de onderzoekspopulatie. In dit onderzoek zijn de observatoren studenten van de opleidingen oefentherapie Cesar en fysiotherapie, en geen ervaren of expert beoordelaars. Daarnaast is het aantal patiënten in dit onderzoek vergeleken met het aantal patiënten in een ander onderzoek aan de lage kant. De ICC van het vergelijkend onderzoek is lager dan in dit onderzoek, wat kan komen doordat de studenten uit dit onderzoek maar twee patiënten hoefden te observeren zonder pathologie. Afwijkingen in de loopgang zijn hierdoor moeilijker te observeren en te definiëren. Om afwijkingen juist beter te kunnen beoordelen is er bij de GALN een normwaardenlijst toegevoegd. Hiervan is door de studenten echter weinig tot geen gebruik gemaakt.

Een bijkomende factor is dat het observeren van het looppatroon een vaardigheid is die door veel studenten als 'moeilijk' wordt bestempeld. Studenten van beide opleidingen hebben niet of nauwelijks vaardigheid in het invullen van dit meetinstrument. Uit onderzoek en uit de praktijk blijkt dat naarmate de vaardigheid voor het invullen van dit meetinstrument verbetert, de betrouwbaarheid van de meting stijgt⁷. In vergelijkbaar onderzoek is de ICC onderzocht van een op video vastgelegde ganganalyse². Deze ICC is lager dan in dit onderzoek, wat waarschijnlijk komt doordat er bij dit onderzoek de nadruk is gelegd op de realiteit bij het observeren, door de patiënten 'live' voor de proefpersonen te laten lopen.

Daarnaast is er in dit onderzoek geen objectieve standaard voor het meten van de validiteit van de observatie. Er is dus geen garantie dat de studenten hebben geobserveerd wat ze voor dit onderzoek moesten observeren. Het verkrijgen van inzicht in het observatiegedrag is hiermee moeilijk vast te leggen, wat maakt dat de ingevulde gegevens minder betrouwbaar en valide zijn. Ook omdat eigenlijk de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het meetinstrument wordt gemeten en niet van het observatiegedrag, is de ICC uit dit onderzoek minder betrouwbaar. Tijdens de analyse in SPSS is tevens geconstateerd dat niet iedere observant het meetinstrument volledig had ingevuld. Dit kan komen doordat de observant iets niet wist of omdat hij het is vergeten in te vullen. Het computerprogramma SPSS heeft deze observatoren uitgesloten van de berekening van de uiteindelijke resultaten. Uit de resultaten blijkt dat de studenten fysiotherapie een hogere ICC scoorden op de observatie van de onderste extremiteit dan op de observatie van de bovenste extremiteit. Reden hiervoor zou kunnen zijn dat zij zich tijdens het observeren van het looppatroon meer richten op afwijkingen in de onderste extremiteit, omdat dit de lichaamsdelen zijn waarmee men loopt en ze daar vanuit de opleiding meer scholing over krijgen¹. Daarentegen scoren de studenten van oefentherapie Cesar hoger op de bovenste extremiteit. Het is dan verwonderlijk dat de twee opleidingen

die veel overeenkomsten vertonen qua leerstof zich toch verschillend uiten in de praktijk. Wat tevens bepalend kan zijn geweest voor de resultaten van dit onderzoek is het tijdstip waarop het onderzoek is uitgevoerd. Er is in de ochtend en middag onderzocht. De observanten die in de middag aan de beurt waren, zouden vermoeider en minder geconcentreerd kunnen zijn dan de observanten die in de ochtend aan de beurt waren, omdat de dag al verder gevorderd was. Concentratieproblemen kunnen het resultaat van de metingen hebben beïnvloed. Daarnaast is motivatie ook een belangrijk aspect dat heeft gemaakt of de studenten het meetinstrument serieus hebben ingevuld. Motivatie is echter niet meetbaar. Tevens kan het looppatroon van de patiënten van invloed zijn geweest op het eindresultaat van het meetinstrument. Een kleine verandering in het looppatroon kan tot gevolg hebben dat het meetinstrument anders wordt ingevuld door de observant. Aangezien het onderzoek op verschillende tijdstippen heeft plaatsgevonden, is er geen garantie dat de patiënten bij elk onderzoek op dezelfde manier hebben gelopen. Het looppatroon wordt daarbij ook beïnvloed door hoe de patiënt zich op dat moment voelt.

Voor een meer betrouwbaar onderzoek zouden de proefpersonen een volledige instructie moeten krijgen voor aanvang van het onderzoek. De betrouwbaarheid van het onderzoek wordt ook groter als er gebruik wordt gemaakt van een grotere groep patiënten om te observeren en meer proefpersonen om de patiënten te observeren. Het laatste discussiepunt is dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is gemeten bij patiënten zonder pathologie. De GALN is oorspronkelijk bedoeld voor patiënten met pathologie. Wanneer er was gekozen voor echte patiënten zou de GALN beter tot zijn recht komen, waardoor de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid hoger zou kunnen zijn. Dit onderzoek is voornamelijk klinisch relevant voor de opleidingen oefentherapie Cesar en fysiotherapie. Om de kwaliteit van de opleidingen te blijven waarborgen is het van belang om de resultaten van het onderzoek nader te bekijken en te analyseren waar de verschillen vandaan komen. Ligt de grootste variatie bij de studenten of komt de variatie vanuit de docenten die hun studenten leren observeren? Wanneer dit bekend is, zullen er maatregelen getroffen moeten worden om in eerste instantie binnen de opleiding meer eenduidigheid te creëren. Later kan er ook voor gekozen worden om tussen de twee opleidingen naar meer overeenstemming te streven. ●

Ligt de grootste variatie bij de studenten of komt de variatie vanuit de docenten die hun studenten leren observeren?

Literatuurlijst

- 1 Brunnekreeft JJ, v Uden CJT, v Moorsel S, Kooloos JGM. (2005). Reliability of videotaped observational gait analysis in patients with orthopedic impairments. BMC Musculoskeletal Disorders, 6(17).
- 2 Eastlack ME, Arvidson J, Snyder-Mackler L, Danoff JV, McGarvey CL. (1991). Interrater Reliability of Videotaped Observational Gait-Analysis Assessments. Physical Therapy, 71(6), 465-472.
- 3 Evers GCM. (1998). Meten van zelfzorg: verpleegkundige instrumenten voor onderzoek en klinische praktijk. Assen: Van Gorcum & Comp.
- 4 Kostelijk A, v d Starre T, Morsch S. (2007). Onderbouwingsdocument.
- 5 Meetinstrumenten in de zorg. (z.d.). Meetinstrumenten in de zorg.
- 6 Regelink I. (2007). Leren lopen na een CVA.
- 7 Richtlijn chronisch enkelletsel. (z.d.). Richtlijn chronisch enkelletsel.
- 8 Statistiek. (z.d.). Intraclass correlatie coefficient.
- 9 Wrisley DM, Marchetti GF, Kuharsky DK, Whitney SL. (2004). Reliability, Internal Consistency, and Validity of Data Obtained With the Functional Gait Assessment. Physical therapy, 84(10), 906-918.
- 10 Wrisley DM, Walker ML, Echternach JL, Strasnick B. (2003). Reliability of the Dynamic Gait Index in People With Vestibular Disorders. Arch Phys Med Rehabil, 84, 1528-1533.

Bij oefentherapie en osteoporose

geven balansoefeningen zekerheid

De oefentherapeut te gast op de landelijke ledendag van de Osteoporosevereniging

Het programma had als belangrijk onderdeel de presentatie van de (toen nog in concept) multidisciplinaire richtlijn 'Osteoporose en fractuurpreventie' die o.l.v. het CBO is geschreven (op 19 mei jl. is de richtlijn officieel gepresenteerd).

De rest van de dag stond in het teken van direct contact tussen de osteoporosepatiënt en de zorgaanbieders. Ook de oefentherapeuten waren uitgenodigd.

Op verzoek van de VvOCM was ik aanwezig en verzorgde ik een doorlopende workshop en verstrekte ik informatie. De 'beweeghoek' werd goed bezocht. Zittend in een kring werd er met dynabands geoefend en er werd aandachtig geluisterd hoe belangrijk een goede houding is, zowel actief als met steun in de rug. Ook het belang van sterke beenspieren

om struikelen en vallen te voorkomen werd met onze eenvoudige 'voet- en beenoefeningen' duidelijk gemaakt. Het oefenen met de dynaband is veilig en liet de mensen ervaren dat er spieren rond de wervelkolom zijn die een stevig gevoel geven en daarmee zekerheid en vertrouwen.

De reacties op de workshop waren positief. Opvallend was dat, ondanks dat veel mensen trainen bij fysio fitness, zij nooit eerder zo goed geïnstrueerd waren hoe de balans te bewaren door goed te zitten, goed op te

staan en stevig te staan met losse knieën en dat de oefeningen eenvoudig wat meer tussen de dagelijkse bezigheden door gedaan kunnen worden.

Als de osteoporosepatiënt de balansoefeningen individueel of in een groep traint onder leiding van de oefentherapeut en beheerst, en ze dan ook in de dagelijkse ADL bewegingen heeft weten te integreren, zal het valrisico beduidend lager liggen. ●

Vallen Verleden Tijd

voor mensen met osteoporose;
een multidisciplinair oefenprogramma

Auteurs: C. Bernts, E. Smulders

C. Bernts, fysiotherapeut
Ambulant Reumacentrum,
Sint Maartenskliniek, Ubbergen
bij Nijmegen

Dr. E. Smulders, bewegings-
wetenschapper/fysiotherapeut,
afdeling revalidatie, UMC
Sint Radboud, Nijmegen

Vallen is een groot probleem met verstrekkende gevolgen. Mensen met osteoporose lopen een extra groot risico op botbreuken bij valpartijen door hun verminderde botdichtheid.

Verskillende valpreventieprogramma's zijn effectief gebleken, maar vaak worden osteoporosepatiënten uitgesloten vanwege veiligheidsoverwegingen of er is tot nu toe geen specifieke aandacht voor geweest.

Naar aanleiding van het valpreventieprogramma 'Vallen Verleden Tijd' is in de Sint Maartenskliniek in Nijmegen een multidisciplinair valpreventieprogramma ontwikkeld, speciaal voor mensen met osteoporose.

Het programma is effectief gebleken. Er worden 39% minder valincidenten gemeld en de deelnemers hebben meer vertrouwen in hun balans.

Valpreventie is nodig, dat blijkt wel uit het feit dat ongeveer 35% van de ouderen boven de 65 jaar minstens eenmaal per jaar valt^[1]. Dit leidt in ongeveer 5% van de gevallen tot een fractuur^[2]. Naast fysieke gevolgen leiden valpartijen ook tot psychosociale problemen zoals valangst en verminderde zelfredzaamheid.

In de Sint Maartenskliniek te Nijmegen is een valpreventieprogramma ontwikkeld voor thuiswonende ouderen: 'Vallen Verleden Tijd'. De effectiviteit van dit programma is onderzocht met als belangrijkste resultaat 46% reductie van het aantal valincidenten^[3]. Bij deze studie werden, vanwege veiligheidsredenen, osteoporosepatiënten uitgesloten. Echter, osteoporosepatiënten hebben meer kans op een fractuur als gevolg van hun lage botdichtheid en om die reden is het juist zinvol om een valpreventie programma aan te bieden aan deze patiëntencategorie. Daarom is besloten om het bestaande 'Vallen Verleden Tijd' programma aan te passen voor mensen met osteoporose. In dit artikel worden eerst de onderdelen van het originele 'Vallen Verleden Tijd' programma beschreven en hoe dit programma is aangepast om het veilig te maken voor osteoporosepatiënten. Daarnaast zijn door een samenwerking tussen fysiotherapeuten, ergotherapeuten, de onderzoeksafdeling en een reumatoloog van de Sint Maartens-kliniek, na studie, nieuwe onderdelen aan het programma toegevoegd om het programma nog meer geschikt te maken voor mensen met osteoporose. Tenslotte, wordt beschreven hoe dit valpreventie-programma voor mensen met osteoporose is onderzocht op effectiviteit.

Het originele 'Vallen Verleden Tijd' programma^[4] Hindernisbaan

Een van de onderdelen van het originele 'Vallen Verleden Tijd' programma is de hindernisbaan. De hindernisbaan bestaat uit nagebootste ADL-situaties (algemene dagelijkse levensverrichtingen) die een zeker valrisico in zich dragen. Gang, balans en coördinatie worden getraind door bijvoorbeeld over een ongelijk trottoir te lopen, het op- en aflopen van een helling of te bukken onder een waslijn. Gedurende de lessen wordt de moeilijkheidsgraad opgebouwd door toevoeging van motorische- of cognitieve dubbeltaken. Een voorbeeld van een motorische dubbeltaak is dat de deelnemers de hindernisbaan lopen terwijl zij een boodschap-

pentas en paraplu met zich meedragen. Cognitieve dubbeltaken worden onder andere geoefend doordat men over de hindernisbaan loopt terwijl men moet luisteren naar een muziekstuk waaraan verschillende geluiden zijn toegevoegd. Na afloop wordt de deelnemers gevraagd te vertellen hoeveel keer een bepaald geluid heeft geklonken.

Om te evalueren of de deelnemers op dit onderdeel vooruit zijn gegaan wordt tijdens de eerste bijeenkomst het aantal fouten, wankelingen en de tijd van het doorlopen van de hindernisbaan genoteerd. Tijdens de laatste bijeenkomst wordt hetzelfde gedaan. Uit de ervaring van de therapeuten blijkt dat nagenoeg alle deelnemers het parcours beter afleggen en minder fouten en wankelingen laten zien.

Er wordt geoefend onder veilige omstandigheden met voldoende begeleiding van ervaren therapeuten.

Spelvormen

Een ander onderdeel van het originele valpreventieprogramma zijn de spelvormen. De doelstellingen van de spelvormen zijn bewegen in drukte, eigen bewegingen afstemmen op de bewegingen van anderen en anticiperen en timen tijdens de oefening.

Een voorbeeld van deze spelvormen is het groepsgewijs, maar individueel stuiten met een bal op de grond in een steeds kleiner wordende ruimte om een drukke winkelstraat na te bootsen waarbij rekening met elkaar gehouden moet worden.

Een ander voorbeeld is het in tweetallen in een rij over stuiten van een bal waardoor een soort ballentunnel ontstaat. Een ander tweetal moet dan door deze ballentunnel lopen, zonder geraakt te worden. Op deze manier wordt het veilig oversteken in druk verkeer nagebootst.

Valtechnieken

Het derde onderdeel van het oorspronkelijke 'Vallen Verleden tijd' programma is het leren van de juiste valtechnieken, zodat deelnemers veilig leren vallen, wanneer ze toch nog uit balans raken. De valtechnieken zijn ontleend aan Oosterse vechtsporten. De essentie van de technieken is het leren rollen en bescherming van het hoofd door de kin in te trekken. Eerdere studies hebben aangetoond dat door het toepassen van deze valtechnieken de kracht die bij een val vrijkomt op de heup significant





Het doel van het valpreventieprogramma is om te leren door te ervaren, waarbij nabespreking van de verschillende oefeningen erg belangrijk is. De therapie is vooral gericht op bewustwording. De onderdelen hebben een nauwe relatie met de ADL waardoor de deelnemers de oefeningen direct en blijvend, ook na het programma, toe kunnen passen.

afneemt^[5]. Omdat men zich rond maakt kan men beter een rollende beweging maken, waardoor de krachten over een groter oppervlak verdeeld worden. Tijdens het programma worden de oefeningen opgebouwd in valhoogte en valsnelheid. Het vallen wordt getraind in 3 richtingen: achterwaarts, zijwaarts en voorwaarts.

Aanpassing aan het programma

Om het originele 'Vallen Verleden Tijd' programma geschikt te maken voor mensen met osteoporose moest eerst gekeken worden of met name de valtechnieken veilig waren voor deze doelgroep. Om dit te onderzoeken zijn impactmetingen van de heup verricht van alle val oefeningen op een krachtenplatform bedekt met een valmat. Hierbij is gekeken hoeveel kracht er op de heup kwam bij de verschillende val oefeningen. Naar aanleiding van dit onderzoek zijn een aantal val oefeningen aangepast.^[6] Verder zijn de deelnemers voor extra bescherming verplicht om heupbeschermers te dragen tijdens de val training.

Toevoegingen aan het programma^[7]

Om het programma meer geschikt te maken voor mensen met osteoporose heeft een multidisciplinair team enkele onderdelen aan het programma toegevoegd. Deze toevoegingen zijn tot stand gekomen op basis van literatuurstudie, de KNGF-richtlijn Osteoporose en de cursus 'Functionele Looptraining' die in het UMC St. Radboud gedoceerd wordt. De toegevoegde onderdelen zijn: voorlichting, het herkennen van valgevaarlijke situaties in en om de woonomgeving, functionele looptraining en botbelastende oefeningen.

Voorlichting

Tijdens de eerste bijeenkomst vindt voorlichting plaats over wat de aard van osteoporose inhoudt, het belang van de medicatie en het belang van valpreventie: het voorkomen van valincidenten, dus het voorkomen van fracturen. Tevens wordt verteld wat het valpreventieprogramma inhoudt.

Het herkennen van valgevaarlijke situaties^[8]

Het herkennen van valgevaarlijke situaties in en om de woonomgeving is een onderdeel wat gegeven wordt door ergotherapeuten. Per woonge-

deelte worden valgevaarlijke situaties nagebootst die benoemd moeten worden, zoals een los kleedje in de badkamer, losse snoeren in de huiskamer of tassen die achteloos zijn weggezet in de gang. Wat betreft buitenshuis geven we voorbeelden van dergelijke situaties als natte, gevallen bladeren, grind, losse tegels et cetera.

Het doel is om de deelnemers bewust te laten worden van het feit dat er veel aspecten in en om het huis voorkomen die valgevaarlijk zijn en dat ze deze situaties leren herkennen en gezamenlijk oplossingen bedenken om deze valgevaarlijke situaties te voorkomen.

Functionele looptraining

Functionele looptraining is een vorm van loopcorrectie waarbij het hoofddoel is om een statisch, bewegingsarm looppatroon te veranderen in een meer dynamisch looppatroon. Het idee is dat op die manier balansverstoringen beter opgevangen kunnen worden. Functionele looptraining wordt tijdens het valpreventieprogramma in groepsverband gegeven maar heeft als enig onderdeel ook een individueel karakter.

Bij aanvang wordt door alle deelnemers een individueel doel bepaald. Ook wordt tijdens de eerste bijeenkomst een video-opname gemaakt en een ganganalyse^[9,10] afgenomen. Wat opvalt is dat veel osteoporosepatiënten een stereotype houding hebben tijdens het gaan: ze lopen in meer of mindere mate in kyfotische houding, laten weinig romprotatie zien, de knieën en heupen worden in lichte flexie gehouden en de knieën worden niet volledig geëxtendeerd voordat de hielen de grond raken.

Deze typische afwijkingen worden tijdens het lopen gecorrigeerd en aangevuld met zogenaamde deelpatronen. Hierbij wordt een onderdeel van het gaan uit de loopcyclus gelicht en herhaald geoefend, waarna het weer ingepast wordt in het looppatroon.

Een hulpmiddel is een eenvoudig loopschema waarmee de deelnemers zelf thuis de loopafstand per dag bij kunnen houden en de vorderingen besproken kunnen worden met de behandelaar. Het doel hiervan is structuur aan te brengen in de mate van training. Voorts is zo de pijn die bijna altijd optreedt als reactie op het veranderde looppatroon, beter te begeleiden. Het resultaat van de laatste bijeenkomst wordt gefilmd en vergeleken met de opnamen van de eerste keer. Het vooraf bepaalde doel wordt geëvalueerd. In vergelijking met de eerste keer nemen de therapeuten met name een dynamischer, zekerder looppatroon waar en verminderde kyfotische houding.

Daarnaast geven de deelnemers zelf aan verschil te merken en zijn ze enthousiast over hun vernieuwde manier van lopen, dat eigenlijk hun voormalige, normale looppatroon is.

Botbelastende oefeningen

Ondanks het feit dat medicatie de allerbelangrijkste bron van vermindering van botafbraak is blijkt uit de literatuur dat botbelastende oefeningen hier ook aan bij kunnen dragen. De volgende aspecten zijn hiervoor van belang: voldoende piekbelasting tijdens het oefenen, druk en trek van de spieren ten aanzien van de botstructuren en de zwaartekracht die ingeschakeld dient te worden.^[11,12]

Gekozen is om zodanig botbelastende oefeningen te geven dat ze inpasbaar zijn in het dagelijks leven en in principe de hele dag door geoefend

kunnen worden. Voorbeelden hiervan zijn: traplopen, het aanzetten voor het stevig gaan doorlopen, opstaan uit een stoel waarbij dit op een dynamische wijze moet gebeuren, zowel zonder (voor quadriceps-training) als mét afzetten van de handen (voor belasten polsen). Verder wordt aangeleerd om op de juiste manier te bukken, namelijk volgens de gewichtheffersmethode (squathouding) en oefenen met het reiken naar hoge kastjes met als doel de rugextensie te bevorderen.

Door regelmatig gedurende de dag dit soort verschillende korte, abrupte bewegingen te maken blijkt het bot geprikkeld te worden.^[11,12]

Evaluatie 'Vallen Verleden Tijd voor mensen met osteoporose'

Het uiteindelijke programma 'Vallen Verleden Tijd voor mensen met osteoporose'^[7] bestaat dus uit de hindernisbaan, de spelvormen en de aangepaste val training vanuit het originele 'Vallen Verleden Tijd' programma, aangevuld met voorlichting, het herkennen van valgevaarlijke situaties, functionele looptraining en botbelastende oefeningen. De deelnemers trainen in groepen van ongeveer 8 personen onder begeleiding van ervaren fysio- en ergotherapeuten. Gedurende 5,5 weken zijn er 11 bijeenkomsten. Het programma vereist een actieve rol van de deelnemers.

Om de effectiviteit van het programma vast te stellen is een randomized controlled trial (RCT) uitgevoerd.^[13] Hiervoor zijn 96 mensen met osteoporose, van 65 jaar en ouder, at random verdeeld over een oefengroep en een controlegroep. De oefengroep onderging het programma, terwijl de controlegroep geen training had. De belangrijkste uitkomstmaat van het onderzoek was de valincidentie. De deelnemers dienden een jaar lang, maandelijks, een valkalender ingevuld te retourneren waarop ze vermelden of ze wel/niet gevallen waren en zo ja, wat hun blessures waren die ze daarbij hadden opgelopen. Daarnaast werden vragenlijsten over het activiteitsniveau, de kwaliteit van leven en het vertrouwen in de balans afgenomen (Activity-specific Balance Confidence scale (ABC), LASA Physical Activity Questionnaire (LAPAQ) en Quality of Life Questionnaire (Qualeffo-41)). De aanwezigheid van de deelnemers was met 92% groot; meer dan de helft heeft geen les gemist. Er werden bovendien geen negatieve effecten van de training gerapporteerd.

De studie liet een significant verminderde valincidentie zien van 39% in de oefengroep ten opzichte van de controlegroep. Bovendien had de oefengroep meer vertrouwen in hun balans, gemeten met de ABC vragenlijst. Wat betreft activiteiten niveau en kwaliteit van leven waren de groepen niet verschillend, maar in beide groepen was deze al hoog bij aanvang van de studie.

De evaluatie door de deelnemers toonde aan dat ze het programma soms wat intensief vonden maar vooral leerzaam en leuk. Verder gaven ze aan dat hun looppatroon was verbeterd en ze het gevoel hadden minder risico te lopen om te vallen en bovendien minder val angst hadden.

Conclusie

Gezien de resultaten van het Vallen Verleden Tijd programma voor mensen met osteoporose kunnen we concluderen dat dit een effectief programma is om valincidenten te voorkomen en vertrouwen in balans te doen toenemen. We kunnen zeggen dat deze manier van oefenen met deze categorie patiënten een waardevol middel is om de mobiliteit en onafhankelijkheid te stimuleren. ●

Correspondentie

C. Bernts, Ambulant Reumacentrum, Sint Maartenskliniek, postbus 9011, 6500 GM Nijmegen, tel. 024-3659938, fax: 024-3659665, e-mail: c.bernts@maartenskliniek.nl

Het doel van het valpreventieprogramma is om te leren door te ervaren, waarbij nabespreking van de verschillende oefeningen erg belangrijk is

Referenties:

- Tinetti ME, Doucette J, Claus E, Marottoli R. Risk factors for serious injury during falls by older persons in the community. J Am Geriatr Soc 1995; 43: 1214-1221
- Stel VS, Smit JH, Pluijm SM, Lips P. Consequences of falling in older men and women and risk factors for health service use and functional decline. Age Ageing 2004;33:58-65
- Weerdesteyn V, H. Rijken, A. Geurts, B. Smits-Engelsman, et al: A five-week Exercise Program can reduce falls and improve obstacle avoidance in the elderly. Gerontology, 2006; 131-141
- H.A.F.M. Rijken, V. Weerdesteyn, W.E.H. Hellebrand, B.C.M. Engelsman, J. Duysens. Valpreventietraining voor ouderen, een aanpak op meerdere fronten. In: cursusmap 'Valpreventie en Valtraining', Nederlands Paramedisch Instituut, 2003
- Weerdesteyn V, Groen B et al; Martial arts fall techniques reduce hip impact forces in naive subjects after a brief period of training. Journal of Electromyography and Kinesiology 2007; 1-8
- Groen BE, Smulders E, van Lankveld W, Duysens J, Weerdesteyn V. Is martial arts fall training safe for persons with osteoporosis? BMC Res Notes 2010;22(3):111
- Smulders E, Bernts C, Font Freide M, de Jong N, de Ruitter R, Eijsbouts A, van Lankveld W. De ontwikkeling van een multidisciplinair valpreventieprogramma voor mensen met osteoporose, Nederlands Tijdschrift voor Reumatologie 2007;10 (2): 26-32
- Stichting Ergonomie en Preventie Preventieve Bedrijfszorg
- -Verkorte GALN (Ganganalyselijst): UMC St Radboud Nijmegen.
- -'Joint Motion', Method of measuring and recording. American Academy of Orthopedic Surgeons. 1966: Normwaarde gangpatroon. : KNGF Richtlijn Enkelletsel, 2006; 23-24
- Inman V.T. Ralston H.J. Todd F. 'Human Walking' Baltimore USA
- KNGF-Richtlijn Osteoporose, 2001 en 2005
- Hamilton C, Bernis-Dougherty A: Effect of weighted exercises on bone mineral density in post menopausal woman. A systematic review. Journal of Geriatric Physical Therapy, 2007;79-87
- Smulders E, Weerdesteyn V, Groen BE, Duysens J, Eijsbouts A, Laan R, van Lankveld W. The efficacy of a short multidisciplinary falls prevention program for elderly persons with osteoporosis and a fall history: a randomized controlled trial. Arch Phys Med Rehabil 2010;91:1705-1711



Het herkennen van valgevaarlijke situaties in en om de woonomgeving is een onderdeel wat gegeven wordt door ergotherapeuten

Dit Schotse onderzoek meet de effectiviteit van een 16 weken durende bekkenbodembodem training plus een 'lifestyle' advies bij 47 vrouwen met een prolaps stadium I en II. De controlegroep kreeg alleen op papier een 'lifestyle' advies mee. De ernst van de symptomen en de kwaliteit van leven werden gemeten met per post verstuurd vragenlijsten. Bij de interventiegroep werd een significante verbetering waargenomen t.o.v. de controlegroep. Ondanks de bevestigde effectiviteit van bekkenbodembodemtraining worden sinds 2011 alleen nog de eerste 9 behandelingen voor bekkenfysiotherapie vergoed uit de basisverzekering.

A randomized controlled trial of pelvic floor muscle training for stages I and II pelvic organ prolapse

Suzanne Hagen & Diane Stark & Cathryn Glazener & Lesley Sinclair & Ian Ramsay

Received: 14 May 2008 / Accepted: 2 September 2008

Published online: 20 September 2008

© The International Urogynecological Association 2008

Pelvic organ prolapse is a common female condition characterized by symptomatic descent of the vaginal walls, apex or vault from the normal anatomical position [1]. Women with prolapse present with a variety of symptoms (vaginal, urinary, bowel, back, abdominal and sexual). The condition is debilitating and can greatly affect the sufferer's daily activities and quality of life (QoL).

Current treatment options for prolapse include surgery and conservative management. The latter is often considered if the prolapse is small or the patient is not a good candidate for surgery but can also be used as an adjunct to surgery. Types of conservative intervention include: physical interventions which aim to improve pelvic floor muscle function via pelvic floor muscle training (PFMT); mechanical interventions which aim to manage the prolapse by supporting the pelvic area (e.g. using vaginal pessaries) and lifestyle interventions which seek to avoid exacerbation of the prolapse by decreasing intra-abdominal pressure (e.g. weight loss and avoiding heavy lifting).

Individualised PFMT for women with prolapse is offered by many physiotherapists who specialise in women's health [2]. PFMT would normally involve teaching of pelvic floor exercises, vaginal examination and provision of advice regarding lifestyle changes and may also include the use of biofeedback or neuromuscular electrical stimulation. There is evidence that PFMT is effective in the treatment of urinary incontinence [3]. However, clear evidence of the clinical and cost-effectiveness of PFMT in the management of prolapse is lacking. A Cochrane systematic review [4] found only one sizeable trial which included women with prolapse and evaluated a physical intervention. This was a cluster randomized trial of 654 elderly Thai women which focused only on anterior prolapse and did not use a standardised measure of prolapse but reported significantly less worsening of prolapse in the group receiving pelvic floor exercises and diet/fluid advice [5]. The methodological limitations

Abstract Forty-seven women participated in a pilot study for a multi-centre randomized controlled trial of the effectiveness of pelvic floor muscle training (PFMT) for women with prolapse. Women with symptomatic stage I or II prolapse [measured by Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q)] were randomized to a 16-week physiotherapy intervention (PFMT and lifestyle advice; $n=23$) or a control group receiving a lifestyle advice sheet ($n=24$). Symptom severity and quality of life were measured via postal questionnaires. Blinded POP-Q was performed at baseline and follow-up. Intervention women had significantly greater improvement than controls in prolapse symptoms (mean score decrease 3.5 versus 0.1, $p=0.021$), were significantly more likely to have an improved prolapse stage (45% versus 0%, $p=0.038$) and were significantly more likely to say their prolapse was better (63% versus 24%, $p=0.012$). The data support the feasibility of a substantive trial of PFMT for prolapse. A multi-centre trial is underway.

Keywords Pelvic floor muscle training . Pelvic organ prolapse . Physiotherapy . pilot study . POP-Q



and restricted population in this trial make interpretation of the findings problematic. The review concluded that, although there is some evidence that pelvic floor exercises may help certain types of prolapse, further evidence from randomized controlled trials of the effectiveness of PFMT for the management of prolapse is required.

More recently, Ghroubi et al. [6] reported a trial in 47 women with stage I or II cystocele. Women were randomized to a treatment group ($n=27$) who received PFMT and advice on healthy living or a no-treatment group ($n=20$). Outcomes included clinical examination, the "Measurement of Urinary Handicap" scale, urodynamic tests and patient satisfaction. They reported that immediately post-treatment, five women (19%) in the treatment group still complained of pelvic heaviness compared with 14 (70%) in the no-treatment group ($p<0.001$). Two years after the cessation of treatment, 20 women from the intervention group retained benefits. This paper describes a pilot study for a multi-centre randomized controlled trial of the effectiveness of a PFMT intervention for women with stage I or II pelvic organ prolapse of any type, measured by the Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q) system [7].

Materials and methods

Recruitment

Women attending outpatient gynaecology, urogynaecology and prolapse clinics at two Scottish teaching hospitals, with previously

untreated prolapse of stage I or II (confirmed by their gynaecologist using the POP-Q [7]), were asked to participate in the trial. Ethical approval was granted in the two centres (Southern General Hospital Ethics Committee, paper no. EC/02/S/115, approved 25 September 2002 and Grampian Research Ethics Committee, project no. 02/0243, approved 11 March 2003). For all women, symptoms of prolapse were the main presenting problem. Consenting women were randomized by a remote telephone randomization system to receive individualised PFMT and lifestyle advice or a lifestyle advice leaflet. Trial centre and number of births (none versus one or more) were applied as minimisation criteria.

Intervention group

The standardised intervention given to women in the PFMT group consisted of five appointments with a specialist women's health physiotherapist over a 16-week period (appointments at weeks 0, 2, 6, 11 and 16). At the first appointment, a standardised history was taken, and both a subjective prolapse assessment and internal pelvic floor muscle assessment (using the Power Endurance Repetitions Fast Every Contraction Timed (PERFECT) scheme, including the modified Oxford scale [8]) were carried out. Anatomy and function of the pelvic floor muscles were taught and types of prolapse described, using diagrams and a model pelvis. Women were also taught how to correctly contract the pelvic floor muscles and how to pre-contract the pelvic floor muscles against increases in intra-abdominal pressure ("the knack" [9]). An individualised

There is evidence that PFMT is effective in the treatment of urinary incontinence

A randomized controlled trial of pelvic floor muscle training for stages I and II pelvic organ prolapse

home exercise programme was prescribed, and women were encouraged to perform six sets of exercises daily (one set consisted of up to ten maximum voluntary contractions held for up to 10 s, with 4 s rest between each contraction and, after a one minute rest, ten or more fast contractions in a row^[8]), with the use of an exercise diary to record compliance. A standardised lifestyle advice sheet was given to women (containing instructions on seeking advice where appropriate about weight loss, constipation, avoidance of heavy lifting, coughing and high-impact exercise). Where appropriate, tailored lifestyle advice was also given by the physiotherapist on ways of reducing intra-abdominal pressure to maximise the effects of the PFMT. For example, women were advised to change from high- to low-impact exercise and kneel instead of squat when gardening. Where necessary, the physiotherapist negotiated individual circumstances to find solutions to situations which were thought to be causing strain. Symptom changes, compliance with lifestyle advice and changes in pelvic floor muscle strength, assessed by vaginal examination, were recorded at each subsequent 30-min consultation and the content of the home exercise programme adjusted accordingly.

In order to standardise the physiotherapy intervention, a 1-day course was developed and taught by one of the authors (DS) prior to the study start. Study physiotherapists already had clinical experience in PFMT. The course therefore ensured consistency in: teaching of pelvic floor exercises, pelvic floor muscle assessment, lifestyle advice, content of return appointments, use of diaries and standardised leaflets and use of standardised clinical documents to ensure a systematic consultation process.

Control group

Women in the control group were sent a standardised lifestyle advice sheet immediately after randomization. This leaflet was identical to that given to the intervention women. The control group did not see a physiotherapist and had no planned contact with the hospital until the follow-up gynaecologist appointment.

Outcome measurement

Both groups of women completed postal questionnaires (available from the authors) at three time points (baseline, i.e. immediately prior to randomization, 20 weeks after randomization and 26 weeks after

randomization) and attended a return appointment with their gynaecologist at 20 weeks after randomization.

The outcomes of primary interest were prolapse symptom severity and QoL measured via postal questionnaires^[10], and the secondary outcome was prolapse severity (POP-Q)^[7] measured by gynaecologists blind to the women's study group allocation. The POP-Q consists of six defined points, two (Aa, Ba) on the anterior vaginal wall, two (C,D) at the superior vagina and two (Ap,Bp) on the posterior vaginal wall, which are all measured in centimetres with respect to the hymen. In addition, the total vaginal length (with the prolapse reduced) is measured as well as the length of the genital hiatus and perineal body. It is the six internal measurements plus the total vaginal length which are used to calculate the stage of prolapse. In addition, for intervention women only, pelvic floor muscle strength was measured using the modified Oxford scale^[8].

The postal questionnaires included: questions on prolapse symptoms and their impact; the International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ) urinary incontinence short form^[11]; ICIQ bowel and vaginal symptoms modules (early versions)^[12] and the SF-12^[13]. The core content of the questionnaire remained the same at each time point. In addition, obstetric history data were gathered in the baseline questionnaire.

Data analysis

Analysis of outcome measures was carried out in SPSS version 12 using chi-square (for women's subjective assessment of change in their prolapse), Fisher's exact (for POP-Q stage), Mann-Whitney U (for POP-Q individual measurements) and Student's unpaired t tests (for prolapse, urinary, bowel and sexual symptoms, prolapse-related QoL and pelvic floor muscle strength) to assess the relationship between group status (intervention/ control) and the various outcomes of interest.

Results

Baseline characteristics

Forty-seven women were randomized in the 14-month recruitment period from September 2003 to November 2004. The mean age of

Prolapse symptoms	PFMT			Control		
	Baseline (n=23)	20 weeks (n=19)	26 weeks (n=19)	Baseline (n=24)	20 weeks (n=22)	26 weeks (n=21)
Feeling of something coming down from or in your vagina?	83	90	63	75	86 ^d	67
Uncomfortable feeling or pain in your vagina which is worse when standing?	73 ^a	79	63	63	59	57
Heaviness or dragging feeling in your lower abdomen/tummy?	61	44 ^b	58	67	62 ^d	55 ^e
Heaviness or dragging feeling in your lower back?	61	74	53	58	71 ^d	76
Need to strain (push) to empty your bladder?	60 ^a	42	53	54	73	67
Feeling that your bladder has not emptied completely?	61	58	53	67	77	71
Feeling that your bowel has not emptied completely?	57	63	53	71	68	57

n for cell is the same as for column unless otherwise indicated by table notes.
^a n=22
^b n=18
^c n=20
^d n=21

Where appropriate, tailored lifestyle advice was also given by the physiotherapist on ways of reducing intra-abdominal pressure to maximise the effects of the PFMT

the group was 56 years (SD 9). All women had experienced at least one vaginal delivery, with the largest group (40%) having had two deliveries. Fiftyfive percent reported all spontaneous vaginal deliveries, and 45% reported at least one forceps delivery. No caesarean sections were reported. The most common type of prolapse was cystocele (85%), followed by rectocele (40%). Fortyseven percent of women had one type of prolapse only, 45% had two, and 8% had three. The most common combination of prolapse types was cystocele and rectocele (30%).

There were no significant differences with respect to age, parity, method of delivery, type or duration of prolapse, or prevalence of prolapse symptoms between the intervention and control groups at baseline.

Recruitment, retention and compliance

The response rate to questionnaires sent to women at 20 and 26 weeks (which were used to collect data for the primary outcomes) was 87% and 85%, respectively, thus dropout from the study was low. Eighty-nine percent of women attended their 20-week gynaecology appointment where the follow-up POP-Q assessment was undertaken. In terms of compliance with intervention, most women in the intervention group (91%) attended at least three out of five physiotherapy appointments. Attendance at later appointments was poorer (74% and 65% attended for appointments 4 and 5, respectively). The average time to complete five appointments was 16 weeks (range 15 to 22 weeks). For partial completers, the intervention time ranged from 6 to 12 weeks. Sixty-one percent of women were rated as good or moderate exercise compliers based on their exercise diaries and information reported to the physiotherapist.

Prolapse symptoms

Women were asked how often they experienced various prolapse symptoms, with possible responses being *never (0)*, *a little of the time (1)*, *some of the time (2)*, *most of the time (3)* and *all of the time (4)*. Prolapse symptoms were widely reported by study women (Table 1). At baseline, the most commonly reported symptom was the feeling of something coming down (83% in the intervention group and 75% in the control group).

A summary index, the Pelvic Organ Prolapse Symptom Score (POP-SS), was formed by summing the seven prolapse symptom responses (article describing the psychometric properties of the POP-SS is in press). There was a significant difference between the intervention and control group in change in POP-SS score from baseline to 26-week follow-up ($t=-2.298$, $df=35$, $p=0.021$), indicating that intervention women had significantly greater improvement in symptoms than controls [mean score decrease 3.5 versus 0.1; 95% confidence interval for difference in mean score change (0.53, 6.21); Table 2].

Women were asked to rate on a scale of 0 (*not at all*) to 10 (*a great deal*) how much their prolapse symptoms interfered with various aspects of their life (physical activity, social activity, personal hygiene, overall everyday life). There were no significant differences between intervention and control group women in the scores for interference due to prolapse at 20 or 26 weeks.

Women were asked at follow-up how they felt their prolapse was compared to the start of the study. There were significant differences between the intervention and control groups at both 20 ($X^2=11.465$, $df=1$, $p=0.001$) and 26 weeks ($X^2=6.320$, $df=1$,

Change	Group	n	Mean	SD	Unpaired t p value
20 weeks – baseline	PFMT	17	-1.94	4.8	0.080
	Control	20	0.40	3.0	
26 weeks – baseline	PFMT	17	-3.47	5.4	0.021
	Control	20	-0.10	2.9	

Sum of seven symptom questions, minimum 0 = no symptoms, maximum 28 = all symptoms present all the time

	PFMT		Control	
	20 weeks (n=19)	26 weeks (n=19)	20 weeks (n=21)	26 weeks (n=21)
The same or worse	9 (47)	7 (37)	20 (95)	16 (76)
Better	10 (53)	12 (63)	1 (5)	5 (24)

	n	Mean	SD	Unpaired t p value	
20 weeks – baseline	PFMT	19	-0.21	3.2	0.494
	Control	21	0.48	3.0	
26 weeks – baseline	PFMT	19	-1.79	3.2	0.070
	Control	21	0.00	2.8	

Minimum score 0, maximum score 21; higher scores indicate greater leakage and associated bother

Difference in site-specific points	PFMT (n=11); cm	Control (n=9); cm
Aa	-0.36	0.67
Ba	-1.09	0.56
Ap	0.18	1.44
Bp	-0.18	1.11
C	0.10	0.75
D	0.20	0.75

A negative value indicates an improvement at 20 weeks. n varies as some women had only partial POP-Q data.

A randomized controlled trial of pelvic floor muscle training for stages I and II pelvic organ prolapse



and Ba measurements (Mann–Whitney U test $z=-2.099$, $p=0.036$ and $z=-2.677$, $p=0.007$, respectively; Table 5).

A test of the difference in POP-Q stage (improved or not improved) from baseline to 20 weeks showed significantly greater improvement in the intervention group (Fisher's exact test $p=0.038$). No control woman had any improvement recorded in her POP-Q severity (Table 6).

Comparison of pelvic floor muscle strength at the first and fifth appointment was conducted ($n=15$ women attended both these appointments). There was evidence of an improvement in muscle strength in the group; mean muscle strength increased by 0.5, SD 0.6 [$t=-3.09$, $df=14$, $p=0.008$, 95% confidence interval (0.2, 0.8)].

Discussion

This paper describes a study of the effectiveness of a PFMT intervention for women with pelvic organ prolapse. The data presented here have been used to inform a definitive multi-centre trial to test the hypothesis that PFMT is effective in reducing prolapse symptoms, severity and the need for further treatment.

Questionnaire response rates and follow-up clinic attendance rates in our study were high. Despite the small number of women in the study, data analysis results indicated a positive effect of the intervention on prolapse symptoms and severity.

Prolapse symptoms improved significantly more in the PFMT group, and these women were also more likely to say their prolapse was better at follow-up compared to the start of the study. However, no differences were detected between the groups in terms of how much their prolapse interfered with daily life. This may be due to the specific prolapse symptom questions being more sensitive than those on life interference and the small sample size. Ghroubi^[6] also found a significant reduction in prolapse symptoms (pelvic heaviness) in a PFMT group compared to no treatment group in a study of 47 women with stage I or II cystocele.

Because of the lack of trials in this area, no other data have been published for comparison.

A greater improvement in two of the POP-Q measurements (Aa and Ba) was detected in the intervention group. This suggests that prolapse in the anterior compartment may have improved in the intervention group. Since 85% of women in the study had a cystocele, improvements might have been expected in this area. Benefits were also found in terms of overall prolapse severity. Only intervention women showed an improvement in their POP-Q stage (five out of 11 intervention women improved versus zero out of nine controls); control women's stage remained either unchanged or worsened. Piya-Anant^[5] also reported

positive findings from their sizeable trial of pelvic floor exercises plus dietary/fluid advice for anterior prolapse. In the group with mild anterior prolapse, the rate of prolapse worsening at 12 months was significantly less for intervention women. The rate of worsening of severe anterior prolapse was significantly less in the intervention group than the control after 24 months. Although the study populations are not directly comparable and the Piya-Anant trial did not use the POP-Q method of assessment, it is interesting that both indicate a benefit from conservative intervention. Similarly, a significant change in prolapse symptoms were seen by Ghroubi^[6] however, again the POP-Q was not used as an outcome measure, so a direct comparison cannot be made.

Women in this study who were randomized to PFMT had increased pelvic floor muscle strength by their final appointment. Improvements in pelvic floor muscle strength and coordination are the aims of PFMT. Such muscle changes may improve the support of the pelvic organs and counteract increases in intra-abdominal pressure. There is evidence that PFMT results in increases in pelvic floor muscle strength and, subsequently, improvements in symptoms in women with urinary incontinence^[3]. Applying the same principle, improvements in prolapse symptoms might also be expected as a result of PFMT^[14]. The PFMT intervention evaluated is based on evidence for prescribing an individual pelvic floor muscle exercise regimen to improve strength, endurance and coordination^[8, 9]. This regimen is currently used by UK physiotherapists for conservative management of urinary incontinence^[15, 16] and prolapse^[2]. The intervention duration of 16 weeks was based on the minimum time required for physiological muscle strength changes to occur^[16, 17]. Exercise regimens were reviewed and progressed following a PERFECT^[8] examination at each physiotherapy appointment. The examination includes a method of pelvic floor muscle assessment which has been shown to be reliable in the lying position with bent knees^[8, 18] as was the standardized position for this study.

In this study, pelvic floor muscle strength was measured by the same physiotherapist providing the intervention; thus, bias may have been introduced. Pelvic floor muscle strength was not measured in the control group. The rationale for this was the desire to avoid an unintentional training effect in this group, which potentially would have diluted the intervention effect. However, it is a limitation of the study that we cannot conclude whether there was an association between the change in pelvic floor muscle strength and the positive effect of the intervention as we have no comparable data on pelvic floor muscle change (or not) in the control group.

Due to the pilot nature of this study, the sample size was small and the duration of follow-up short. The focus was on developing the trial methods and gathering data to inform future sample size calculations.

POP-Q data were often incomplete leading to reduced numbers in the analysis. This may have been due to time constraints at clinics, lack of familiarity with the POP-Q and lack of appreciation of the importance of this data to the study. Since symptoms and QoL rather than anatomical variables were the primary outcomes, the lack of some POP-Q data is of secondary importance. However, the issue does need to be addressed, and the provision of thorough training and support for medical staff in using the POP-Q requires consideration in future trials. Successful

blinding of gynaecologists during POP-Q assessment was a challenge in this study, and methods for optimizing this process are needed.

This study found a greater improvement in prolapse symptoms in women randomized to PFMT than to control. This study also found that those women randomized to PFMT had an objective improvement in POP-Q measurement compared to no such improvement in those randomized to control. In addition, pelvic floor muscle strength was improved in the intervention group. Due to the small sample size and limited follow-up time, further research is necessary to confirm or refute the results. A large multi-centre trial of PFMT, with a minimum of 1 year follow-up, has now commenced. ●

Acknowledgements Thanks are due to the participants who made the study possible and the staff; in Aberdeen, Chris Bain (Gynaecologist), Lynne Swan (recruitment), Sandra Whyte (intervention physiotherapist), Liz Crothers (intervention physiotherapist); and in Glasgow, Stewart Pringle (Gynaecologist), Sarah Hinks (recruitment), Jackie Montgomery (intervention physiotherapist), June McGourty (intervention physiotherapist) and Philippa Dall (data entry).

Funding This study was funded by the Chief Scientist Office, Scottish Government (CZH/4/95).

Conflicts of interest None.

References

- 1 Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A (eds) (2005) Incontinence: 3rd International Consultation on Incontinence, 3rd edn. Health Publications Ltd., Paris
- 2 Hagen S, Stark D, Cattermole D (2004) A United Kingdom-wide survey of physiotherapy practice in the treatment of pelvic organ prolapse. *Physiotherapy* 90(1):19–26
- 3 Hay-Smith EJC, Dumoulin C (2006) Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.: CD005654. doi:10.1002/14651858.CD005654
- 4 Hagen S, Stark D, Maher C, Adams E. Conservative management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 2. Art. No.: CD003882. doi:10.1002/14651858.CD003882.pub3
- 5 Piya-Anant M, Therasakvichya S, Leelaphatanadit C, Techatrissak K (2003) Integrated health research program for the Thai elderly: prevalence of genital prolapse and effectiveness of pelvic floor exercise to prevent worsening of genital prolapse in elderly women. *J Med Assoc Thai* 86:509–515
- 6 Ghroubi S, Kharrat O, Chaari M, Ben Ayed B, Guermazi M, Elleuch MH (2008) Effect of conservative treatment in the management of low-degree urogenital prolapse. *Ann Readapt Med Phys* 51:96–102. *Int Urogynecol J* (2009) 20:45–51
- 7 Bump R, Anders M, Bo K, Brubaker LP, O'Lancey J, Klarskov P, Shull BL, Smith RB (1996) The standardisation of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 175:10–17
- 8 Laycock J, Jerwood D (2001) Pelvic floor muscle assessment: the PERFECT scheme. *Physiotherapy* 87(12):631–642
- 9 Miller JM, Ashton-Miller JA, DeLancey JOL (1998) A pelvic muscle precontraction can reduce cough-related urine loss in selected women with mild SUI. *J Am Geriatr Soc* 46(7): 870–874
- 10 Bugge C, Hagen S, Glazener C (2005) The POPPY study: a qualitative evaluation of a pelvic organ prolapse outcome questionnaire. *ICS(UK)*, Glasgow
- 11 Avery K, Donovan J, Abrams P (2001) Validation of a new questionnaire for incontinence: the International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICI-Q). *Neurourol Urodyn* 20(4):510–512
- 12 Abrams P, Avery K, Gardener N, Donovan J, on behalf of the ICIQ Advisory Board (2006) The International Consultation on Incontinence modular questionnaire: www.iciq.net. *J Urol* 175:1063–1066
- 13 Ware JE, Kosinski M, Keller SD (1996) A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care* 34(3):220–233
- 14 Bo K (2006) Can pelvic floor muscle training prevent and treat pelvic organ prolapse? *Acta Obstet Gynecol* 85:263–268
- 15 Laycock J, Standley A, Crothers E, Naylor D, Garside S, Kiely E, Knight S, Pearson A (2001) Clinical guidelines for the physiotherapy management of females aged 16–65 with stress urinary incontinence. Chartered Society of Physiotherapy, London
- 16 National Institute for Health and Clinical Excellence (2006) The management of urinary incontinence in women. NICE, London
- 17 Bo K (1995) Pelvic floor muscle exercise for the treatment of stress urinary incontinence: an exercise physiology perspective. *Int Urogynecol J* 6:282–291
- 18 Frawley HC, Galea MP, Phillips BA, Sherburn M, Bo K (2006) Reliability of pelvic floor muscle strength assessment using different test positions and tools. *Neurourol Urodyn* 25:236–242

$p=0.012$), with greater proportions of intervention women reporting their prolapse was better (Table 3).

Urine, bowel and vaginal symptoms

Generally there were no significant differences between the intervention and control groups in the main urine, bowel or vaginal symptoms at 20 or 26 weeks. For example, change from baseline in the ICIQ urinary incontinence short form scores did not differ significantly between the intervention and control groups (Table 4).

POP-Q measurements and prolapse severity

Overall, complete POP-Q data were available for 57% of examinations. The percentage of women who had the summary POP-Q stage recorded was higher (91%), although the stage assigned was not always consistent with the reported POP-Q measurements from which it should have been derived. The POP-Q-derived stage was used for analysis purposes.

On five out of 42 occasions, the group status of a woman was known to the gynaecologist when performing the follow-up POP-Q assessment. Only three of these (one intervention, two control) had associated baseline POP-Q data and therefore contributed data to the analysis; and for all three, no change in POP-Q severity was recorded.

Testing the difference between baseline and 20-week POP-Q showed significantly more improvement in the intervention group in the Aa

Somatische fixatie

Een nieuw leven voor een oud begrip

PLBJ Lucassen,
TC olde Hartman,
M Borghuis

Uit consulten blijkt dat huisartsen veel psychosociale signalen van patiënten niet oppikken en dat huisartsen zelf vaker dan patiënten een somatische benadering van klachten inzetten. Waar is de somatische fixatie gebleven – dat construct uit Nijmegen dat het denken van veel huisartsen diepgaand heeft beïnvloed? Het ging hier toch om een opvatting die aanleiding gaf tot heftige polemieken? Is het concept een stille dood gestorven? Is er geen onderzoek gedaan om die theorie te staven? Is het idee nutteloos gebleven? Of is inmiddels duidelijk geworden dat somatisatie een veel nuttiger begrip is voor dokters?

We willen – vanuit Nijmegen – opnieuw ‘somatische fixatie’ onder de aandacht brengen en wel op basis van recent wetenschappelijk onderzoek bij patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten. In zekere zin zijn de uitkomsten van dat onderzoek verrassend, zeker voor wie denkt dat huisartsen goed geschoold worden in consultvoering en communicatie. Wij pleiten voor een revisie van de theorie over somatische fixatie. Deze nieuwe inzichten kunnen dokters helpen bij consultvoering en patiëntgericht werken en daarmee bijdragen aan betere uitkomsten bij patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten.

De theorie: somatische fixatie

Grol geeft in zijn boek Huisarts en somatische fixatie de volgende definitie: ‘Van somatische fixatie spreken we als mensen door een proces van voortdurend inadequaat omgaan met en reageren op ziekte, onlustgevoelens, klachten of problemen, door henzelf, door hun sociale omgeving of door vertegenwoordigers van de gezondheidszorg, meer dan nodig afhankelijk worden van anderen, met name van (medische) hulpverlening of zelfs gaan vastlopen in het medisch kanaal.’ En: ‘Inadequaat reageren kan

men begrijpen als een wijze van omgaan met het welbevinden die niet in overeenstemming is met de werkelijkheid ervan.’¹ Somatische fixatie is in feite een theorie over het omgaan met ziekte en gezondheid in combinatie met een opvatting over consultvoering die daarop aansluit. Deze theorie onderscheidt processen op drie niveaus die aanleiding zouden kunnen geven tot het onnodig blijven bestaan van klachten, hulpzoekgedrag en tot het uiteindelijk ontstaan van afhankelijkheid, te weten: 1) de patiënt zelf; 2) de directe omgeving van de patiënt en 3) het contact tussen huisarts en patiënt. De huisarts moet voortdurend alert zijn op signalen uit een van die drie gebieden om een beginnend proces van fixatie te kunnen voorkomen.

Op het niveau van de patiënt zelf gaat het om signalen als de neiging om met lichamelijke onlustgevoelens te reageren op moeilijkheden zonder die in verband te brengen met de moeilijkheden, de neiging om met lichte of vage klachten naar de huisarts te gaan, de neiging onnodig ongerust of in paniek te raken door lichamelijke onlustgevoelens, of de neiging de ziekenrol op zich te nemen. Het boek over somatische fixatie geeft hier ook voorbeelden van:

‘de patiënt vertelt te komen naar aanleiding van iets dat hij gelezen heeft of op TV heeft gezien; de patiënt vertelt over een sterfgeval of een ernstige ziekte in de directe omgeving; de patiënt blijkt zeer intensief medische literatuur te raadplegen’.¹ Het laatste voorbeeld zou inmid-

dels aangevuld kunnen worden met: de patiënt neemt een uitdraai mee van het internet.

Wanneer de patiënt vertelt gestuurd te zijn door anderen, onnodige huisbezoeken aanvraagt of gezinsleden heeft die vaak met relatief lichte klachten komen, zijn dit volgens de theorie signalen voor somatische fixatie op het niveau van de directe omgeving van de patiënt.

Ten slotte zijn er de signalen die de dokter zelf, op het niveau van het directe contact tussen huisarts en patiënt kan waarnemen: een patiënt die het alleen wil hebben over somatische zaken, een patiënt die stellig alle psychosociale problemen ontkent, een patiënt die een gevoel van irritatie of juist streling bij de dokter oproept.

Om nu somatische fixatie te voorkomen, heeft de huisarts, volgens de theorie, vooral het wapen van de consultvoering in handen. Dat wapen bestaat uit gericht en systematisch werken, adequaat hanteren van de arts-patiëntrelatie, adequaat somatisch en psychosociaal handelen. Een belangrijk punt hierbij is dat de huisarts zeer terughoudend is met overbodig laboratorium- en röntgenonderzoek, want ‘het risico op somatische fixatie is bij deze vormen van onderzoek veel groter!’ Ook aan injecties en inhalaties schreef men altijd een grote fixerende invloed toe om nog maar te zwijgen van verwijzen.

Hoewel somatische fixatie in alle consulten bevordert of afgeremd kan worden – dus zowel bij verklaarde als bij onverklaarde lichamelijke klachten – heeft de theorie vooral nadruk gekregen in consultvoering bij onverklaarde lichamelijke klachten. Daarbij moet men de onverklaarde lichamelijke klachten – hoewel er natuurlijk overlap bestaat – afgrenzen van het begrip

somatisatie. Met onverklaarde lichamelijke klachten bedoelen wij elke klacht waarvoor de (huis)arts na adequaat onderzoek geen verklaring kan vinden. Onder somatisatie verstaan wij de neiging van patiënten om klachten te ervaren en uiten, die niet verklaard kunnen worden door pathologische afwijkingen, het toeschrijven van die klachten aan lichamelijke ziekte en het zoeken van medische hulp daarvoor.²

De praktijk: uitgangspunten vanuit de theorie

De bovenbeschreven theorie van somatische fixatie leidt impliciet, maar slechts beperkt onderbouwd, tot een aantal uitgangspunten voor de dagelijkse praktijk:

- Vage, onbegrepen klachten hebben vaak een psychosociale achtergrond.
- Patiënten ontkennen deze psychosociale achtergrond meestal.
- Patiënten vragen vaak onnodig om allerlei medisch ingrijpen.
- Het verrichten van aanvullend onderzoek of verwijzen bij vage, onbegrepen klachten is schadelijk voor de patiënt.

Deze basisideeën zijn vrij algemeen en nog steeds in zwang.³ Ze zijn onderdeel van het koor aan stemmen dat uitdraagt dat de geneeskunde altijd oplossingen heeft voor lijfelijke gevoelde klachten. Wat somatische fixatie tot een specifiek begrip maakt, afgegrensd van bijvoorbeeld somatisatie, is dat het een proces is waarbij de rol van de dokter van groot belang is. In onze perceptie van de theorie is de rol van de dokter met name een preventieve.

De hier verwoorde ideeën klinken nog steeds door in de opleiding tot huisarts en spelen nog steeds een rol in de dagelijkse praktijk en leiden tot vragen als: moet ik bloed prikken bij ongeruste mensen die ergens iets gelezen hebben; moet ik een foto maken bij mensen die erg verontrust zijn na een sterfgeval; moet ik iemand verwijzen met buikpijn terwijl ik zeker weet dat de specialist ook niets zal vinden en zich waarschijnlijk net zo irriteert als ik aan die patiënt? Of is het beter om helemaal geen bloed te prikken, een foto te maken of te verwijzen?

De kern

- Dokters denken dat patiënten het verband niet zien tussen klachten en psychosociale factoren en dat patiënten steeds vragen om somatische benaderingen van de klachten.
- Patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten voelen zich vaak veroordeeld als ‘psychisch geval’

De feiten: wat speelt zich af in het hoofd van de dokter?

Dat dokters patiënten die vaak onverklaarde lichamelijke klachten hebben als moeilijk ervaren en moeilijk te managen, is algemeen bekend en wordt ook in onderzoek bevestigd.^{4,5} Dokters denken vaak dat deze patiënten een persoonlijkheidsprobleem hebben of een psychiatrische stoornis.⁶ Patiënten hebben volgens dokters klachten als uiting van psychologische distress en daarnaast zouden zij het verband niet zien tussen de klachten en de distress.^{5,7} Volgens dokters zijn de gepresenteerde klachten dus niet het echte probleem.⁷ De communis opinio is ook nu nog steeds om onverklaarde klachten te classificeren als psychiatrisch.³ Daarnaast staan dokters in het algemeen sceptisch tegenover klachten zonder objectief meetbare afwijkingen.⁸ Ze hanteren een model waarbij klachten die niet passen in een ziekte minder belangrijk zijn. Dit kwam duidelijk tot uiting in een case-vignetonderzoek.⁹ In dit onderzoek bleek dat het oordeel van de dokter over de intensiteit van de pijn bij de patiënt afhing van het al dan niet aanwezig zijn van objectief gemeten medische feiten. Hoewel de patiënt in de casusbeschrijving aangaf veel pijn te hebben, waardeerde de dokter die pijn als minder intens als er geen onderliggend medisch bewijs voor objectieve afwijkingen was. Was er wel objectief bewijs, dan volgde de dokter het oordeel van de patiënt over de pijnintensiteit. Dokters vinden dat er bij patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten in het algemeen een discrepantie bestaat tussen de presentatie van de klacht en de werkelijke last.⁸

Veel huisartsen hebben het gevoel dat patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten vaak druk op hen uitoefenen en snel om medische interventies vragen. Dokters gebruiken aanvullend onderzoek dan ook regelmatig met het idee dat ze daarmee patiënten geruststellen en hopen dat negatieve testuitslagen de angst voor ziekte verminderen. Hetzelfde geldt voor verwijzingen naar de tweede lijn.¹⁰ Een verwijzing naar de psychiater zou volgens sommige artsen een veel betere verwijzing zijn, maar daar staan patiënten niet voor open.

Het zal gezien het bovenstaande duidelijk zijn waar de irritatie van dokters vandaan komt. Maar ondanks deze irritatie en ondanks de scepsis vinden huisartsen zichzelf wel de aangewezen personen om patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten te helpen.⁶



De feiten: wat speelt zich af in het hoofd van de patiënt?

In zekere zin zijn de zielerorselen in het hoofd van de patiënt de keerzijde van die van de dokter. Patiënten hebben het gevoel dat de dokter de echtheid van de klachten niet erkent en dat ze moeten strijden tegen de scepsis van de dokter.⁴ Patiënten voelen zich beoordeeld als ‘psychisch geval’.^{10,11} Uit onderzoek bij patiënten met chronische pijn met en zonder duidelijk organische oorzaak bleken patiënten met chronische pijn zonder duidelijke oorzaak vaker van de huisarts te horen dat de pijn psychisch was (‘all in the mind’).¹¹ Patiënten krijgen dan te horen: ‘het is niks’ of ‘u bent niet ziek’ en voelen zich hierdoor niet serieus genomen, niet geaccepteerd of afgewezen.^{4,12-15}

Patiënten zijn vaak ontevreden over dokters.^{10,16} Dat speelt vooral een rol bij functionele syndromen met een naam, zoals fibromyalgie en whiplash. Patiënten hebben in die gevallen sterk het gevoel te moeten strijden om erkenning als fibromyalgie- of whiplashpatiënt. Zeker in die gevallen ervaren ze hun dokter als incompetent en beschouwen ze zichzelf als veel deskundiger op het gebied van hun eigen klachten.¹⁷ Patiënten die het idee hebben niet gehoord te worden, proberen verschillende strategieën uit om toch de aandacht van de dokter te vangen: meer lichamelijke symptomen presenteren, vragen stellen in vermomming (‘Mijn buurman, arts, zegt dat...’), assertief smenen, of overstappen naar een andere dokter.^{14,18} Patiënten geven in vragenlijsten aan dat ze niet zozeer aanvullend onderzoek willen, maar veeleer gewoon uitleg, geruststelling en emotionele ondersteuning. Zij willen een medische naam voor hun klachten^{12,17,19} en denken dat een dergelijk label ook de dokter een stuk verder helpt.²⁰

Tenslotte is het belangrijk op te merken dat de patiënt zeker niet altijd een psychosociaal probleem ter sprake wil brengen bij de dokter, omdat hij die niet de geëigende persoon vindt voor dergelijke problemen.²¹ Dit komt overigens aardig overeen met wat huisartsen beschouwen als de grens van hun werkgebied.²²

Samenvatting

Lucassen PLBJ, olde Hartman TC, Borghuis M. Somatische fixatie. Een nieuw leven voor een oud begrip. Huisarts Wet 2007;50(1):11-5. De theorie van somatische fixatie leidt tot een aantal vooronderstellingen bij huisartsen: vage onbegrepen klachten hebben vaak een psychosociale achtergrond; patiënten ontkennen die achtergrond; patiënten vragen vaak om onnodig medisch handelen en onnodig medisch handelen is schadelijk voor patiënten. Dit gedachtegoed wordt bij empirisch onderzoek inderdaad aangetroffen bij huisartsen. Patiënten met onbegrepen lichamelijke klachten hebben het gevoel niet serieus genomen en als psychisch geval beoordeeld te worden. Uit registraties van consulten van patiënten die met onverklaarde lichamelijke klachten hun huisarts bezoeken blijkt dat de vooronderstellingen van huisartsen niet kloppen. Patiënten ontkennen psychosociale oorzaken niet en het zijn niet patiënten maar huisartsen die onnodig medisch handelen veroorzaken. Huisartsen exploreren de klachten onvoldoende en schatten niet goed in waar patiënten voor komen. Zij tonen weinig empathie en medeleven waar dergelijke patiënten nu juist het meest behoefte aan hebben. Wil de huisartsgeneeskunde de pretentie van echt patiëntgericht werken waarmaken, dan zal de huisarts allereerst zijn vooronderstellingen moeten veranderen en vervolgens zijn gedrag in de spreekkamer.

UMC St Radboud, afdeling Huisartsgeneeskunde: dr. PL.B.J. Lucassen; T.C. olde Hartman, huisartsen, M. Borghuis, huisarts in opleiding. Correspondentie: p.lucassen@hag.umcn.nl Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Somatische fixatie

Een nieuw leven voor een oud begrip

De feiten: wat speelt zich af in de consulten?

Als dokters achter onverklaarde lichamelijke klachten altijd psychische problemen denken te kunnen vinden terwijl patiënten niet willen dat hun dokter hen als psychische gevallen bestempelt, moet dat wel tot problemen leiden.

Er is recent veel interessant materiaal gepubliceerd over dit onderwerp. Dat komt grofweg uit 2 bronnen die wij gemakshalve de 'GB-connectie' en de 'VS-connectie' noemen.

Bij het onderzoek van de VS-connectie gaat het om 178 opgenomen consulten bij 89 Amerikaanse huisartsen.²³ Elke huisarts deed 2 consulten met simulatiepatiënten: één patiënt met pijn op de borst en verder een klassiek verhaal van gastro-oesofageale reflux en één patiënt met vagere pijn op de borst die niet goed paste bij een van de bekende klinische beelden met bovendien allerlei andere vage klachten. Beide patiënten gaven op een bepaald punt in het consult aan dat ze bezorgd waren voor een hartkwaal of kanker. De simulatiepatiënten hadden echt lijkende verzekerings- en identiteitspapieren en hadden zich officieel als nieuwe patiënt bij de assistente aangemeld. De consulten werden opgenomen met apparatuur die verborgen was in de kleding van de patiënten. Analyse van het materiaal gebeurde met een vragenlijst voor patiëntgerichte communicatie.

In het onderzoek van de GB-connectie gaat het om 2728 opgenomen consulten bij 42 Engelse huisartsen; 357 consulten hadden betrekking op patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten.^{24,25} Vóór de consulten was aan de patiënten gevraagd welk type hulp ze zochten: medisch onderzoek en behandeling of uitleg en geruststelling of emotionele ondersteuning. De onderzoekers analyseerden de transcripten van de consulten met een instrument voor het kwantitatief analyseren van verschillende soorten verbale communicatie. Ze vergeleken de consulten van de 357 patiënten met onverklaarde klachten met die van 357 patiënten met medisch wel verklaarde lichamelijke klachten.

De bevindingen uit deze onderzoeken zijn van groot belang, vooral omdat huisartsen minder goed blijken te communiceren dan gedacht. Allereerst blijkt dat huisartsen bij patiënten met onverklaarde klachten veel minder goed de klachten, gevoelens, opvattingen en ver-

wachtingen van de patiënt exploreren dan bij patiënten met een duidelijk te verklaren klacht. Dat is merkwaardig omdat huisartsen juist bij patiënten met onverklaarde klachten strikt somatisch niet zo veel te bieden hebben. Het lijkt erop dat de interactie minder patiëntgericht is bij patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten, dus in een situatie waarin dat juist meer gewenst is. De auteurs suggereren dat dit leidt tot minder vertrouwen in de arts en zodoende bijdraagt aan conflicten in consulten en hogere medische consumptie.²³

huisartsen blijken weinig empathie te tonen bij patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten

Vervolgens blijkt dat patiënten met onverklaarde klachten niet vaker vragen om somatische interventies dan patiënten met wel verklaarde lichamelijke klachten. Dat zij vaker somatische interventies krijgen, kan dus niet op hun conto worden geschreven. Ook vragen zij niet vaker om uitleg of geruststelling. Het enige verschil was dat patiënten met onverklaarde klachten vaker emotionele ondersteuning van de huisarts vragen.²⁴ Ten derde blijkt dat huisartsen in consulten vaker aan patiënten met onverklaarde klachten een recept aanbieden dan dat zij daarom vragen (70% versus 58%). Hetzelfde gaat op voor het voorstellen van nader onderzoek (35% versus 13%) of het aanbieden van een verwijzing (20% versus 14%). De mening van dokters dat patiënten vaak onnodige medische interventies vragen komt hierdoor op z'n zachtst gezegd op losse schroeven te staan. Bovendien is het maar zeer de vraag of patiënten gerust worden gesteld of de angst voor ziekte afneemt door negatieve testuitslagen.²⁶ Ten vierde geven de meeste patiënten met onverklaarde klachten in het consult aan dat er een psychosociaal probleem is of dat de klachten er misschien door veroorzaakt of beïnvloed worden. Meer dan 95% van de patiënten gaf dergelijke 'cues' in het consult.²⁵ De opvatting dat patiënten psychosociale oorzaken ontkennen gaat dan ook niet op. Ten slotte blijkt dat huisartsen weinig empathie tonen bij patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten.²⁵ Dat is navrant omdat deze patiënten juist behoefte hebben aan emotionele ondersteuning en omdat huisartsen juist bij deze patiënten geen medische mogelijkheden hebben.²⁵

Conclusie op basis van feiten

In tegenstelling tot wat dokters denken, is het niet zo dat patiënten psychosociale achtergronden van onverklaarde klachten ontkennen en dat patiënten de oorzaak zijn van de vele overbodige medische interventies. Dokters schatten niet goed in waarvoor de patiënt komt en doen ook onvoldoende moeite om daarachter te komen. Dokters zagen de poten onder hun eigen stoel vandaan door weinig empathie en medeleven te tonen, datgene waar de patiënt misschien wel het meest op zit te wachten. Eigenlijk werken dokters niet echt patiëntgericht bij mensen met onverklaarde lichamelijke klachten. Dokters lijken in een ivoren toren te zitten waarbij alleen echte ziekte telt. Een 'echte' zieke, iemand met klachten die biomedisch verklaard kunnen worden, krijgt de nodige zorg en wordt niet met sceptis bejegend. Mensen met klachten

die niet direct in het ziektemodel passen, hebben daarentegen een groot probleem. 'I can't hear you while I'm listening' is een treffende verwoording van hoe dokters luisteren naar dergelijke patiënten.²⁷ Het idee niet gehoord te worden maakt dat veel patiënten met krachtiger methoden toch aandacht vragen voor hun problemen.

Deze conclusies zijn niet voor de volle honderd procent gerechtvaardigd vanwege het volgende: onze uitspraken berusten op onderzoeken die ofwel maar één contactmoment in een langdurige arts-patiëntrelatie bestuderen^{24,25} ofwel maar één contact met een patiënt met wie tevoren nog geen relatie bestond.²³ Beide situaties doen geen recht aan het bij uitstek longitudinale karakter van somatische fixatie en de huisarts-patiëntrelatie. Daarnaast heeft het geciteerde onderzoek vooral betrekking op patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten terwijl somatische fixatie betrekking heeft op elke lichamelijke klacht.

Wat nu?

Keren we van de onverklaarde lichamelijke klachten terug naar het concept somatische fixatie. Welk licht werpen de onderzoeksresultaten op dat idee? Somatisch fixeren als het concept waarbij de patiënt en zijn omgeving de neiging hebben te somatiseren en de dokter preventief moet werken, blijkt niet langer houdbaar. Wij willen ook af van de term 'somatiseren', al zal het ijdele hoop zijn dat dit begrip uit het medisch taalgebruik verdwijnt. Het begrip 'somatiseren' is immers veel te veel gebaseerd op een veronderstelde neiging van de patiënt en laat de rol van de dokter buiten

beschouwing. Maar het concept 'somatisch fixeren' blijft volgens ons de moeite waard omdat daarin ruimte is voor het onderzoeken van de rol van de dokter. De dokter bevordert actief het proces waardoor de patiënt uiteindelijk ongerichte aandacht krijgt voor de klachten, met als gevolg dat de patiënt daarin blijft steken. Dat doet de dokter niet door te lakse preventie, maar door onvoldoende patiëntgerichtheid. Aandacht voor somatische fixatie waarbij dokters preventief moeten werken, leidt tot dokters die verkrampt de patiënt van alles weigeren. Aandacht voor somatische fixatie waarbij dokters attenter zijn op wat patiënten vertellen, lijkt ons betere perspectieven te hebben.

Daarbij zullen bovenstaande bevindingen allereerst moeten leiden tot hernieuwde aandacht voor consultvoering. Bensing en Verhaak stellen dat ook terecht in een recent editorial.²⁸ Het is echter de vraag of bijvoorbeeld de extra aandacht voor het tweesporenbeleid waar zij over schrijven voldoende is gezien de aandacht die daar al in wordt geïnvesteerd. Echter, als tweesporenbeleid betekent: aandacht voor klachten, verwachtingen, ideeën en gevoelens rond een klacht, dan zijn wij het met hen eens. Een goed begrip van de klacht, zoeken naar 'common ground' en opbouwen van wederzijds vertrouwen moeten meer dan nu het geval is de basis vormen van het consult.²⁹ Wij zouden zeker niet willen pleiten voor meer aandacht voor psychische of sociale problemen die de patiënt niet als zodanig presenteert.

Vervolgens, als aangeleerde ideeën in hoofden van dokters zo'n belangrijke rol spelen, dan moet de aandacht ook uitgaan naar de basisopleiding en wel speciaal naar de monolithische positie van de medische methode. Er mag daar meer benadrukt worden dat het medisch model slechts een manier van kijken is. We moeten daarbij de blik speciaal richten op het gegeven dat dokters klachten slechts zien als uitingen van ziekte en op het feit dat dokters symptomen met medische onderbouwing reëler vinden dan symptomen zonder objectief vaststelbare basis. Er is, zeker in Nijmegen, aandacht voor dit punt, maar die aandacht weegt waarschijnlijk niet op tegen de invloed van de kliniek.

Ten slotte zal in toetsend onderzoek vastgesteld moeten worden of een dokter die beter patiëntgericht werkt bij patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten ook effectiever

is in het verminderen van de last die patiënten hebben van hun klachten of effectiever in het geruststellen van patiënten zodat ze beter kunnen leven met de hinder van hun symptomen. We weten inmiddels al wel dat een positieve arts-patiëntinteractie tijdens een eerste consult bij de dokter geassocieerd is met een duidelijke vermindering van het aantal vervolgconsulten.³⁰

Het concept 'preventie van somatische fixatie' is wel oud, maar volgens ons niet nutteloos. Wij moeten als dokters alleen niet denken dat we lui achterover kunnen leunen in de veronderstelling dat we het wel weten. Er is werk aan de winkel.

Dankbetuiging Wij bedanken Evelyn van Weel-Baumgarten, Eloy van de Lisdonk en André Haverkort voor hun nuttige aanvullingen. ●

Abstract

Lucassen PLBJ, oude Hartman TC, Borghuis M. Somatic fixation. New life for an old concept. Huisarts Wet 2007;50(1):11-5. The theory of somatic fixation leads to a number of presumptions in the minds of GPs: vague and unexplained symptoms are frequently caused by psychosocial problems; patients deny the psychosocial causes; patients frequently request unnecessary medical interventions; the unnecessary interventions are harmful for patients. This mind-set has been demonstrated in empirical research. On the other hand, patients with unexplained somatic symptoms feel that they are not being taken seriously and are being assessed as a 'psychological case'. As appears from consultation records of patients with unexplained somatic symptoms, the presumptions of GPs are not correct: patients do not deny psychosocial causes; it is not the patients but the doctors who are the cause of unnecessary medical interventions; GPs fail to investigate adequately the complaints of patients with unexplained symptoms; they are not clearly aware of the patients' reasons for seeking help and fail to show empathy and compassion – things patients need most. If general practice really wants to realise its pretensions to work in a patient-centred way then GPs have to change not only their presumptions but also their consultation behaviour.

Literatuur

- 1 Grol RPTM, redactie. Huisarts en somatische fixatie. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1983.
- 2 Van der Horst H. Somatisatie, een veelzijdig fenomeen. Epidemiologie, verschijningsvorm en classificatie. In: van der Feltz-Cornelis C, Van der Horst H, redactie. Handboek somatisatie. Lichamelijk onverklaarde klachten in de eerste en tweede lijn. Utrecht: de Tijdstroom, 2003.
- 3 Sharpe M, Mayou R, Walker J. Bodily symptoms: new approaches to classification. J Psychosom Res 2006;60:353-6.
- 4 Malterud K. Symptoms as a source of medical knowledge: understanding medically unexplained disorders of women. Fam Med 2000;32:603-11.
- 5 Woivalin T, Krantz G, Mäntyranta T, Ringsberg KC. Medically unexplained symptoms: perceptions of physicians in primary health care. Fam Pract 2004;21:199-203.
- 6 Reid S, Whooley D, Crayford T, Hotopf M. Medically unexplained symptoms – GPs' attitudes towards their cause and management. Fam Pract 2001;18:519-23.
- 7 Wileman L, May C, Chev-Graham CA. Medically unexplained symptoms and the problem of power in the primary care consultation: a qualitative study. Fam Pract 2002;19:178-82.
- 8 Åsbring P, Närvaänen A. Ideal versus reality: physicians' perspectives on patients with chronic fatigue syndrome (CFS) and fibromyalgia. Soc Sci Med 2003;57:711-20.
- 9 Tait RC, Chibnall JT. Physician judgement of chronic pain patients. Soc Sci Med 1997;45:1199-1205.
- 10 Page LA, Wessely S. Medically unexplained symptoms: exacerbating factors in the doctor-patient encounter. J R Soc Med 2003;96:223-7.
- 11 Kouyanou K, Pither CE, Rabe-Hesketh S, Wessely S. A comparative study of iatrogenesis, medication abuse and psychiatric morbidity in chronic pain patients with and without medically explained symptoms. Pain 1998;76:417-26.
- 12 Peters S, Stanley I, Rose M, Salmon P. Patients with medically unexplained symptoms: sources of patients' authority and implications for demands on medical care. Soc Sci Med 1998;46:559-65.
- 13 Salmon P, Peters S, Stanley I. Patients' perceptions of medical explanations for somatisation disorders: qualitative analysis. BMJ 1999;318:372-6.
- 14 Johansson EE, Hamberg K, Lindgren G, Westman G. "I've been crying my way" – qualitative analysis of a group of female patients' consultation experiences. Fam Pract 1996;13:498-503.
- 15 Nettelton S, Watt I, O'Malley L, Duffey P. Understanding the narratives of people who live with medically unexplained illness. Pat Educ Couns 2005;56:205-10.
- 16 Deale A, Wessely S. Patients' perceptions of medical care in chronic fatigue syndrome. Soc Sci Med 2001;52:1859-64.
- 17 Salmon P. Patients who present physical symptoms in the absence of physical pathology: a challenge to existing models of doctor-patient interaction. Pat Educ Couns 2000;39:105-13.
- 18 Werner A, Malterud K. It is hard work behaving as a credible patient: encounters between women with chronic pain and their doctors. Soc Sci Med 2003;57:1409-19.
- 19 Woloshynowych M, Valori R, Salmon P. General practice patients' beliefs about their symptoms. Br J Gen Pract 1998;48:885-9.
- 20 Ogden J, Branson R, Bryett A, Campbell A, Febles A, Ferguson I, et al. What's in a name? An experimental study of patients' views of the impact and function of a diagnosis. Fam Pract 2003;20:248-53.
- 21 The MaPle Research Group. Do patients want to disclose psychological problems to the GPs? Fam Pract 2005;22:631-7.
- 22 Dowrick C, May C, Richardson M, Bundred P. The biopsychosocial model of general practice: rhetoric or reality? Br J Gen Pract 1996;46:105-7.
- 23 Epstein R, Shields G, Meldrum SC, Fiscella K, Carroll J, Carney PA, et al. Physicians' responses to patients' medically unexplained symptoms. Psychosom Med 2006;68:269-76.
- 24 Salmon P, Ring A, Dowrick CF, Humphris GH. What do general practice patients want when they present medically unexplained symptoms, and why do their doctors feel pressurized? J Psychosom Res 2005;59:255-62.
- 25 Ring A, Dowrick CF, Humphris GM, Davies, Salmon P. The somatising effect of clinical consultation: what patients and doctors say and do not say when patients present medically unexplained physical symptoms. Soc Sci Med 2005;61:1505-15.
- 26 McDonald IG, Daly J, Helinek VM, Panetta F, Gutman JM. Opening Pandora's box: the unpredictability of reassurance by a normal test result. BMJ 1996;313:329.
- 27 Baron RJ. An introduction of medical phenomenology: I can't hear you while I'm listening. Ann Intern Med 1985;103:606-11.
- 28 Bensing JM, Verhaak PFM. Somatisation: a joint responsibility of doctor and patient. Lancet 2006;367:452-4.
- 29 Stewart M. Reflections on the doctor-patient: from evidence and experience. Br J Gen Pract 2005;55:793-801.
- 30 Owens DM, Nelson DK, Talley NJ. The irritable bowel syndrome: long-term prognosis and the physician-patient interaction. Ann Intern Med 1995;122:107-12.



Auteur: Kees van Eck
Redactie: Van Eck Design Boskoop

Marfan, zegt u?

Het Marfansyndroom, oorzaak en gevolg en de (on)mogelijkheden van oefentherapie

Het Marfansyndroom is bij het grote publiek vrijwel onbekend. De belangrijkste oorzaak is de meest voor de hand liggende: het syndroom is nogal zeldzaam. In Nederland is het bij ongeveer vijftienhonderd mensen vastgesteld. De titel van dit artikel 'Marfan, zegt u?' heeft een vette knipoog, maar of Marfan, behalve bij direct betrokken specialisten, de cardioloog, de hart-vaatchirurg, de longarts en de orthopedisch chirurg, in de (para) medische wereld voldoende bekend is, is wel een terechte vraag. En zijn specialisten voldoende op de hoogte van de effecten van Cesar- en Mensendiecktherapie voor mensen met het Marfansyndroom? Vragen die niet zomaar met 'ja' kunnen worden beantwoord.

Het kan betekenen dat specialisten minder vaak 'Marfanners' zullen doorverwijzen naar een oefentherapeut. Dit artikel is niet bedoeld om specialisten hiervan bewust te maken, maar wel om oefentherapeuten te informeren wat Marfan inhoudt en wat de effecten kunnen zijn van een behandeling. Naast een feitelijke uiteenzetting van het Marfansyndroom, de oorzaken van de aandoening en de gevolgen voor patiënten, gaat dit artikel ook in op de praktische toepassing van oefentherapie. Een woord van dank gaat uit naar Celine, Rachid en Miriam, die als ervaringsdeskundigen hun bijdrage aan dit artikel hebben geleverd.

Wat is Marfan?

Het Marfansyndroom is genoemd naar de Franse kinderarts Bernard-Jean Antonin Marfan (1858-1942). In 1896 presenteert hij voor de *Société Médicale des Hôpitaux* in Parijs een vijf jaar oud meisje genaamd Gabriëlle. Hij wijst op haar relatief lange armen en benen, uitzonderlijk lange tenen en vingers (spinnenvingers) en haar zwakke gestel. De abnormale lichaamsverhoudingen waren al bij de geboorte van Gabriëlle zichtbaar en nemen nog steeds toe. Marfan noemt de aandoening dolichostenomelie, wat zoveel betekent als lange, slanke ledematen. In 1902 ontdekten twee andere Franse kinderartsen, gebruikmakend van de net uitgevonden röntgentechnologie, dat de afwijkende bouw van het meisje wordt veroorzaakt door te veel kraakbeen in het skelet.

Latere onderzoeken laten zien dat ook de ooglenzen, het hart en de bloedvaten al zijn aangetast. Het gevaarlijkst zijn de zwakke plekken in de aorta, de grote slagader waarin het bloed vanuit het hart terecht komt. Een spontaan openbarsten van de aorta is de belangrijkste oorzaak van het vroegtijdig overlijden van patiënten met het Marfansyndroom. In 1931 noemt de Nederlandse arts Henricus Weve als eerste deze aandoening het *Syndroom van Marfan*.

Het Marfansyndroom is een aangeboren en erfelijke afwijking van het bindweefsel. De oorzaak van Marfan is een verstoring in bouw of functies van fibrillines, weefsel dat op veel plaatsen in het lichaam voorkomt. De belangrijkste Marfanverschijnselen zijn te zien aan het hart, aan bloedvaten, ogen en skelet. Marfan is een syndroom, wat inhoudt dat het gaat om een verzameling van afwijkingen die gezamenlijk en juist in een specifieke combinatie voorkomen. Anders gezegd, alle verschijnselen zijn te verklaren uit één oorzaak. Het Marfansyndroom komt overal ter wereld voor, even vaak bij mannen als bij vrouwen. Ongeveer één op de tienduizend mensen heeft deze aandoening, wat voor Nederland neerkomt op ongeveer vijftienhonderd mensen met deze aandoening. Mensen in Nederland met het Marfansyndroom kunnen in vier gespecialiseerde Marfanklinieken terecht, in Amsterdam, Leiden, Nijmegen en Groningen. Dit zijn samenwerkingsverbanden van medische deskundigen die ervaring hebben met het Marfansyndroom. Het doel van deze

DNA onderzoek biedt uitsluitsel, maar klinisch onderzoek van symptomen blijft noodzakelijk.

samenwerking is het verbeteren van de zorg voor de Marfanpatiënt door bundeling van ervaring, kennis en deskundigheid. Een ander belangrijk doel is het diagnosticeren van Marfan volgens vaste criteria en het bevorderen van wetenschappelijk onderzoek. *Hoewel afwijkingen in hart en bloedvaten, de ogen en het skelet typisch zijn voor het Marfansyndroom, is genetisch onderzoek nodig om een definitieve diagnose te kunnen stellen.*

Het Marfansyndroom: een bindweefselaandoening

Het Marfansyndroom is een erfelijke, autosomaal dominante, aandoening, veroorzaakt door een mutatie van het DNA. Autosomaal wil zeggen dat het kind van één ouder een afwijkend gen erft. Er is dus 50% kans dat dit gebeurt. Bij ongeveer één op de vier personen is de oorzaak van het syndroom een nieuw ontstane verandering in het erfelijke materiaal. Een mutatie dus die zij niet van de ouders hebben geërfd. Mutaties zijn heel normaal. Ze vinden bij iedereen plaats en meestal in delen van het DNA die geen functie hebben. Soms kan een mutatie optreden op een belangrijke plaats in het DNA, wat kan leiden tot een ziekte. Mutaties kunnen gelegen zijn in verschillende genen, en elke mutatie op zich kan een andere uitwerking hebben. Hierdoor bestaan er grote verschillen in de manier waarop en de mate waarin het Marfansyndroom zich manifesteert.

Bij het Marfansyndroom tast de mutatie het bindweefsel aan. Bindweefsel zorgt voor stevigheid van weefsels en allerlei organen. Ook zorgt bindweefsel ervoor dat wanden van bloedvaten meegeven met hoge bloeddruk als het hart pompt. Mensen met een marfanoïde aandoening hebben bindweefsel dat niet goed functioneert. Een belangrijke eigenschap van het bindweefsel is de elasticiteit. Hier zorgen zogenaamde elastinevezels voor. Dankzij deze elasticiteit kunnen gewrichten bewegen en blijven ze op hun plaats. De vezels bestaan uit een kern van elastine en een mantel van zogenaamde microfibrillen. Bouwstenen zijn fibrilline-eiwitten die in een cel worden aangemaakt en vervolgens uit de cel worden getransporteerd. In het hele proces van eiwitaanmaak tot de vorming van elastinevezels kunnen als gevolg van een mutatie in het fibrillinegen verschillende dingen misgaan. Zo kan de structuur van het eiwit veranderen, de opbouw van eiwit voortijdig worden afgebroken of het transport van het eiwit uit de cel worden verstoord. Een verhoogde afbraak van fibrilline leidt tot een te lage concentratie van fibrilline buiten de cel en dus minder elastinevezels. Minder vezels betekent minder elasticiteit van het bindweefsel. Afhankelijk van de locatie in het lichaam van de mutante vorm van fibrilline kunnen er verschillende symptomen optreden. Een symptoom treedt op afhankelijk van het gen dat gemuteerd is en waar, binnen het gen, de mutatie precies gelegen is. Elke mutatie kan een andere uitwerking hebben. Er zijn drie verschillende fibrillinegenen bekend. Daarnaast zijn de effecten van fibrillinemutaties ook onderhevig aan het zogenaamde 'dominante negatieve fenotype', waarbij de DNA-code van de ouders genmutaties bij hun kind verklaart. Zo kan de oorzaak van het Marfansyndroom zijn terug te voeren op het DNA van (een van) de ouders, maar gemuteerde fibrillinegenen leiden niet automatisch tot symptomen en dus problemen (namelijk als er meer goede dan foute eiwitten aanwezig zijn, waardoor het bindweefsel gezond blijft). Voor een diagnose van Marfan is naast een DNA-test klinisch onderzoek van symptomen dus altijd noodzakelijk! Voor meer achtergrondinformatie over genetica en pathologie kunt u terecht op www.marfansyndroom.nl.

Slechte kwaliteit van het bindweefsel heeft gevolgen voor hart en bloedvaten en voor het bewegingsapparaat (gewrichten). Mensen met Marfan ondergaan een periodieke medische controle, door een cardioloog of een orthopeed. Een periodieke controle is een vinger aan de pols en is een garantie dat er op tijd een behandeling wordt gestart.

De gevolgen voor hart en bloedvaten en de longen

Een veel voorkomende en ingrijpende afwijking die bij het Marfansyndroom hoort, is die aan de grote lichaamsslagader: de aorta. Een gezonde aorta is elastisch en geeft mee met een (tijdelijke) verhoging van de bloeddruk die optreedt als vanuit het hart bloed in de aorta wordt gepompt. Door kwalitatief slecht bindweefsel is bij Marfanpatiënten de aorta juist vaak stijf, waardoor de bloeddruk toeneemt. Langdurige hoge bloeddruk kan de aorta doen verwijden. Hoe meer de aorta verwijdt, hoe kwetsbaarder deze wordt. In het slechtste geval kan een scheuring in de wand van het bloedvat ontstaan (dissectie). Dit is levensbedreigend en vereist een directe chirurgische ingreep. Bij mensen met Marfan kunnen afwijkingen ontstaan aan de hartkleppen. Twee van de vier hartkleppen (de mitralis- en aortakleppen) geven de meeste problemen. Door een niet goed sluitende hartklep kan het hart onvoldoende bloed in het lichaam pompen. Om dit te compenseren, moet het hart harder gaan pompen. Door de toename in belasting kan het hart op den duur gaan vergroten. Preventief kunnen bloed-drukverlagende medicijnen worden voorgeschreven. Door de verlaging van de bloeddruk worden het hart en bloedvaten ontlast. Het probleem kan opgelost worden met een operatie waarbij de klep wordt gereconstrueerd of in zijn geheel wordt vervangen door een kunstklep. Met behulp van een echocardiogram en MRI kan een cardioloog een goed beeld krijgen van de conditie van het hart en bloedvaten. Afwijkingen aan de hartkleppen komen zo ook aan het licht net als een eventuele verandering in de diameter van de aorta. Mensen met het Marfansyndroom krijgen het advies om regelmatig check-ups te laten doen van het hart, en vooral van de gehele aorta.



Marfan, zegt u?

Verzwakt bindweefsel bij mensen met Marfan kan ook de structuur van de longen aantasten. Hierdoor kunnen longproblemen ontstaan. Veel Marfaners hebben te maken met vervormingen van borstkas en ruggengraat, wat het functioneren van de longen kan bemoeilijken. De meest voorkomende zijn blaasjes aan het oppervlak van de long (bullae), een klaplong (pneumothorax) en een lek, waardoor er lucht komt tussen het long- en borstvlies (pleurae). Het gaatje in de long kan als een ventiel gaan werken, waardoor bij het uitademen de lucht de holte niet meer uitgaat. Hierdoor komen hart en bloedvaten onder druk te staan. Overige klachten komen voort uit een verwijding van een longbloedvat (aneurysma), longemfyseem, wat kortademigheid en zelfs hartproblemen kan veroorzaken, en luchtweginfecties.

De gevolgen voor het bewegingsapparaat

Mensen met het Marfansyndroom bewegen moeilijk. Omdat Marfan zich in allerlei varianten en gradaties manifesteert, kunnen de gevolgen voor het bewegingsapparaat per individu sterk verschillen. Grosso modo is het Marfansyndroom herkenbaar aan een vervorming van de borstkas en de ruggenwervel (scoliose en kyfose), een doorstekend heupgewricht, oogafwijkingen, relatief lange armen en benen, lange vingers (arachnodactylie), opvallende lichaamslengte en slappe gewrichtsbanden.

Bij een vervorming van de borstkas staat het borstbeen naar binnen of naar buiten. Deze vormen worden de kippenborst (pectus carinatum) en de trechterborst (pectus excavatum) genoemd. Een kippenborst geeft over het algemeen geen lichamelijke klachten. Een trechterborst kan het functioneren van hart en longen bemoeilijken. Bij Marfan komt de trechterborst vaker voor dan de kippenborst.

Scoliose is een zijwaartse verkromming van de ruggenwervel, kyfose een laterale verkromming. Om een verkromming van de ruggenwervel te 'corrigeren' is veel spierspanning nodig. De verkromming kan een grote belasting geven op het lichaam, wat behandeling noodzakelijk maakt. Bij mensen met Marfan is de scoliose of kyfose niet aangeboren, maar ontwikkelt zich gedurende de groei van het kind. Dit kan een negatief effect hebben op de ontwikkeling van de longen. Controle hierop is dus de gehele kindertijd en zelfs puberteit noodzakelijk.

Vroeger deed een schoolarts die controle, maar tegenwoordig is deze screening niet meer vanzelfsprekend. Als scoliose of kyfose op jonge leeftijd is vastgesteld, kan een korset de vergroeiing beperken. Bij een te sterke verkromming kan een operatie nodig zijn, bijvoorbeeld door een metalen staaf aan te brengen die de rug recht houdt. Ook kan het kapsel om het ruggenmerg in het onderste deel van de rug zich verwijderen (lumbale durale ectasie). Dit kan pijn veroorzaken in de onderrug.

Het Marfansyndroom kan heupklachten veroorzaken doordat de scharnierwerking van het heupgewricht niet goed functioneert. In sommige gevallen is de wand van de kom sterk verdund met als risico dat de kogel van het heupgewricht door de kom heen breekt. Een prothese kan uitkomst bieden.

Veel Marfaners kampen met een visuele beperking of afwijking. Doorgaans zijn de ogen langer dan gemiddeld en het hoornvlies vlakker. Als het hoornvlies minder bol (vlakker) is dan gewoonlijk, dan corrigeert dit de bijziendheid een beetje. Zwakke oogvezels kunnen ervoor zorgen dat de

ooglen loslaat (lensluxatie). Dit kan leiden tot hoge oogdruk (glaucoom). De meest voorkomende complicatie bij Marfanpatiënten is een loslaten van het netvlies. Hoe langer de oogbol, hoe groter de kans hierop. Omdat zich hier de zintuigcellen bevinden kan dit leiden tot slechtziendheid. Scheurtjes in het netvlies kunnen met een laserbehandeling worden gedicht. Als het netvlies helemaal loslaat, rest er niets anders dan een operatie. Om een visuele beperking te 'compenseren' kunnen mensen een verkeerde houding aannemen, wat kan leiden tot klachten.

Mensen met Marfan zijn vaak dun en lang. Ze hebben weinig onderhuids vet en een overmatige lengtegroei van de beenderen. Vooral ledematen kunnen buitenproportioneel lang zijn. Om de lengtegroei enigszins te beperken is behandeling mogelijk met (een antagonist van) groeihormonen. Deze behandeling kan worden gestart op jonge leeftijd wanneer de prognose is dat het kind overmatig lang zal gaan worden. Naast het lange en dunne lichaam heeft men vaak ook een smal gezicht met diepliggende ogen. Er is in veel gevallen sprake van een heel smalle kaak en een hoog gehemelte. Door de smalle kaak kunnen problemen met het gebit ontstaan, omdat de tanden in de verdrukking komen. Een beugel biedt dan uitkomst.

Doordat bij Marfanpatiënten het bindweefsel is verzwakt, hebben zij vaak overbeweeglijke gewrichten (hypermobiliteit) en platvoeten. Verzwikken van enkels en knieën is hierdoor een veel voorkomend probleem. Slappe gewrichten (en slappe spieren) hebben een negatieve impact op de motoriek en het evenwichtsgevoel. Overbeweeglijke gewrichten hebben het extra zwaar te verduren, wat kan leiden tot vervroegde slijtage en gewrichtsontstekingen, ook als er geen infectie aanwezig is. Sporten kan hierdoor worden bemoeilijk of zelfs niet meer mogelijk zijn. Braces of ontstekingsremmende medicatie kunnen helpen. Platvoeten zijn voeten die zijn doorgesakt, met platte voetzolen als resultaat. Stevige schoenen met steunzolen of speciaal aangemeten orthopedisch schoeisel kan lichamenlijk ongemak verlichten. Kortom, de gevolgen van het Marfansyndroom voor het bewegingsapparaat kunnen zeer ingrijpend zijn. Mensen met ernstige symptomen van het syndroom zullen ook in het dagelijks leven problemen ondervinden.

Wie is de Marfaner?

Een Marfaner is iemand die kampt met lichamelijke beperkingen. Die kunnen psychische problemen veroorzaken. Door het Marfansyndroom kan iemand in een vicieuze cirkel belanden. Bewegen veroorzaakt pijn, waardoor iemand lichaamsbeweging gaat vermijden. Dit terwijl nu precies bewegen de conditie, ook van spieren en gewrichten, zou verbeteren. Het gevoel hieruit niet te kunnen ontsnappen zorgt niet zelden voor psychische klachten. Uit onderzoek blijkt dat mensen hun 'waardigheid' vinden in vier zogenaamde 'waardegebieden', te weten arbeid, relaties, uiterlijk

en normaliteit, zoals intelligentie, onafhankelijkheid, gezondheid (A.F. Helmond, Acceptatie van Marfan). Anders gezegd, mensen vinden zingeving en geluk in deze gebieden. Mensen met een fysieke handicap zullen in al deze waardegebieden geconfronteerd worden met hun beperking. Dit vraagt om aanpassingen die voor grote psychische druk kunnen zorgen. Tegelijk blijkt de wil om 'een normaal leven' te leiden vaak sterker dan de handicap. Een effectieve therapie helpt mensen te leren waar grenzen liggen, waar mogelijk die grenzen te verleggen, en hoe te accepteren wat

Marfan is een complex syndroom. Uitwisseling van kennis en ervaringen kan de effectiviteit van oefentherapie verbeteren

wel en niet mogelijk is. Juist op dit punt zal de Cesar/Mensendiecktherapeut zich focussen: het doorbreken van deze neerwaartse spiraal. In de (para-)medische wereld waarschijnlijk niet groot is. Feitelijk onderzoek naar die bewering is nooit gedaan, maar bij navraag blijken enkele oefentherapeuten Cesar en Mensendieck zelfs helemaal niet bekend te zijn met de term 'Marfan'. Op de website van de Oefentherapeut en de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (www.wocm.nl) wordt Marfan als chronische ziekte niet genoemd.

Rachid Mali, oefentherapeut Mensendieck in Haarlem en Velsbroek en bekend met de behandeling van Marfaners, erkent dat de literatuur omtrent de behandeling van Marfanpatiënten vrij summier is. "De informatie op de website van de Contactgroep Marfan én de ruime ervaring van oefentherapeuten bieden niettemin voldoende perspectief om iemand met het Marfansyndroom optimaal te kunnen behandelen en te begeleiden". Nu weet Rachid als ervaringsdeskundige therapeut prima zijn weg te vinden, maar dit neemt niet weg dat een betere informatievoorziening nuttig kan zijn voor oefentherapeuten die het Marfansyndroom niet kennen. Het is de belangrijkste reden voor de Contactgroep Marfan om ruchtbaarheid te geven aan dit syndroom, juist omdat oefentherapie gunstige effecten blijkt te hebben op mensen met het syndroom. Dit laatste weten we omdat afzonderlijke aspecten van het syndroom, waaraan ook niet-Marfaners lijden, prima behandelbaar blijken te zijn. Zo is scoliose een skeletafwijking die in allerlei varianten en gradaties voorkomt, bij Marfaners en niet-Marfaners. De VvOCM besteedt niet voor niets uitgebreid aandacht aan het nut van oefentherapie voor mensen met scoliose, in welke vorm ook.

De vraag die daarom gesteld en beantwoord moet worden luidt: hoe en op welke punten kan Cesar en Mensendieck zinvol zijn voor iemand met het Marfansyndroom? Rachid en ook Miriam Meijerink, oefentherapeut Mensendieck in Naarden, onderstrepen dat theoretische kennis nooit kan worden losgekoppeld van de individuele hulpvraag. Een grote variatie aan symptomen en beperkingen die gepaard gaan met het Marfansyndroom vragen om maatwerk. Wel worden ervaringen van therapeuten in werkgroepen of bijeenkomsten uitgewisseld. Miriam: "Er zijn regionale intercollegiale overleggen die de uitgelezen plek zijn om ervaringen uit te wisselen. Verder is er een intranet voor oefentherapeuten waarin collega's elkaar snel kunnen vinden". Zo groeit kennis omtrent de praktische toepassing van oefentherapie. In een ideale wereld zouden oefentherapeuten die ervaring hebben met de behandeling van Marfaners specifieke kennis en deskundigheid uitwisselen. Het is goed om idealen te hebben. Maar in meer algemene zin is er wel iets te zeggen over het nut van oefentherapie. De verzameling afwijkingen die vallen binnen het Marfansyndroom, zo hebben we eerder uiteengezet, zijn aandoeningen aan hart, bloedvaten, longen en het bewegingsapparaat. Voor het dagelijks leven van bijna alle Marfanpatiënten betekent dit vermoeidheid en bewegingsbeperkingen. Dit zijn twee bruikbare parameters die de effectiviteit van oefentherapie duidelijk



kunnen maken.

Celine is zestien jaar en heeft zo ongeveer alle symptomen die horen bij het Marfansyndroom: een sterk verwijde aorta, een visuele beperking waarvoor zij al zeven maal is geopereerd, zeer slappe gewrichten en een scoliose van veertig graden. Als zesjarige volgde ze al Mensendiecktherapie. Momenteel oefent ze bij een fysiotherapeut en eens in de zes weken bij een oefentherapeut. Celine doet dit jaar havo-examen en probeert op alle terreinen een zo normaal mogelijk leven te leiden. Volgend jaar wil ze HBO Maatschappelijk Werk gaan doen. Lichamelijke inspanning moet zij doseren. Omdat ze alle energie in school wil steken, heeft ze een elektrische fiets. "Ik doe alle dingen die ik leuk vind, maar moet wel vaak kiezen aan welke activiteit ik mee kan doen." Wandelen en zwemmen doet ze graag en natuurlijk met vriendinnen de stad in, maar alles gedoseerd. Celine kent haar grenzen en bewijst dat er met een sterke wil veel mogelijk is. Normaal leven bijvoorbeeld.

En dan nu de praktijk

Hoeveel Marfaners in Nederland onder behandeling zijn bij een Cesar/Mensendiecktherapeut is niet precies bekend. Miriam organiseerde, op uitnodiging van de Contactgroep Marfan, op 26 maart jl. een workshop 'Oefentherapie Mensendieck beweegt mensen'. In de zaal zaten mensen met het Marfansyndroom en hun partner of familie. "Ik probeer in de workshops de deelnemers te laten ervaren wat oefentherapie is door ook echt te oefenen. Alleen door het te doen, ervaar je wat gunstig bewegen voor je lichaam doet. Mijns inziens werkt dat beter dan het alleen aan te horen. Ik kan wel zeggen dat de wervelkolom goed gestrekt moet worden, maar wat nu als dat door een scoliose onmogelijk is. Dit bewijst dat therapie altijd door de individuele hulpvraag wordt gestuurd". Met de workshop hoopt de Contactgroep Marfan meer bekendheid te geven aan het Marfansyndroom en ook de gunstige effecten te belichten die oefentherapie kan hebben. Omgekeerd weet iemand bij wie Marfan is vastgesteld niet altijd wat Cesar en Mensendieck inhoudt. Een goede intake is daarom geen overbodige luxe. Na een doorverwijzing van de specialist naar een oefenpraktijk zullen de vaak jonge patiënt en de ouders moeten worden ingevoerd in de filosofie en werkwijze van Cesar of Mensendieck. Hele jonge kinderen zouden ten aanzien van sensomotoriek en coördinatie

Master Fysiotherapie/Oefentherapie bij Mensen met Chronische Ziekten.

IN LEIDEN ÉN GRONINGEN!



www.hanze.nl/masterfysiotherapie



www.hsleiden.nl/fysio-oefentherapie

Bezoek onze informatie-avonden.

Zie website voor actuele data.

UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM



Evidence Based Practice MSc/Dr's

START 10^e ACADEMISCH JAAR SEPTEMBER 2011

Tweejarige universitaire deeltijd masteropleiding tot klinisch epidemioloog (medisch wetenschappelijk onderzoeker) voor medici, paramedici, verpleegkundigen en verloskundigen

Bridging healthcare 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
- locatie Faculteit der Geneeskunde - AMC

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

Marfan, zegt u?

Contactgegevens:

Secretariaat Contactgroep Marfan
Postbus 1809
3800 BV Amersfoort
Telefoon: 033 422 6546
contact@marfansyndroom.nl
<http://www.marfansyndroom.nl/>

Bezoekadres:
Stationsstraat 79 G
3811 MH Amersfoort

ook baat kunnen hebben bij de begeleiding en behandeling van een kinderoefentherapeut. Rachid: "Ik denk dat het bijzonder belangrijk is dat een Marfanpatiënt die door een oefentherapeut behandeld gaat worden, vooraf goed op de hoogte wordt gesteld van onze werkwijze. Spiegelgebruik kan voor sommigen namelijk confronterend zijn. Acceptatie van het ziektebeeld is hierin essentieel".

Tegelijk kan therapie helpen die acceptatie te vergroten, omdat ze erop gericht is patiënten bewust te maken van mogelijkheden en onmogelijkheden die het Marfansyndroom met zich meebrengt. Die bewustwording vindt plaats op het niveau van het fysiek (zoals belastbaarheid hart en longen, gewrichten) en op het niveau van de psyche (zoals acceptatie, het wegnemen van angst om te bewegen). Hierna kan een behandeltraject worden uitgestippeld.

De specifieke invulling wordt vooral bepaald door de individuele hulpvraag, omdat ieder mens, met of zonder het Marfansyndroom, anders is. Het halen van een vooraf vastgestelde doelstelling kan de anders neerwaartse spiraal doorbreken. Patiënten kunnen ergens naartoe werken. Motivatie en discipline om oefeningen daadwerkelijk uit te voeren zijn vanzelfsprekend een voorwaarde voor succes. Rachid: "Gedragsverandering ten aanzien van houding en beweging, evenals de manier waarop er met de klachten of beperkingen wordt omgegaan is hierin essentieel."

Afhankelijk van de ernst van de afwijkingen van hart en longen blijken veel Marfaners in staat de algehele lichamelijke conditie en uithoudingsvermogen te verbeteren met gerichte cardiovasculaire training. Deze zullen in goed overleg met de cardioloog, de hart-vaatchirurg en de longarts moeten worden gekozen. Hoewel de individuele hulpvraag een belangrijke rol speelt in de behandeling is overleg met specialisten op dit punt noodzakelijk. Een te hoge drukbelasting van hart en bloedvaten en in het bijzonder de aorta kan risicovol zijn.

Een juiste dosering van fysieke inspanning is voor Marfaners dus van cruciaal belang. Veel patiënten hebben last van chronische vermoeidheid. Celine kan al een paar jaar niet meer meedoen aan schoolsport. Sporten is doseren. Onder begeleiding van een fysiotherapeut doet Celine wekelijks aan cardiofitness om aan de conditie te werken en de spieren te versterken. Eens in de zes weken gaat zij naar Mensendiecktherapie vooral om de rug los te maken en de houding te verbeteren. Het verbeteren van conditie en uithoudingsvermogen vraagt om gewrichten en spieren die dit mogelijk kunnen maken. Omdat mensen met het Marfansyndroom last hebben van instabiele en hypermobile gewrichten, bestaat er angst of onzekerheid over de belastbaarheid van de spieren. Hierin ligt meteen de kracht van Cesar en Mensendieck. De oefentherapeut laat mensen voelen hoe gewrichten ergonomisch te gebruiken door een betere houding en coördinatie aan te leren. Hierdoor zijn spierversterkende oefeningen mogelijk en meer spierkracht verlaagt de druk op gewrichten. Resultaat is meer stabiliteit. Stabilisatieoefeningen zorgen ook voor een betere motoriek. Therapeuten werken met het zogenaamde model 'belastingbelastbaarheid' dat inzicht geeft in de balans tussen de belasting die op het lichaam wordt uitgeoefend en de hoeveelheid spanning die het kan verdragen. Het leren kennen, voelen en respecteren van die balans voorkomt fysieke overbelasting. Een scoliose die de neiging heeft te verergeren, kan met een versterkt spierkorset en een betere houding worden tegengegaan. Zowel vermoeidheid als bewegingsbeperkingen kunnen via oefentherapie verminderen. In algemene zin, wat niet wegneemt dat er tussen individuen

grote verschillen kunnen bestaan, kan oefentherapie een zichzelf versterkend mechanisme in gang zetten. Samengevat neemt een ergonomisch gebruik van hypermobile gewrichten bij Marfaners (en bij anderen) angst weg om te bewegen, waardoor de houding, de coördinatie, de conditie en het spierkorset verbeteren, wat resulteert in minder pijn en meer vertrouwen in wat het lichaam wél kan. Op deze manier kan gerichte actieve therapie betekenen dat Marfaners activiteiten in het dagelijks leven (ADL) langer volhouden. Motivatie en discipline om oefeningen daadwerkelijk te doen zijn een eerste voorwaarde voor succes.

Conclusie

De motivatie bij de Contactgroep Marfan om dit artikel te plaatsen is een zekere onbekendheid van het Marfansyndroom in de (para-)medische wereld. 'Marfan, zegt u?' hoopt een bijdrage te leveren aan het vergroten van die bekendheid.

Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck zijn prima toegerust om afzonderlijke aspecten van het syndroom die veel vaker voorkomen, zoals scoliose of hypermobilité van gewrichten, te behandelen. De individuele hulpvraag speelt een leidende rol in het behandeltraject. Rachid Mali benadrukt dat de complexiteit van het Marfansyndroom een nauwe samenspraak met specialisten vereist. Niet voor niets ondergaan Marfaners met een verwijde aorta (half)jaarlijkse check-ups. De belastinggrenzen zullen door de specialist, de therapeut én de patiënt moeten worden bewaakt.

En hoewel dit artikel voornamelijk een kennismaking is met de medische achtergronden van het Marfansyndroom, de oorzaken van de ziekte en gevolgen voor patiënten, staat het ook kort stil bij de praktische toepassing van oefentherapie voor Marfaners. Het is wellicht aanleiding en biedt aanknopingspunten om met betrokkenen kennis en expertise uit te wisselen over de mogelijkheden en onmogelijkheden van oefentherapie voor mensen met het Marfansyndroom. De Contactgroep Marfan is ook graag bereid om aanvullende informatie te verschaffen of vragen te beantwoorden. ●

Hulpvraag is leidend, overleg met specialisten noodzakelijk

Verantwoording

Er is gebruik gemaakt van informatie van de website www.marfansyndroom.nl en de volgende publicaties:
Informatie voor de huisarts over het Marfansyndroom, uitgave van Contactgroep Marfan
Het Marfansyndroom, uitgave van Contactgroep Marfan
Klinische genetica, het Marfansyndroom, uitgave van Contactgroep Marfan
Acceptatie van Marfan, lezing door A.F. van Helmond (14 september 1996)

Interviews met Miriam Meijerink en Rachid Mali, alsmede met Celine (en haar moeder) hebben een belangrijke inhoudelijke bijdrage geleverd aan dit artikel.

Rachid Mali is afgestudeerd oefentherapeut Mensendieck aan de Hogeschool van Amsterdam en werkt tien jaar als zelfstandige in een duopraktijk in Haarlem (centrum) en in een groepspraktijk binnen het gezondheidscentrum Velsbroek. Hij heeft vooral affiniteit met reguliere klachten als rug-, nek- en schouderklachten, evenals met chronische indicaties (Parkinson, reumatoïde artritis en status na CVA). Rachid heeft al enkele jaren een patiënt met het Marfansyndroom onder behandeling.

Miriam Meijerink studeerde in 1997 af als oefentherapeut Mensendieck in Amsterdam. Momenteel werkt zij in een groepspraktijk in Naarden. Miriam is allround oefentherapeut, maar behandelt vooral kinderen met houdingsklachten, mensen met werkgerelateerde klachten en vrouwen met aan zwangerschap gerelateerde klachten.

Compleet administratie programma voor de Oefentherapeut Cesar/Mensendieck

WinMens

- Digitaal oefentherapeutisch dossier volgens de nieuwste eisen
- Rechtstreeks declareren bij Vecozo
- Zorgmail
- BSN keurmerk (COV & SBV-z)
- Compleet Boekhoudprogramma

Gratis een demo downloaden via onze site.

NIEUW: WinMensOnline (september 2011)
Voor de grotere praktijk en voor therapeuten die online willen werken.

Vraag uw eigen Online Demo account aan via onze site.

Tel: 053 - 436 50 30
Email : info@fairware.nl
Website : www.winmens.nl



Declareren met e-DevoP

Eenvoudig COV Verslaglegging
Gratis download www.igcn.nl
Optimale uitvoeringen praktijk
Vanaf € 140,- p/jr. incl. btw

NIEUW! e-DevoP online

Helpdesk e-DevoP ma. t/m vr. 8:30-17.00 uur



T 030-634 22 44 keuze 2
E edevop@igcn.nl
I www.igcn.nl

De excellente oefentherapeut

van de toekomst

Auteur: Maloes Mulder
Begeleider: Chhetri Ober

Momenteel maakt de gezondheidszorg, en met name ook het beroep oefentherapeut, veel veranderingen door. In het artikel (Bewegreden, november 2010) van Morgan Bosma en Chhetri Ober werd de visie op het vakgebied oefentherapie beschreven. "In de toekomst zal het haast onmogelijk worden om je als oefentherapeut sterk te ontwikkelen door het bijhouden van wetenschappelijke ontwikkelingen en daarnaast ook te voldoen aan alle overige verplichtingen en kwaliteitseisen. Het ligt zeer voor de hand om keuzes te maken die toe te spitsen zijn op de drie rollen waarin een oefentherapeut zich kan ontwikkelen. De rol als oefentherapeutisch innovator, de rol als oefentherapeutisch manager en de rol als oefentherapeutisch specialist"¹.

Ook het onderwijs zal op de veranderingen in de toekomst moeten inspelen. Het Topclass traject van de Hogeschool Utrecht doet dat al, maar is binnen het beroepsveld van de oefentherapeut Cesar nog relatief onbekend. Toch zijn er enkele studenten aan de Hogeschool Utrecht die dit traject doorlopen om zich te ontwikkelen tot een "excellente professional". Het doel van dit artikel is de oefentherapeuten kennis te laten maken met de excellentie van studenten die de opleiding oefentherapie Cesar volgen en hoe dit in verband staat met de toekomstige veranderingen. Om een duidelijk beeld te geven wat excellentie is, zal als eerste het Topclass traject met de excellentiegebieden worden beschreven, waarna de koppeling naar de reguliere student en de toekomstige verandering bekeken wordt.

Topclass

Om excellentie te bevorderen is de Hogeschool Utrecht begonnen met het ontwikkelen van het Siriusprogramma. Op de Faculteit Gezondheidszorg is vanuit het Siriusprogramma en de Siriusster de Topclass ontworpen.

De Topclass is een apart traject dat gemotiveerde en getalenteerde studenten stimuleert om meer uitdaging in hun opleiding en zichzelf te vinden. De studenten krijgen in dit programma de mogelijkheid gedurende 2,5 jaar te excelleren door middel van extra inspanningen².

Een duidelijk beeld van de excellentiegebieden is te scheppen aan de hand van figuur 1³. Elke punt van de ster is gekoppeld aan een excellentiegebied, die gezamenlijk leiden tot een excellente professional. Het doorlopen van het Topclass programma en het uitvoeren van de opdrachten op een excellent niveau leidt tot onderscheiding ten opzichte van de reguliere student aan de opleiding Oefentherapie Cesar. Het programma dat gedurende 2,5 jaar wordt aangeboden is gebaseerd op de excellentiegebieden. Voor elk sterpunt moet de student projecten of opdrachten uitvoeren om de sterpunten te behalen².

Onderdeel	Prestatie	Criteria
Vakmanschap (één van deze producten)	Bovengemiddelde beoordeling stage	- Stagecontext is ten opzichte van standaard zwaarder - Stage met positief resultaat afgesloten
	Bovengemiddelde beoordeling beroepsproduct eindfase	- Op te leveren product is ten opzichte van standaard zwaarder - Product met positief resultaat afgesloten
Innovatie en disseminatie (één van deze producten)	Artikel	- Artikel is publicabel (vastgesteld door lector) in een voor de beroepscontext geschikt medium
	Presentatie	- Congres is belangrijk in de beroepscontext
Internationaal perspectief	Nominatie scriptieprijs	- Voorgedragen met instemming van onderwijsinstelling
	Blog	- Kennisuitwisseling, transparantie ten aanzien van leeropbrengsten en mogelijkheden tot interactie
	Presentatie of artikel Kennisuitwisseling thema	- Situatie ter plaatse fysiek ondervonden of internationaal samengewerkt - Relevant voor de beroepscontext of de werkzaamheden
Gedreven	Masterproof	- Toont aan visie te hebben op ontwikkelingen in het vakgebied en verbindt opgedane ervaringen en carrière ambities aan deze visie
Leiderschap	Reflectie op Leiderschapskwaliteiten	- Afgezet tegen standaard voor leiderschapskwaliteiten (zoals Covey)
	Rapportage/ presentatie leiderschap	- Leidende rol gehad in een team, waarbij taken verdelen, opdrachten geven en voortgang bewaken essentiële onderdelen waren - Presentatie van de leiderschapskwaliteiten, waarin helderheid over product, proces, eigen rol en de feedback van anderen
Totaal	Afstuderen	- Binnen 4 1/2 jaar
	Portfolio (reflectie)	1. Alle vijf bovengenoemde aspecten gerealiseerd 2. Portfolio verdedigd voor de excellentiecommissie

Figuur 1 de Siriusster met de vijf sterpunten



VAN DE Student

Gedurende de opleiding tot oefentherapeut Cesar en Mensendieck krijgen de studenten opdrachten. In deze rubriek zal er elke keer een product van de student te lezen zijn. Meer artikelen van studenten kunt u vinden op www.kinderoefentherapie.nl en op www.hetbeweegplein.nl.

Buiten het volgen van dit programma is er ook de mogelijkheid om een eigen excellente ontwikkeling te plannen. Hierbij ontwikkelt de student zelf de opdrachten of projecten die gekoppeld zijn aan een sterpunt of meerdere sterpunten. Een groot voordeel hiervan is dat de student een eigen route kan bepalen die gericht is op de ontwikkeling op het gekozen beroep.

Tabel 1 geeft een beschrijving van de sterpunten die zijn gekoppeld aan de prestaties die uitgevoerd moet worden, met de daarbij horende criteria waaraan de activiteit minimaal moeten voldoen om het sterpunt te kunnen behalen. Wanneer de student alle sterpunten heeft behaald, leidt dit tot het predicaat excellent. Daarbij ontvangt de student van het College van Bestuur Hogeschool Utrecht een aanbevelingsbrief.

Hieronder wordt elk sterpunt beschreven met de hieraan gekoppelde eisen (tabel 1)². Ook worden er kleine voorbeelden gegeven van projecten die oefentherapiestudenten, aangemeld bij de Topclass, hebben uitgevoerd of gaan uitvoeren.

Vakmanschap

Op het gebied van vakmanschap dient de excellente student op hoog niveau bekwaam te zijn. De student dient te beschikken over een stevige, interdisciplinaire verankerde basiskennis waarbij de student op systematische wijze reflecteert op het professioneel handelen van zichzelf. Als prestatie moet de student een bovengemiddelde eindbeoordeling (>7,5) behalen bij de Seniorstage of een bovengemiddelde beoordeling van het beroepsproduct in de eindfase van de opleiding. De student zal extra onderdelen uitvoeren tijdens het lopen van de seniorstage of het maken van het eindproduct.

Een voorbeeld van een opdracht op het gebied van de sterpunt vakmanschap is het zelfstandig ontwikkelen van een richtlijn of een onderzoek doen gericht op een specifieke klacht tijdens de seniorstage, in tegenstelling tot de reguliere student. Van de reguliere student wordt namelijk verwacht dat de student mee kan werken aan het ontwikkelen van een richtlijn, maar deze niet zelfstandig hoeft vorm te geven.

Innovatie en disseminatie

Innovatie is belangrijk om de aangeboden zorg te vernieuwen, te verbeteren en te verdiepen. Hierdoor is het onderdeel innovatie belangrijk voor het beroep Oefentherapie Cesar. De excellente student zal ook op gebied van innovatie, implementeren en het verspreiden van kennis op hoog niveau bekwaam moeten zijn. De prestaties die gekoppeld zijn aan de sterpunt innovatie zijn het schrijven van een publicabel artikel in een erkend vaktijdschrift, een presentatie op (inter)nationaal congresniveau of een nominatie voor een scriptieprijs. Vanuit het vaste programma van de Topclass wordt het onderdeel Future Search aangeboden. De opdracht van dit project houdt in: "realiseer een innovatieconcept dat invloed heeft op de efficiëntie en effectiviteit van de zorg. Geef bekendheid aan het concept en verkoop het concept zo mogelijk". Uiteindelijk wordt dit project gepresenteerd en beoordeeld door een vakjury. Ook ontwikkelen de studenten het product en zullen ze het introduceren in het beroepsveld.

Internationaal perspectief

Excellentie houdt ook in dat de student buiten de grenzen van zijn/haar vak kan kijken. Dit betekent dat de student de positie van het vak op internationaal vlak leert ontdekken en op de hoogte is van belangrijke internationale ontwikkelingen. Een belangrijke prestatie gedurende het internationaal verblijf is de multidisciplinaire samenwerking, waarbij nieuwe contacten opgedaan en onderhouden worden. Deze nieuwe contacten zullen uiteindelijk tot nieuwe projecten voor andere Topclass studenten moeten leiden. Daarnaast dien je voor het behalen van dit sterpunt een presentatie te geven of een artikel te publiceren met kennisuitwisseling als onderliggend doel.

Een mooi voorbeeld van een project gericht op het onderdeel internationale oriëntatie is in de zomer van 2010 uitgevoerd. Tijdens dit project hebben studenten vanuit verschillende disciplines van de Faculteit Gezondheidszorg en de Faculteit Economie een onderzoek voor de Lornah Kiplagat Foundation uitgevoerd in Kenia. Het gezamenlijke doel van dit project was een haalbaarheidsstudie uit te voeren voor het gezondheidscentrum binnen de Lornah Kiplagat Sports Academie voor meisjes. Deze haalbaarheidsstudie is gepresenteerd aan de eigenaar van de Lornah Kiplagat Sports Academie en aan het bestuur en de docenten van de Hogeschool Utrecht.

Gedrevenheid

Op het gebied van gedrevenheid heeft de excellente student passie en visie op het beroep. De student bezit een beeld van het vakgebied en de ontwikkelingen die hier binnen plaatsvinden. Daarnaast kan de student de ontwikkelde visie, passie en gedrevenheid presenteren vanuit opgedane ervaringen in de Bachelor. Hierbij toont de student aan visie te hebben op ontwikkelingen binnen het vakgebied en verbindt deze opgedane ervaringen en carrièreambities aan deze visie. Op het gebied van gedrevenheid zal de excellente student een visie op het beroep kunnen creëren en verdedigen op basis van alles wat de student in de vier jaar studie ondernomen heeft. Een belangrijk vraagstuk voor het onderdeel gedrevenheid is, hoe geeft de excellente professional sturing aan de ontwikkeling van het beroep?

Leiderschap

Het eerste onderdeel dat wordt aangeboden in het programma van de Topclass is de leiderschapskursus. Als excellente professional ben je in staat leiding te geven. Dit betekent dat tijdens deze cursus inzicht wordt gegeven in de verschillende vormen van leiderschap en leiderschapsstijlen. Ook hebben de studenten tijdens de leiderschapskursus hun eigen leiderschapskwaliteiten ontwikkeld, door middel van het ervaren en uitvoeren van de verschillende leiderschapsstijlen tijdens verschillende projecten. In deze cursus staat dan ook het ervaren van de verschillende leiderschapsstijlen en de toepassingen hiervan centraal. De prestatie die komt kijken bij de sterpunt leiderschap is een reflectie kunnen geven op verschillende leiderschapskwaliteiten. Daarnaast moet er ook een rapportage worden gedaan of een prestatie worden geleverd gericht op leidinggevende rollen binnen een team/ organisatie en de leiderschapsstijlen. Een voorbeeld van het toepassen van de verschillende leiderschapsstijlen en het uitvoeren van een leidinggevende functie is de "beautifulday".

HVA



Hogeschool van Amsterdam
Creëer je eigen kansen

Dé opleiding voor werkende oefentherapeuten

Heb je de driejarige opleiding Oefentherapie Mensendieck voltooid en ben je geïnteresseerd in de internationaal erkende titel 'Bachelor of Health'?

Kijk dan op onze site voor meer informatie over de verkorte route voor je bachelor degree. De verkorte route is goed te combineren met werk of gezin. We kijken naar jouw kennis en ervaring en hebben alle lessen ingepland op vrijdagen.

www.hva.nl/werkende-oefentherapeuten



De excellente oefentherapeut van de toekomst

Tabel 2
aantal aangemelde studenten aan de opleiding Oefentherapie Cesar. Het aantal studenten dat zich heeft aangemeld bij de topclass en het aantal studenten dat de topclass heeft afgerond

Jaar	Aantal studenten	Aanmelding Topclass	Afronding Topclass
2007	84	0	0
2008	142	6	Verwacht 4
2009	172	Tot nu toe 3	?
2010	243	?	?

Hierbij hebben de studenten een dag georganiseerd vol zorgeloos plezier voor mensen die het niet gemakkelijk hebben of die bijzondere aandacht verdienen.

Tijdens deze dag moesten de Topclass studenten zelf de verschillende taken, verantwoordelijkheden en rollen verdelen. Elke student had een leidinggevende functie en was uiteindelijk verantwoordelijk voor de voorbereiding, uitvoering en afronding van verschillende onderdelen van deze dag.

Ook hebben de studenten een onderzoek uitgevoerd gericht op de leiderschapsstijlen en de leidinggevende rollen binnen een bedrijf. Uit het onderzoek moest naar voren komen welke leiderschapsstijl gehanteerd wordt binnen dat bedrijf. En of deze leiderschapsstijl optimaal uitgevoerd wordt door de werkgever en geaccepteerd wordt door de werknemers.

Aanmelding

Elk jaar melden zich studenten aan voor het Topclass traject omdat ze uitdaging en toevoegingen zoeken naast hun opleiding. In de afgelopen drie jaar hebben 9 oefentherapie Cesar studenten zich aangemeld om het Topclass traject te volgen en zich te ontwikkelen tot een excellente professional. In tabel 2 zijn de aanmeldingen van de oefentherapiestudenten voor het Topclass traject te zien. Ook is in deze tabel het aantal aanmeldingen te zien van de studenten aan de opleiding oefentherapie Cesar. Het jaartal is gebaseerd op de aanmelding bij de studie. De vraagtekens staan voor een onbekend aantal studenten die het Topclass traject gaan doorlopen. Dit betreft de studenten uit 2009 die aankomende februari beginnen met het Topclass traject en de studenten uit 2010 die nog kennis moeten maken met het Topclass traject.

Vanuit de ontwikkelingen binnen de zorg is er al gesproken over de toekomstige professionals, die een keuze moet maken op welk gebied zij zich gaan richten. Deze keuze dient gemaakt te worden want excelleren op alle gebieden is tegenwoordig haast onmogelijk. Deze drie gebieden (de oefentherapeut als innovator, manager en specialist) kunnen in de siriusster vergeleken worden met de excellentiepunten leiderschap, innovatie en gedrevenheid. Houdt dit dan in dat de studenten die het Topclass traject geheel doorlopen hebben zich (wel) kunnen benoemen als excellente professional en klaar zijn voor de verwachte veranderingen in het beroep?

Opvallend is wel dat een zeer klein aantal van de oefentherapiestudenten dit traject heeft doorlopen. Aangezien de toekomstige veranderingen

gen nog niet uitgevoerd zijn, is het niet duidelijk of de studenten die het Topclass programma volgen klaar zijn voor de toekomstige eisen. Wanneer dit echter wel zo is, zullen meer studenten de Topclass moeten gaan volgen.

Je zou namelijk verwachten dat de opleiding Oefentherapie Cesar de student voorbereidt op alle veranderingen. Wat als het grootste deel van de afgestudeerde oefentherapeuten straks onvoldoende is toegerust om aan alle eisen te voldoen? Houdt dit in dat dan het grootste deel van de afgestudeerde studenten helemaal niet klaar is voor het toekomstige beroep oefentherapeut en hierdoor mee wordt gesleept om ook een keuze te maken binnen het beroep?

Dankwoord

Graag zou ik de volgende personen willen bedanken. Als eerste Chhetri Ober voor het begeleiden en het geven van een verhelderend beeld gedurende de ontwikkeling van dit artikel. Daarnaast wil ik de coördinatoren van de Topclass, Myrian van Koolbergen en Remco Coppoolse bedanken voor hun inbreng op het gebied van gegevens en de toestemming voor het mogen gebruiken van hun artikel en de cijfers van aanmelding. Als laatste wil ik medestudent aan de opleiding Oefentherapie Cesar en het Topclass traject, Jolijn Sorgdrager bedanken voor het delen van haar beloop binnen het Topclass traject op het gebied van de verschillende projecten.

Citaat vanuit handleiding:

Een excellente beroepsbeoefenaar is in staat de beroepsuitoefening vanuit een breed (internationaal) perspectief te beschouwen, expliciet bij te dragen aan de verdere professionalisering van het beroep, waardoor bij uitstek de mogelijkheid ontstaat vanuit de actuele uitoefening van het beroep door te groeien naar sleutelfuncties in de beroepsomgeving (de inhoud van excellentie volgens het Siriusprogramma). ●

Over de auteurs

Maloes Mulder is derdejaars student aan de opleiding Oefentherapie Cesar. Daarnaast doorloopt ze het Topclass traject van de faculteit gezondheidszorg van de Hogeschool van Utrecht. Chhetri Ober is oefentherapeut Cesar en onderwijskundige. Hij werkt als projectleider en onderwijskundig adviseur aan de Faculteit Gezondheidszorg en de Faculteit voor Communicatie en Journalistiek, Hogeschool Utrecht. Hij is tevens coördinator van het Topclass programma Future Search. Chhetri is auteur van het boek 'Oefentherapie' dat in 2008 is uitgegeven bij uitgeverij Lemma. Bij dezelfde uitgever is dit jaar van hem het boek 'De leeromgeving centraal' uitgebracht, waarin hij zijn visie op het hoger beroeps onderwijs beschrijft.

Literatuur

Morgan Bosma en Chhetri Ober (2010), Beweegreden, In welke richting gaat de oefentherapeut zich bewegen, p7,8
Remco Coppoolse en Myrian van Koolbergen (2010) Vakblad voor opleiders in het gezondheidszorgonderwijs, Top Class, een extra uitdaging voor getalenteerde studenten, p8-12
Richard Versmissen ea, (2009), Hogeschool Utrecht, Boven het Maaiveld: excellent zijn in HU
Remco Coppoolse en Chhetri Ober (2010) Kaartensterpunten.

*"Al met al, de Topclass biedt mij veel mogelijkheden.
En dan zeker gericht op mijn toekomst"*

(Jolijn Sorgdrager, student oefentherapie Cesar en student Topclass)

Recensies

De recensies zijn van Joke Schat

Anatomie en fysiologie

Auteurs: F. Martini en E. Bartholomew
Uitgeverij: Pearson Education
ISBN: 978-90-430-1389-5
Prijs: € 89,95



Een dik boek van 800 bladzijden, in kleuren-druk en goed ingebonden (ingenaaid).

Het is de 4e druk van dit indrukwekkende naslag- en studieboek.

Vragen zoals: welke invloed hebben de orgaanstelsels op elkaar en wat is de invloed bij disfunctie van het ene orgaan op de overige organen worden in dit boek duidelijk beantwoord. De illustraties en schema's zijn helder en maken het boek goed leesbaar.

Doelgroep: studenten met een opleiding in de gezondheidszorg.

Een goed, duidelijk en handig ingedeeld boekwerk!

Bekkenbodembodem

Auteur: Helga D. Hentzepeter-Van Ravensberg
Uitgeverij: Bohn Stafleu van Loghum
ISBN: 9789031374946

Dit boek heeft als ondertitel: Voorkomen en verminderen van bekken(bodem)klachten.

Begeleiding door de fysiotherapeut.

Uit wetenschappelijk onderzoek is de relatie bekend tussen lage rug- en bekkenpijn en verzakkingklachten en urine-incontinentie. Deze bekkenbodembodem disfuncties kunnen als oorzaak een verkeerd spiergebruik en bijvoorbeeld fouten in de til- en transfertechnieken, een verkeerde ademhaling en het adem inhouden als oorzaak of als verergerende factoren hebben.

In dit boek worden mogelijke oorzaken genoemd en er worden handreikingen gedaan om dit te voorkomen en te verhelpen. Ook bevat het boek veel beschreven oefeningen voor alle spiergroepen en de voornaamste ontspanningsmethoden. Met dit boek heb je voldoende informatie om een bewegingsprogramma op te zetten voor mensen met klachten van de bekkenbodembodem.

Een praktisch en bruikbaar boek.

Praktische handleiding longfunctietesten

Onder redactie van Y.F. Heijdra en H.A.C. van Helvoort
Uitgeverij: Bohn Stafleu van Loghum
ISBN: 9789031375554
Prijs: € 29,50



Dit boekje bevat veel tabellen en grafieken met als doel de uitslag van de longfunctietesten beter te doen begrijpen. Het boekje geeft meer fysiologische kennis van longfuncties en geeft antwoord op vragen als: Welke test meet wat, hoe moet je de resultaten interpreteren. Welke afwijkingen kunnen met de testen worden aangetoond en welke klinische vragen kunnen worden beantwoord. Het is een duidelijk boekje met veel grafieken en tekeningen, uitgevoerd in zwart, grijs en blauwe kleurendruk.

Bewegingsapparaat

Uit de serie: NHG Standaarden
Uitgeverij: Bohn Stafleu van Loghum
ISBN: 9789031384594
Prijs: € 40,00



Dit naslagwerk toont een overzicht van de evidence based richtlijnen voor de huisartsgeneeskundige zorg, geboden aan patiënten die lijden aan klachten van het bewegingsapparaat. Een duidelijke indeling zorgt dat je snel een standaard kunt vinden die richtlijnen bevat over de diagnostiek en het beleid van behandelingen van deze klachten. Niet alleen voor huisartsen, maar ook voor paramedici is dit boek een praktische gids. Er zijn kernboodschappen in opgenomen waar in korte bewoordingen duidelijk gemaakt wordt



wat de belangrijkste feiten zijn bij de daarin genoemde aandoening.

De richtlijnen betreffen de adviezen bij de besproken aandoeningen en bijvoorbeeld de passende medicatie.

Een duidelijk boek, gedrukt in zwart en groentinten en daardoor makkelijk leesbaar.

2 waaiers van uitgeverij Thema.

Dit zijn kleine geplastificeerde, niet glanzende boekjes, gebonden als een waaier. Ze zijn makkelijk leesbaar en erg handig in gebruik en ook licht en klein om mee te nemen.

De titels:

NLP effectief kort krachtig

Auteur: Carla Sinnema
Prijs: € 15,95
ISBN: 9789058713292



Inhoud: krijg grip op je emoties, bereik je doelen met NLP en de tips uit deze waaier.

Hoe kun je effectiever denken en beter communiceren met anderen? Deze technieken staan kort beschreven in de waaier.

Mindfulness on the road

Auteur: Gijs Jansen
Prijs: € 14,95
ISBN: 9789058713919



Inhoud: met mindfulness en tips en oefeningen uit deze waaier vergroot je de openheid en bereidheid om je leven te ervaren met voor- en nadelen. De auteur vergelijkt het met de manier waarop kinderen in het leven staan: onbevangen en nieuwsgierig, voor 100% opgaan in alles wat ze doen. Als klein naslagwerkje voldoen de waaiers allebei prima.

Je bent oefentherapeut geen administrateur



Intramed, complete praktijksoftware voor de Oefentherapeut Cesar/Mensendieck!

- Verslaglegging Oefentherapie volgens richtlijnen VvOCM (ook geschikt voor DTO)
- Standaard prijslijst Oefentherapie
- Jaarverslag praktijk & kwaliteit
- Vrije tarieven registratie per verzekeraar
- Groepslessen gezamenlijk inplanbaar
- Een Service Centrum waar u deskundig en vriendelijk wordt geholpen, ook 's avonds!
- Beveiligd declareren bij alle zorgverzekeraars
- Elektronisch controleren waar uw patiënt verzekerd is

Na een BSN check vult Intramed automatisch uw patiëntenkaart in.
Dat is snel, foutloos en makkelijk voor u!

En er is nog veel meer!

Wilt u zelf zien wat Intramed te bieden heeft? U kunt de software drie maanden in de praktijk gebruiken, inclusief elektronisch declareren. Dit is zonder kosten en zonder verdere verplichtingen. U vindt een aanvraagformulier op de website of u kunt bellen. Wij sturen u de software binnen drie werkdagen toe.

Noordkade 94
2741 GA Waddinxveen
T 0182 62 11 07 - F 0182 62 11 99
www.intramed.nl



Intramed



Het gemak van Intramed



VvOCM
Vereniging van
Oefentherapeuten
Cesar en Mensendieck

Kaap Hoorndreef 54 - 3563 AV UTRECHT - Telefoon: 030 - 2625627 - E-mail: info@vvocm.nl - www.vvocm.nl / www.oefentherapeut.nl

BESTUUR:

Pieter Scholten
Interim voorzitter/Penningmeester

Vacature
Portefeuille Professionaliteit en Wetenschap

Frans Koornberg
Portefeuille Samenwerking en Bekendheid

Debby van Rijn
Interim secretaris