

BEWEEGREDE

Vakblad voor Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck



JAARGANG 7, UITGAVE 3, NOVEMBER 2011

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 aanvankorting
- 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

BEWEEGREDEN, 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

Redactieadres
Ingrid de Wilt
Kaaop Hoorndreef 54
3563 AV UTRECHT
Tel. 030-2625627
E-mail: redactie@wocm.nl

Advertenties
Advertentiemateriaal dient uiterlijk 2 maanden voor de verschijningsdatum van het blad digitaal aangeleverd te worden. Advertentierieven 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 gereedgemaakte 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

Het is alweer november, najaar 2011. De dikke jassen, sjaals en mutsen worden weer uit de kast gehaald als we ons opmaken voor een wandeling in herfstachtige sferen. De 'donkere' avonden zijn lang, genoeg tijd dus om de laatste Beweegreden van dit jaar te lezen.

Als redactie kijken we tevreden terug op het afgelopen jaar. We hopen dat u onze mening deelt dat we drie uitgaven hebben kunnen maken die gevuld waren met leuke, leerzame, verhelderende en vernieuwende artikelen. Uit uw reacties - die we erg waarderen! - kunnen we concluderen dat het is gelukt u te prikkelen tot verdieping. Sinds oktober kunt u uw opmerkingen en reacties ook plaatsen onder het kopje Beweegreden op het forum van het Beweegplein.

We zijn blij te kunnen melden dat we in 2012 weer 4 x gaan publiceren. U kunt Beweegreden verwachten eind februari, mei, augustus en november. De deadline is steeds 2 maanden eerder. In het verlengde hiervan kunnen we u tot onze vreugde melden dat Evelien Seijger en Kitty Hueting de redactie komen versterken.

In dit nummer:

Amber, onze columnist, is er opnieuw in geslaagd de vinger op een gevoelige plek te leggen. Het thema "vage klachten" zal iedere oefentherapeut aanspreken. In het artikel "Somatisatie, aanpak door de huisarts", worden adviezen beschreven om patiënten met onverklaarbare lichamelijke klachten op een juiste manier te benaderen. We zijn als oefentherapeuten C/M sinds 1 juli 2008 direct toegankelijk. In het artikel "Evaluatie twee jaar Directe Toegankelijkheid Oefentherapie" krijgt u antwoord op een aantal onderzoeksvragen over DTO. "In 10 Stappen van idee naar training" kan een steun zijn, mocht u plannen hebben een training of workshop te organiseren. Toesa Potter interviewde mw. dr. Van Eijsden-Besseling, revalidatiearts en onderzoeker aan het UMC in Maastricht. Zij heeft onderzoek gedaan naar de primaire en secundaire preventie van specifieke KANS bij beeldschermwerkers en is daarop gepromoveerd. Het onderzoek bracht een aantal opmerkelijke feiten aan het licht. Vera Baadjou, revalidatiearts in opleiding en promovenda aan de Universiteit Maastricht gaat onderzoeken of een op Mensendieck gebaseerde behandelmethode effectief is tegen KANS-klachten bij musici. In "Depressive Symptoms, Anatomical Region and Clinical Outcomes for Patients Seeking Outpatient Physical Therapy for Musculoskeletal Pain" wordt de invloed van depressieve klachten en chronische pijn beschreven. Onder "Van de werkvloer" wordt aandacht besteed aan reumatische voetproblemen en vertelt Hans Roerade over de samenwerking tussen oefentherapeut en podotherapeut. In "Kwaliteitsmeting binnen oefentherapie" kunt u uw licht opsteken over beheers- en plusdaudtis. Tot slot heeft Joke Schat weer de moeite genomen om wat vakinhoudelijke literatuur te lezen en te bespreken.

Voordat u verder leest, willen we uw bijzondere aandacht vragen voor een van onze ereleden. We feliciteren mw. Maerle Huizinga van harte met haar honderdste verjaardag.

Petronella Haga

Erelid 100 jaar

Maerle Huizinga, erelid van de VvOCM, is op 12 oktober 100 jaar geworden. Mw. Huizinga, tijdens haar werkzame leven beter bekend als mevrouw Spruijtenburg-Huizinga, werd in 1987 benoemd tot erelid van de Nederlandse Mensendieck Bond – een voorloper van de VvOCM. Zij was ook lange tijd secretaris van de Bond en gaf jarenlang praktijklessen op de opleiding. Mw. Huizinga volgde begin jaren 30 de opleiding Mensendieck in Amsterdam. Daarna werkte zij korte tijd in Frankrijk alvorens in 1936 een praktijk over te nemen in Rotterdam. Na de Tweede Wereldoorlog, inmiddels moeder geworden, bouwde zij een nieuwe en al snel bloeiende praktijk op in Bussum. In de jaren 70 werkte zij ook mee aan een onderzoek naar de effecten van oefentherapie. Het plezier dat zij beleefde in haar werk maakte haar erg geliefd bij haar patiënten. Op 76-jarige leeftijd, nog steeds praktiserend, werd zij benoemd tot erelid. In 2003 verhuisde mw. Huizinga naar Velp, waar zij nog steeds woont in het HA Lorenzhuys.



INHOUD

- 5** *Column*
Participatieprobleem
- 6** *Somatisatie*
aanpak door de huisarts
- 11** *Evaluatie*
twee jaar Directe Toegankelijkheid Oefentherapie
- 16** *In 10 stappen*
van idee naar training
- 22** *Karakter speelt rol*
in krijgen en houden van specifieke KANS
- 24** *Pijnlijke liefde*
voor muziek
- 26** *Depressive Symptoms*
Anatomical Region, and Clinical Outcomes for Patients Seeking Outpatient Physical Therapy for Musculoskeletal Pain
- 35** *Wat doet u*
met een reumatische voet?
- 36** *Gezamenlijk voetenwerk*
spreekuur oefentherapie / podotherapie
- 37** *Kwaliteitsmeting binnen oefentherapie*
een kwestie van kiezen en gekozen worden
- 38** *Recensies*



Participatieprobleem

COLUMN

Amber Elings

'Ik heb een zorgvraag. Ik ben een patiënt die lijdt aan een kritische instelling maar voel dat ik onvoldoende energie heb om dit aan te pakken, therapeut. Ook is er wat instabiliteit in mijn privéleven en is uit functieonderzoek gebleken dat ik wellicht te weinig in huis heb om deel te nemen aan bepaalde activiteiten. Ik wil van alles, maar ik voel ook een groot onvermogen om hier effectief mee om te gaan. Wat kan ik doen?'

Noem het een participatieprobleem. Je ziet van alles om je heen gebeuren, maar deelnemen, ho maar. We zijn te druk, niet kundig genoeg, niet geïnspireerd. Ik heb eerder geschreven dat de oefentherapeut op een eiland lijkt te wonen. Zelfstandige ondernemers in een kleine setting. De meesten van ons voelen zich geen deel van het grote geheel. Deel uit maken van de opleidingscommissie of notuleren bij een vergadering lijken klusjes die ideaal zijn... Voor een ander.

Als je Beweegreden saai vindt, moet je interessante content insturen. Als je het Platform Bedrijfoefentherapie mist, verzamel dan collega's om je heen. Kortom; doe wat. Ik heb altijd geleerd dat ik geen commentaar mag geven als ik me daarnaast niet inzet voor een constructieve oplossing. Dus combineer ik beide en ben columns gaan schrijven met twee doelen; collega's active-

ren en collega's irriteren. Als dat lukt, is mijn opzet geslaagd. Zoals trainingsmaatje Jan altijd zegt; 'zonder wrijving geen glans'. Blij was ik dus, toen ik na mijn vorige column reacties kreeg uit het werkveld. De één vol enthousiasme, de ander faliekant tegen. Fantastisch! Er is iemand genoeg geprikkeld om over te gaan tot actie.

Voor de meeste organisaties die steunen op vrijwilligers geldt dat 90% van het werk door 10% van de mensen wordt gedaan. Ook onze beroepsvereniging en redactie hebben meer handen en voeten nodig. Waar kan jij bijdragen? Kom van je eiland en schrijf de redactie of bel de beroepsvereniging. Of je nu gedreven bent door altruïsme of door een stevige irritatie, inzet wordt gewaardeerd!

Participatieproblemen kunnen behandeld worden. Een doel, een plan en een goede

oefentherapeut zijn ingrediënten voor succes.

Interactief deelnemen

Op LinkedIn zijn een paar groepen actief waar oefentherapeuten discussiëren en advies zoeken bij elkaar over uiteenlopende onderwerpen. Ook op Twitter zijn de eerste oefentherapeuten gesignaleerd die via dit medium PR voeren en contact houden met patiënten. Wat vind jij van deze ontwikkeling? Reageer via de diverse sociale media en stuur mij of de redactie een mail. ●

Amber Elings is eigenaar van Aeflex. Als bedrijfoefentherapeut is ze gespecialiseerd in het creëren van een gezonde werkomgeving, of dat nu in een productielijn, trein of computerwerkplek is.
www.aeflex.nl
amber@aeflex.nl
[@amberelings](https://twitter.com/amberelings) (twitter)



Somatisatie

aanpak door de huisarts

Dr. P.L.B.J. Lucassen¹ en mevr. drs. H.J. van Ravesteijn²

¹ Huisarts, senior onderzoeker Afdeling Eerstelijngeneeskunde, Radboud Universiteit, UMC St Radboud, Nijmegen

² Arts in opleiding tot psychiater, onderzoeker, Afdeling Eerstelijngeneeskunde, Radboud Universiteit, UMC St Radboud, Nijmegen

Dit artikel is oorspronkelijk verschenen in *Bijblijven*, een uitgave van Bohn Stafleu van Loghum (www.bsl.nl).

Als het gaat over somatiserende patiënten, dan leidt dat bij veel dokters meteen tot een vervelend gevoel: de moed zakt in de schoenen, want er wordt toch nooit iets ‘echts’ gevonden. Dokters denken bij de term ‘somatisatie’ aan de neiging van bepaalde patiënten om hun psychische spanningen te vertalen in lichamelijke klachten. De officiële definitie van Lipowski legt de nadruk op het somatisch onverklaard blijven van de klachten en het desondanks hulp blijven zoeken bij de arts: somatisatie is een neiging lichamelijke klachten te ervaren en te uiten, deze toe te schrijven aan lichamelijke ziekten en er medische hulp voor te zoeken, terwijl er geen somatische pathologie gevonden wordt die de klachten voldoende verklaart.¹

Er is iets vreemds aan de hand met dit begrip. Het lijkt immers logisch – uitgaand van de eenheid van lichaam en geest – dat mensen met psychische spanningen ook lichamelijke klachten krijgen (en andersom, dat lichamelijke klachten gepaard gaan met psychische fenomenen), dus waarom zou je dat dan beschouwen als iets ziekelijks? En hebben patiënten niet gelijk als ze hun dokter blijven bezoeken voor een hinderlijke of verontrustende lichamelijke klacht, ook al kan de dokter niks vinden? De definitie legt het probleem eenzijdig bij de patiënt, terwijl dokters ook een rol spelen bij somatisatie. Want, zijn dokters eigenlijk wel goed toegerust voor de aanpak van lichamelijke klachten waarvoor geen lichamelijke oorzaak te vinden is? En zo nee, leidt dit niet goed

toegerust zijn dan niet logischerwijs tot irritaties en spanningen in consulten met patiënten met dergelijke klachten? En dragen die spanningen en irritaties vervolgens niet bij aan het blijven bestaan van de klachten? Maar anderzijds: de meeste dokters zijn het erover eens dat er een bepaalde groep patiënten is die toch op z'n minst gradueel verschilt van veel andere patiënten. Wat is er dan zo speciaal aan die groep mensen en wat zorgt ervoor dat veel dokters moeite met hen hebben? Welke kenmerken hebben zij gemeenschappelijk en hoe zou de hulp aan deze mensen verbeterd kunnen worden? In het navolgende wordt dieper ingegaan op de volgende punten:

- Patiënten die vaak met lichamelijk onverklaarde klachten bij de dokter komen, hebben inderdaad een aantal kenmerken die hen onderscheiden van andere patiënten.
- Dokters hebben een aantal gemeenschappelijke opvattingen over deze patiënten die dokters belemmeren goede zorg te leveren aan deze patiënten.
- Er bestaat een basisbenadering tijdens consulten die de kans op wederzijdse irritatie en daardoor verslechterde arts-patiëntrelatie kleiner maakt.
- Voor het goed toepassen van de basisbehandeling is het noodzakelijk dat dokters zowel weten wat de kenmerken van patiënten zijn als beseffen welke opvattingen ze zelf hebben.
- Voor patiënten die ondanks een goede basisbenadering toch veel klachten houden, bestaat een aantal redelijk effectieve behandelingen.

Voorkomen

Als het gaat over het bezoeken van de dokter voor klachten die onverklaard blijven: dat komt erg vaak voor. Het is welhaast fysiologisch om op gezette tijden eens een klacht te hebben, hoofdpijn bijvoorbeeld, ermee naar de dokter te gaan en thuis te komen met de boodschap dat het vanzelf overgaat zonder nu duidelijk te weten waar het vandaan komt. Meestal gaat het ook vanzelf over, waarschijnlijk vooral door het gunstige effect van de tijd en deels door wat de huisarts gezegd en gedaan heeft. Het grootste deel van het werk van de huisarts gaat over dergelijke klachten. In classificatiesystemen worden dit ‘symptoomdiagnoses’ genoemd: het symptoom is hier de hoogst mogelijke diagnostische categorie, die niet door ziekte verklaard kan worden. Veel van de aan de dokter gepresenteerde symptomen blijven onverklaard; in de literatuur vindt men hierover zeer uiteenlopende getallen, variërend van een derde tot driekwart van de patiënten die hen bezoeken.²⁻⁴ Meestal is er over een specifieke klacht ook maar één enkel contact met de dokter. Het echte probleem voor huisartsen schuilt in de groep patiënten die chronisch met onverklaarde klachten komt. Maar de frequentie van dat probleem is lager dan gewoonlijk gedacht wordt: slechts bij 2,5% van alle patiënten die contact hebben met de huisarts is sprake van het chronisch

Samenvatting Wanneer patiënten herhaaldelijk medische hulp zoeken voor lichamelijke klachten waarvoor geen somatische oorzaak aan te wijzen is, wordt dat somatisatie genoemd. Het is een lastig probleem voor patiënten en artsen. Een belangrijke factor bij het ontstaan van somatisatie is interoceptieve sensitiviteit: het ontwikkelen van een, ook fysiek, grotere gevoeligheid voor de doorgifte, waarneming of beleving van lichamelijke prikkels. Artsen dragen bij aan somatisatie: bij patiënten met onverklaarde klachten blijken artsen veel minder goed te communiceren dan bij patiënten met verklaarde klachten. Dit artikel geeft adviezen voor de benadering van patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten.



De definitie legt het probleem eenzijdig bij de patiënt, terwijl dokters ook een rol spelen bij somatisatie

presenteren van onverklaarde klachten.⁵ De meest voorkomende klachten bij deze patiënten zijn pijn en moeheid.

Naamgeving

Er bestaan in de Nederlandse literatuur over dit onderwerp veel verschillende namen en er is discussie over wat de beste naam is.⁶ In het algemeen wordt de term 'somatisatie' gebruikt om het (veronderstelde) proces dat zich afspeelt binnen de patiënt aan te duiden. De term 'somatische fixatie' betekent ongeveer hetzelfde, al doet die term ook enigszins recht aan de rol van de arts in dit proces.⁷ De naam van de conditie of 'diagnose' is relevant voor communicatie tussen artsen, voor wetenschappelijk onderzoek en niet in het minst voor de patiënt. Die wil immers weten wat hij/zij heeft! Enkele namen die nu in omloop zijn, zijn medisch onverklaarde klachten, lichamenlijk onvoldoende verklaarde klachten, vage klachten, aspecifieke klachten, ongedifferentieerde somatoforme stoornis, somatoforme stoornis, functionele klachten en functionele syndromen (bijvoorbeeld spastische-darmsyndroom, fibromyalgie, whiplash, chronisch-vermoeidheidssyndroom). Een goede naam voldoet aan een aantal voorwaarden, onder andere: is acceptabel voor patiënten, is acceptabel en bruikbaar voor dokters, bevordert niet het dualistisch denken, faciliteert (multidisciplinaire) behandeling en is neutraal ten aanzien

van etiologie en pathofysiologie.⁸ Het zal duidelijk zijn dat vooral de namen voor de ongedifferentieerde klachten vaak lang niet aan alle genoemde criteria voldoen; ze kunnen zelfs beledigend zijn voor de patiënt.⁹ De term functioneel syndroom lijkt in dit opzicht een acceptabele term, of misschien simpelweg: langdurig bestaande lichamenlijke klacht(en).

Welke factoren bij de patiënt zijn van belang?

Het ontstaan van lichamenlijke klachten heeft te maken met factoren die de patiënt kwetsbaar maken voor het ontwikkelen van die klachten. Daarnaast zijn er uitlokkende factoren die de directe aanleiding vormen voor het ontstaan van de klachten. Vervolgens zijn er vaak ook in stand houdende factoren die het herstel belemmeren. Deze drie typen factoren worden beschreven ten aanzien van patiënten met onverklaarde lichamenlijke klachten.¹⁰

Predisponerende factoren

Het onderzoek naar zowel psychologische fenomenen als fysieke processen in het brein laat zien dat patiënten met veel onverklaarde klachten een aantal kenmerken gemeenschappelijk hebben. Het gaat hier om negatief affect, hypervigilantie, catastroferen, 'recall bias' en een veranderde waarneming en doorgifte van prikkels in het centraal zenuwstelsel.

Negatief affect

Neuroticisme is de neiging vaak of snel negatieve gevoelens te hebben, zoals irritatie, boosheid, angst, schaamte, schuld, nervositeit of gespannenheid. Neuroticisme blijkt wel te correleren met klachten (illness), maar niet met ziekte (disease). Mensen met neurotische trekken hebben meer last van negatieve emoties zoals depressie en angst. Mensen die vaak negatieve emoties ervaren, hebben ook vaker onverklaarde lichamenlijke klachten in vergelijking met mensen die weinig last hebben van negatieve emoties. Mensen met een hoge mate van negatief affect ervaren zowel 'in rust' als bij een stressrijke taak meer klachten. Negatieve emoties versterken de klachten bij mensen met een hoge mate van negatieve affectiviteit meer dan bij mensen met een lage mate van negatieve affectiviteit. Er is vooral een sterk verband tussen angst en klachten.¹⁰

Hypervigilantie en catastroferen

Hypervigilantie is een toestand van verscherpte waakzaamheid voor lijfelijke sensaties. Catastroferen de neiging om bij het waarnemen van lichamenlijke verschijnselen meteen aan een ernstige oorzaak te denken. Behalve emoties spelen ook cognitieve factoren een rol bij mensen met onverklaarde klachten. Patiënten met onverklaarde lichamenlijke klachten scannen vaker hun lichaam om pijn op te sporen. Ze hebben als het ware meer aandacht voor

Somatisatie

aanpak door de huisarts

prikkels in hun lijf. Vaak is die aandacht gefocust op een specifiek onderdeel van het lichaam. Angst is daarbij richtinggevend. Daarnaast, wanneer er iets opgemerkt wordt, leidt dat vaker tot catastrofale gedachten en piekeren. Uit onderzoek blijkt dat catastroferen samengaat met meer angst, met meer klachten en met een kleinere kans dat de klachten spontaan over zullen gaan. Anderzijds lijken positieve verwachtingen samen te gaan met een grotere kans op herstel. De processen van pijnrelateerde angst, hypervigilantie en catastroferen beïnvloeden de pijnbeleving en kunnen de klachten in stand houden.¹⁰

Recall bias

Er is sprake van recall bias wanneer een patiënt zich belangrijke gegevens uit het verleden niet correct kan herinneren en zodoende een incorrect antwoord geeft op vragen. Dit is onderzocht met behulp van PDA's (personal digital assistants). Men meet hiermee op willekeurige tijdstippen de ervaren klachten. Na afloop van een meetperiode wordt gevraagd naar het totaal aantal klachten over de gehele periode. Vervolgens vergelijkt men dit aantal herinnerde klachten met het gemiddelde van het aantal gerapporteerde klachten. Patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten blijken een behoorlijke recall bias te hebben: ze herinnerden zich meer klachten dan ze daadwerkelijk aangegeven hadden op de PDA.¹⁰

Veranderde waarneming en doorgifte van prikkels in het centraal zenuwstelsel Bij mensen met onverklaarde lichamelijke klachten blijkt een grotere gevoeligheid voor Somatisatie, aanpak

door de huisarts 43 de doorgifte, waarneming of beleving van lichamelijke prikkels te bestaan. Dit lichamelijke verschijnsel wordt ook wel interoceptieve sensitivatie genoemd. Het speelt zich af op verschillende anatomische niveaus. Er zijn verschillen in hersenactiviteit tussen mensen met onverklaarde klachten en mensen zonder onverklaarde klachten; dit is in beeld gebracht door middel van 'functional' MRI (fMRI). In een onderzoek met fibromyalgiepatiënten rapporteerden deze patiënten een hogere pijnscore bij een bepaalde druk op een lichaamsdeel dan controleproefpersonen. De pijnbeleving ging gepaard met een toegenomen doorbloeding in meerdere gebieden van het brein. Dit toont aan dat deze patiënten met hun brein de pijn anders waarnemen dan mensen zonder fibromyalgie.¹¹

Invloed van stress

Het doormaken van een psychisch trauma of het langdurig blootstaan aan stress vergroot de kans op het ontwikkelen van onverklaarde lichamelijke klachten. Hierbij kan gedacht worden aan incest, geweld binnen relaties of vroeg overlijden van een dierbare. Lange tijd is gedacht dat onverklaarde lichamelijke klachten direct stressreacties zijn, ofwel een stressfysiologische ontregeling. Voorbeelden hiervan zijn de volgende redeneringen: hoofdpijn ontstaat door een te hoge spanning van de nekspieren, duizeligheid door hyperventilatie en hartkloppingen door een ontregeling in de autonome regulatie van het hart. Voor deze mechanismen is tot nu toe echter weinig bewijs gevonden. Stress kan wel een belangrijke factor zijn bij het ontwikkelen van de klachten, maar

voor het voortbestaan van de klachten lijkt een verstoorde waarneming of verstoorde interpretatie van de klachten een grotere rol te spelen.¹⁰

Uitlokkende factoren

Bij het ontstaan van lichamelijke klachten spelen twee typen processen een centrale rol. Enerzijds zijn dat biologische processen, zoals de reactie van het lichaam op een infectie, een operatie of een trauma. Daarnaast spelen ook psychosociale processen een rol bij het ontstaan van lichamelijke klachten. Voorbeelden hiervan zijn de stress die ontstaat bij een scheiding of bij het overlijden van een dierbare. Deze stress leidt veelal tot psychische klachten, maar kan ook tot lichamelijke klachten leiden. Uit recent onderzoek blijkt dat het immuunsysteem bij zowel biologische als psychologische processen een grote rol speelt bij het ontstaan van lichamelijke klachten. Het zou weleens de grote gemene deler kunnen zijn.¹² Het brein beïnvloedt het immuunsysteem en vice versa. Dit gebeurt zowel via de zenuwen als via het bloed in de vorm van onder andere cytokinen. Deze cytokinen spelen een belangrijke rol bij het informeren van het brein over de ziekte-toestand van het lichaam. Het brein krijgt via deze stoffen het bericht dat er ergens een infectie is en reageert met een heel arsenaal aan maatregelen, waardoor je je ziek voelt. Je hebt een gevoel van algehele malaise, moeheid, spierpijn, een gevoel koorts te hebben, anorexie, anhedonie, prikkelbaarheid, somberheid, verstoring van de slaap en concentratieproblemen. Dit arsenaal aan lichamelijke en psychische symptomen, dat kan ontstaan als gevolg van een infectie, wordt ook wel 'sickness behaviour' genoemd. Het zorgt ervoor dat je rust neemt. Uit dieronderzoek is gebleken dat een bepaalde groep van ontstekingsbevorderende cytokinen zeer waarschijnlijk verantwoordelijk is voor sickness behaviour.

De lichamelijke en psychische klachten van sickness behaviour lijken sterk op de klachten van mensen met lichamelijk onverklaarde syndromen. Sommige patiënten blijven na een griepinfectie weken tot maanden last houden van moeheid. Mogelijk heeft het virus tot deze vermoeidheid geleid via een ontregeling in het immuunsysteem waarbij de cytokinen het sickness behaviour langdurig blijven opwekken. Verder onderzoek bij mensen moet nog uitwijzen of cytokinen en sickness behaviour inderdaad het mechanisme bij onverklaarde lichamelijke klachten zijn.¹²

In stand houdende factoren

Enkele factoren die de klachten in stand kunnen



Dokters komen in hun werk patiënten tegen met klachten uit het hele spectrum van onverklaarde klachten

houden, zijn reeds genoemd: negatief affect, hypervigilantie, interoceptieve sensitiviteit en ontregeling van het immuunsysteem. Andere factoren die de lichamelijke klachten in stand kunnen houden, zijn een slechte lichamelijke conditie en inactiviteit. Wanneer er weinig fysieke activiteit is, zal lichamelijke inspanning eerder tot klachten leiden. Daarnaast is verstoorde slaap ook een belangrijke factor bij het in stand houden van de klachten. Wanneer er juridische processen spelen waarmee de lichamelijke klachten verband houden (bijvoorbeeld rondom een uitkering), dan is bekend dat de klachten langer voortduren. Patiënten die veel weerstand hebben tegen psychologische interventies kunnen daarmee het herstel van de klachten flink belemmeren.

Welke factoren bij de dokter dragen bij aan het probleem?

Algemeen wordt somatisatie gezien als iets wat zich afspeelt binnen de patiënt en niet zo afhankelijk is van het medisch handelen door de dokter. Er is al heel lang een, niet zo dominante, traditie in de geneeskunde die de rol van de dokter een plaats geeft in het ontstaan en beloop van somatisatie. In Nederland kwam die traditie tot uiting in de term 'somatische fixatie'.¹³ Met die term gaf men aan dat de dokter door al te eenzijdig somatisch te reageren op de klachten van de patiënt, die patiënt zou fixeren in het somatische spoor. Dit zou ertoe leiden dat de veronderstelde psychosociale oorzaak van de klachten buiten het gezichtsveld van de patiënt bleef. De opvatting was dat psychosociale stress (in de zin van problemen in de relatie of op het werk) de achterliggende – en niet door de patiënt erkende – oorzaak is van onverklaarde klachten. Deze opvatting is onder artsen nog steeds wijdverbreid, zoals blijkt uit talrijke onderzoeken.⁷ Soms zien dokters het vaak presenteren van onverklaarde klachten zelfs als een uiting van psychiatrische ziekte of persoonlijkheidsstoornis. Sommige dokters denken dus dat de klacht niet het echte of eigenlijke probleem is, maar dat er iets achter ligt. Zij zijn sceptisch als het gaat om klachten waarvoor geen objectieve verklaringen gevonden worden. Daarnaast hebben veel dokters het gevoel dat patiënten met veel onverklaarde klachten druk op hen uitoefenen en snel om allerlei medische interventies vragen, zoals een recept, een röntgenfoto, een bloed-

onderzoek of een verwijzing. Patiënten voelen de scepsis van de dokter. Bij patiënten staan niet zozeer de vragen om medische interventies centraal als wel een verlangen naar patiëntgerichte zorg met goede communicatie over de klachten en het samen proberen duidelijkheid te krijgen. Dat dit verschil in opvattingen tussen arts en patiënt wel moet leiden tot problemen, blijkt uit onderzoek van consultregistraties. Huisartsen bieden bij patiënten met onverklaarde klachten veel minder goed te communiceren dan bij patiënten met verklaarde klachten: ze exploreren de klacht minder goed, en gevoelens en opvattingen van de patiënt komen minder aan bod.⁷ Daarnaast bieden huisartsen vaker dan dat patiënten er om vragen medische interventies aan. Ten slotte blijkt dat patiënten met onverklaarde klachten niet vaker om uitleg of geruststelling vragen en dat ze vaak hints geven richting de emotionele aspecten van de klacht. Het enige verschil met patiënten met verklaarde klachten is dat patiënten met onverklaarde klachten vaker emotionele ondersteuning van de huisarts vragen. Er is dus een duidelijk probleem in de communicatie tussen arts en patiënt in consulten met patiënten met onverklaarde klachten. Dat is niet alleen jammer omdat communicatie het enige wapen voor de dokter is in dezen, maar ook omdat slechte communicatie contraproductief is: het leidt tot meer herhaalconsulten en meer vragen om medisch handelen. Dit alles met het risico op onnodig onderzoek waardoor de patiënt door de fout-positieve uitslagen die dit oplevert alleen maar ongeruster wordt. Het verbeteren van de communicatie tussen de arts en de patiënt met onverklaarde klachten heeft een betere arts-patiëntrelatie tot gevolg en maakt de behandeling effectiever. Een betere communicatie houdt in dat de dokter structureel en systematisch aandacht besteedt aan emotionele, cognitieve en sociale aspecten van de klachten van de patiënt.

Wat te doen?

Dokters komen in hun werk patiënten tegen met klachten uit het hele spectrum van onverklaarde klachten, variërend van de patiënt die voor het eerst komt met een klacht die na onderzoek onverklaard blijft, tot de patiënt die vele malen het spreekuur bezoekt met een scala aan klachten waarvoor het medisch model geen verklaring kan bieden. Bij de patiënt van het eerste type zal men moeten voorkomen dat de klacht

en het bijbehorende ziektegedrag zich ontwikkelen tot chronisch last hebben van lichamelijke klachten. Bij de tweede zijn de mogelijkheden misschien beperkter, maar ook hier zijn richtlijnen te geven voor behandeling of, indien dat niet haalbaar is, voor hoe om te gaan met de patiënt. Somatisatie, aanpak door de huisarts 45 Het uitgangspunt is altijd 'primum non nocere'. Soms betekent dat de patiënt overtuigen van de noodzaak af te zien van medisch handelen, in andere gevallen leidt dit tot medisch handelen zonder objectieve noodzaak, maar altijd houdt het in dat de patiënt serieus genomen wordt.

Het uitgangspunt bij elke behandeling is dat de dokter zich realiseert dat een symptoom niet perse een teken is van ziekte, maar dat het ook een op zichzelf staande, betekenisvolle entiteit kan zijn zonder dat er sprake is van ziekte. Daarnaast dient de dokter zich te realiseren dat het ontbreken van een lichamelijke verklaring niet impliceert dat de oorzaak dus psychosociaal is.¹⁴ Ten slotte moet de dokter zich ervan bewust zijn dat patiënten vooral behoefte hebben aan een luisterend oor en een meelevende dokter; patiënten zijn veel minder dan dokters denken, gericht op het bestrijden van symptomen; uitleg en een prognose zijn voor de patiënt vaak genoeg om weer verder te kunnen. De kern is in elk geval dat de patiënt het gevoel wil hebben dat de dokter een bondgenoot is, met wie samengewerkt kan worden.

De basisbenadering van patiënten met onverklaarde klachten bestaat uit een aantal elementen, die mogelijk een beschrijving zijn van gebruikelijke zorg zoals gegeven door de ideale huisarts.^{14,15} De hieronder beschreven benadering is een goede combinatie van orgaangeoriënteerd en interpersoonlijk werken. Voor de effectiviteit ervan bestaat evidentie.¹⁶

- Begin met een goed gesprek en laat u daarbij niet telkens leiden door vermeende beperkte tijd. Probeer in dat gesprek, naast een systematische analyse van de lichamelijke kant van de klachten, aan de weet te komen wat de patiënt voelt en denkt rondom die klacht, hoe dierbaren erop reageren en wat de gevolgen zijn van de klacht. Ga niet willekeurig vissen in allerlei psychosociale velden (bijvoorbeeld: 'Hoe gaat het op uw werk?'). Ga wel in op de hints die veel patiënten u geven.

Somatisatie

aanpak door de huisarts

- Doe goed en aandachtig lichamelijk onderzoek, ook al denkt u dat dat toch niets oplevert. Het levert in elk geval wel op dat een patiënt zich serieus genomen en goed behandeld voelt.
- Leg uit waarom u (eventueel) aanvullend onderzoek laat doen. Als dat is omdat u niet zeker bent van uw diagnose, vertel dat dan. Als u het doet omdat de patiënt u daarvoor een reden gegeven heeft (directe vraag, angst of bezorgdheid), zeg dan dat u het onderzoek niet nodig vindt en er niets van verwacht, maar dat u het wel wilt laten doen. In het algemeen is er geen evidentie voor de geruststellende werking van aanvullend onderzoek. Leg de patiënt van tevoren uit wat een negatieve testuitslag betekent. En wat dan de volgende stappen zullen zijn. Probeer uit eindeloze diagnostische marathons te blijven, hoewel dat niet altijd mogelijk is; soms moet de patiënt een 'grande tour' maken om gevoelig te worden voor een andere benadering.
- Leg uit wat mensen wel hebben. Dit is makkelijker gezegd dan gedaan, omdat de medische opleiding dokters niet traint in het uitleggen van iets dat niet verklaard kan worden binnen het medische model. Toch hebben veel dokters hiervoor wel manieren gevonden. Wat in elk geval slecht werkt, is zeggen dat het 'niets' is, omdat de patiënt zich dan niet serieus genomen voelt. 'Wij kunnen niets vinden', is hiervan een veelvoorkomende verwoording. Soms helpt het metaforen te gebruiken (bijvoorbeeld de overvolle rugzak of lift), waarbij geldt dat hoe beter de metafoer aansluit bij het specifieke verhaal van de patiënt, hoe beter het werkt. Soms helpt het om het model van de intero-ceptieve sensitiviteit uit te leggen.
- Leg uit wat mensen niet hebben. Ga daarbij uit van wat tijdens het consult boven tafel is gekomen. Het is niet zinvol en kan extra onrust oproepen als de dokter zegt dat het geen kanker is terwijl dat niet ter sprake is geweest en ook geen actuele zorg van de patiënt was. Spits uw uitleg van wat de patiënt niet heeft toe op datgene waarvoor expliciete angsten of zorgen zijn geuit. Voorwaarde hiervoor is een consult waarin de elementen van het biopsychosociale model goed aan bod zijn gekomen.
- Wees duidelijk over de prognose en benadruk dat het meestal vanzelf over gaat.
- Adviseer patiënten om zo veel mogelijk actief te blijven. Raad ze aan om dingen waar ze plezier aan beleven te blijven doen, zodat ze niet al te zeer gefocust raken op de lichamelijke klachten.
- Bedenk dat behandelingen waarin patiënten een actieve rol vervullen (oefenen, zelfwerk-

zaamheid, psychotherapie) effectiever zijn dan behandelingen met veel passieve elementen (massage, operaties).

Naast bovenstaande basisbenadering zijn er specifiekere benaderingen die in de eerste lijn worden toegepast. Reattributie is er één van. Reattributie houdt in dat de huisarts de patiënt stimuleert na te denken over andere oorzaken voor de klacht dan ziekte. De huisarts gebruikt hiervoor het gesprek waarin hij/zij goed doorvraagt naar het waar, wanneer en hoe van de klachten. Daarbij kan een door de patiënt bij te houden klachtendagboek een hulpmiddel zijn. Indien de patiënt aangeeft een verband te zien tussen bijvoorbeeld een stresssituatie en een klacht, dan kan de huisarts dat inzicht versterken door uit te leggen hoe lichamelijke klachten en stress elkaar beïnvloeden. Het beschikbare wetenschappelijke onderzoek in de eerste lijn laat echter geen meerwaarde zien van reattributie toegepast door de huisarts.¹⁷ Wat wel bewezen effectief is in de eerste lijn, is multidisciplinaire samenwerking van huisarts en een psychologisch en/of psychiatrisch geschoolde hulpverlener. Het is niet precies duidelijk wat de effectieve elementen zijn in die behandeling. Mogelijk speelt aandacht voor comorbiditeit bestaande uit angst en depressie hierbij een belangrijke rol, met name bij patiënten met ernstigere aandoeningen. De in verschillende regio's opkomende LOK-poli's (Lichamelijk Onverklaarde Klachten) representeren deze benadering. Een nieuwe ontwikkeling is de behandeling van onverklaarde klachten met 'mindfulness'. Momenteel wordt daar onderzoek

naar gedaan. Men veronderstelt dat deze behandeling juist bij onverklaarde klachten gaat helpen omdat mindfulness zich richt op enerzijds het met aandachtige mildheid waarnemen van wat zich voordoet en anderzijds het relativeren van allerlei oordelen hierover. Uit tweedelijns onderzoek blijkt dat cognitieve gedragstherapie effectief is bij verwezen patiënten met onverklaarde klachten. De multidisciplinaire (concept)richtlijn stelt zelfs dat cognitieve gedragstherapie de basisbehandeling moet zijn in de tweede lijn.¹⁷ Naast deze psychologische behandelvorm is ook paroxetine effectief gebleken bij behandeling binnen de tweede lijn. Het lijkt voor huisartsen zinvol terughoudend te zijn met medicatie omdat dit een voornamelijk passieve behandeling is. Medicatie specifiek voor veronderstelde fysiologische mechanismen – bijvoorbeeld spasmolytica bij het spastische-darmsyndroom – is minder consistent effectief dan medicatie die werkt op het centraal zenuwstelsel (conceptrichtlijn).

Conclusie

Concluderend lijkt voor huisartsen te gelden dat zij:

- 1 hun eigen vooronderstellingen over onverklaarde klachten aan een kritisch oordeel moeten onderwerpen;
- 2 moeten zorgen voor goede vaardigheden in de basisbenadering van patiënten met onverklaarde klachten;
- 3 een goede en laagdrempelige samenwerking moeten organiseren met hulpverleners met psychologische deskundigheid. ●

Literatuurlijst

- 1 Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry* 1988;145: 1358-68.
- 2 Kroenke K, Mangelsdorff AD. Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy and outcome. *Am J Med* 1989;86:262-6.
- 3 Kroenke K. Somatization in primary care: it's time for parity. *Gen Hosp Psychiatry* 2000;22: 141-3.
- 4 Peveler R, Kilkenny L, Kinmonth A. Medically unexplained symptoms in primary care: a comparison of self-report screening questionnaires and clinical opinion. *J Psychosom Res* 1997;42: 245-52.
- 5 Verhaak PFM, Meijer SA, Visser AP, Wolters G. Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Fam Pract* 2006;23: 414-20.
- 6 Dieren Q van, Vingerhoets AJJM. Medisch onverklaarde somatische symptomen zijn geen onverklaarbare, onbegrepen of vage lichamelijke klachten. *Tijdschr Psychiatrie* 2007;49:823-34.
- 7 Lucassen P, Olde Hartman TC, Borghuis M. Somatische fixatie: een nieuw leven voor een oud begrip. *Huisarts Wet* 2007;50:11-5.
- 8 Creed J, Guthrie E, Fink P, Henningsen P, Rief W, Sharpe M et al. Is there a better term than 'Medically unexplained symptoms'? *J Psychosom Res* 2010;68:5-8.
- 9 Stone J, Wojcik W, Durrance D, Carson A, Lewis S, MacKenzie L, et al. What should we say to patients with symptoms unexplained by disease? The 'number needed to offend'. *BMJ* 2002;325: 1449-50.
- 10 Houtveen J. De dokter kan niets vinden. Het raadsel van medisch onverklaarde klachten. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker, 2009.
- 11 Gracely RH, Petzke F, Wolf JM, Clauw DJ. Functional magnetic resonance imaging evidence of augmented pain processing in fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 2002;46(5):1333-43.
- 12 Dantzer R. Somatization: a psychoneuroimmune perspective. *Psychoneuroendocrinology* 2005;30: 947-52.
- 13 Grol R. Huisarts en somatische fixatie. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1983.
- 14 Malterud K. Symptoms as a source of medical knowledge: understanding Medically Unexplained disorders in women. *Fam Med* 2000;32:603-11.
- 15 Stone J, Carson A, Sharpe M. Functional symptoms in neurology: management. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005;76 (suppl):i13-i21.
- 16 Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. *Lancet* 2007; 369:946-55.
- 17 Multidisciplinaire richtlijn Somatoforme klachten en stoornissen (concept). Utrecht: Trimbosinstituut, 2009. Dr. P.L.B.J. Lucassen en mevr. 48 drs. H.J. van Ravesteijn



Evaluatie

twee jaar Directe Toegankelijkheid Oefentherapie

K.E.C. van Beek¹
Dr. I.C.S. Swinkels²
Dr. C. Veenhof³

De afgelopen jaren is er veel veranderd voor oefentherapeuten Cesar/Mensendieck (C/M). Zo zijn oefentherapeuten C/M sinds 1 juli 2008 direct toegankelijk geworden voor patiënten. Met de invoering van deze maatregel heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de keuzevrijheid van patiënten willen vergroten. Daarnaast ziet het Ministerie van VWS de invoering van directe toegankelijkheid als een verdieping van het vakgebied ^[1].

Voorafgaand aan de invoering van directe toegankelijkheid oefentherapie (DTO) is per 1 januari 2006 de invoering van directe toegankelijkheid fysiotherapie (DTF) bekrachtigd. Voor de invoering van directe toegang werd adequate bijscholing en een aanpassing van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) noodzakelijk geacht ^[2,3]. De Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM) heeft hiertoe de benodigde scholing aan de oefentherapeuten C/M aangeboden. Het volgen van deze scholing is een voorwaarde voor oefentherapeuten om direct toegankelijk te kunnen zijn voor de patiënten. Tevens heeft de VvOCM bekendheid gegeven aan de invoering van DTO middels een persbericht en het beschikbaar stellen van promotiemateriaal voor

haar leden in de vorm van folders, posters, kaarten et cetera. Deze konden de leden vervolgens verspreiden in hun praktijken. Daarnaast heeft de VvOCM een plan van aanpak uitgegeven om de praktijkorganisatie aan te passen aan de nieuwe werkwijze. In dit plan van aanpak komt onder andere de samenwerking met de huisarts aan de orde ^[4]. De invoering van directe toegankelijkheid fysiotherapie leidde ertoe dat in 2006/2007 al zo'n 5% van de patiënten zonder tussenkomst van een verwijzer bij de oefentherapeut C/M kwam ^[5]. Dit percentage is in de eerste maanden na de officiële invoering van DTO opgelopen tot zo'n 19% ^[6]. Dit is vergelijkbaar met het percentage patiënten dat gebruik maakte van de directe toegankelijkheid fysiotherapie in het eerste jaar na invoering (21%) ^[7].

- 1 Oefentherapeut Cesar, onderzoeksassistent LiPZ, NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
- 2 Gezondheidswetenschapper, projectleider LiPZ, NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
- 3 Bewegingswetenschapper, fysiotherapeut, programmaleider Paramedische zorg, NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg

Correspondentieadres voor redactie:
NIVEL
T.a.v. mw. K.E.C. van Beek
Postbus 1568
3500 BN Utrecht
Tel: 030 2729722
E-mail: k.vanbeek@nivel.nl

Onderzoek bij de fysiotherapeuten heeft aangetoond dat steeds meer patiënten via directe toegang in de praktijk komen: in 2006 was dit nog 21%, in 2009 was dit opgelopen tot 38%. Patiënten die via DTF komen zijn vooral hoger opgeleiden, patiënten met kortdurende klachten en patiënten met (lage) rugklachten, nekklachten of schouderklachten. Patiënten van 60 jaar en ouder maken daarentegen relatief weinig gebruik van DTF ^[7]. Patiënten die op eigen initiatief bij de fysiotherapeut zijn gekomen, krijgen gemiddeld twee behandelingen minder vergeleken met verwezen patiënten ^[8].

Eerder onderzoek bij de oefentherapeuten C/M heeft aangetoond dat in het eerste kwartaal na invoering van DTO de patiëntenpopulatie

Evaluatie

twee jaar Directe Toegankelijkheid Oefentherapie

gelijk is gebleven, 19% van de patiënten gebruik maakte van DTO en het aantal behandelingen niet is toegenomen^[6]. Aangezien de eerste drie maanden na invoering nog geen stabiele situatie is ontstaan, is het belangrijk om de gevolgen van DTO te blijven monitoren. Dit artikel beoogt aan de hand van gegevens uit de Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ), de volgende vraagstellingen te beantwoorden:

Is de samenstelling van de patiëntenpopulatie bij de oefentherapeut C/M veranderd sinds de invoering van DTO?

Hoeveel en welk type patiënten maakten de eerste twee jaar na invoering gebruik van DTO?

Hoe ziet de behandeling van DTO-gebruikers er uit wat betreft de omvang van de behandeling en de evaluatie vergeleken met verwezen patiënten?

Methodes

Het onderzoek is uitgevoerd met behulp van gegevens uit de Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ). LiPZ is een landelijk representatief registratienetwerk waarin ongeveer 20 praktijken voor oefentherapie Cesar, 20 praktijken voor oefentherapie Mensendieck, 40 reguliere fysiotherapiepraktijken en 30 vrijgevestigde diëtistenpraktijken geautomatiseerd gegevens registreren over de zorg die zij aan hun patiënten leveren.

Dataverzameling

Binnen LiPZ worden gegevens verzameld over de patiënt, de klacht, de behandeling en de evaluatie. Verzamelde patiëntkenmerken zijn bijvoorbeeld leeftijd en geslacht. Over de klacht worden onder andere de diagnoses zoals ze door de verwijzer (huisarts of medisch specialist) zijn gesteld, geregistreerd. Wanneer patiënten gebruik maken van DTO registreren de paramedici de klacht waarmee de patiënt binnenkomt. Op het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) worden de verwijsteksten en de klachten gecodeerd naar de International Classification of Primary Care (ICPC). Verder wordt bijgehouden wat de duur van de klacht is (hoe lang bestond de klacht reeds bij aanvang van de behandelingsperiode) en of er sprake is van een recidiverende klacht (gedefinieerd als eenzelfde klacht die optreedt na een klachtenvrije periode van minimaal vier weken en maximaal twee jaar). Tevens wordt geregistreerd of de patiënt eerdere zorg heeft ontvangen voor de huidige klacht of voor andere klachten gedurende de afgelopen twee jaar. Over de behandeling worden onder andere de behandelingsdoelen en het aantal zittingen geregistreerd. De verzamelde gegevens over de evaluatie betreffen het oordeel van de therapeut in welke mate de behandelingsdoelen bereikt zijn en de reden voor beëindiging van de zorg.

Directe toegankelijkheid oefentherapie is halverwege 2008 ingevoerd. De analyses met betrekking tot de eerste twee jaar na invoering van



Directe toegankelijkheid oefentherapie is halverwege 2008 ingevoerd

DTO zijn daarom uitgevoerd over gegevens van het derde kwartaal 2008 tot en met het tweede kwartaal 2010. Voor het analyseren van verschillen in de patiëntenpopulatie vóór en na invoering van DTO zijn daarnaast gegevens gebruikt van het derde kwartaal 2006 tot en met het tweede kwartaal 2008.

Deelnemers

In het huidige onderzoek worden alleen de patiënten die zonder tussenkomst van een verwijzer bij de oefentherapeut komen, beschouwd als patiënten die gebruik maken van DTO. Wanneer een patiënt wel contact heeft gehad met een verwijzer - hetzij telefonisch, hetzij via een consult - maar geen verwijsbrief heeft meegekregen, wordt de patiënt toch als verwezen beschouwd.

Voor het huidige artikel zijn gegevens gebruikt van 6600 patiënten die zich vanaf het derde kwartaal 2006 tot en met het tweede kwartaal 2010 hebben aangemeld bij de deelnemende praktijken voor oefentherapie Cesar en oefentherapie Mensendieck. De gegevens zijn door 64 oefentherapeuten C/M uit 51 praktijken verzameld. De kenmerken van de deelnemende oefentherapeuten C/M zijn beschreven in tabel 1.

Data-analyse

Gegevens zijn verwerkt met het softwarepakket Stata/SE 11.1 for Windows. Er zijn beschrijvende analyses uitgevoerd om een beeld te krijgen van de omvang van de patiëntenpopulatie die in de eerste twee jaar na invoering van DTO gebruik maakte van deze regeling. Middels multivariate logistische regressieanalyses is gekeken of de populatie patiënten die via DTO komt statistisch significant afwijkt van de populatie die via een verwijzing komt. Voorafgaand aan de regressieanalyse is door middel van correlaties getoetst op samenhang tussen variabelen. Logistische regressieanalyse heeft Odds Ratio's (OR's) als uitkomsten. De OR geeft in dit verband de waarschijnlijkheid aan dat een patiënt via DTO bij de oefentherapeut C/M komt. Hierbij worden groepen patiënten vergeleken waarbij een deel van de groep als referentiegroep wordt gedefinieerd. Zo zijn mannelijke patiënten bijvoorbeeld de referentiecategorie bij geslacht. Een OR van 2,0 betekent dan bij benadering dat de kans dat vrouwen via DTO in de praktijk komen twee keer zo groot is als de kans dat mannen via DTO in de

praktijk komen. Met behulp van de χ^2 -toets is getoetst of er verschillen zijn in de redenen voor het beëindigen van de zorg en het resultaat bij patiënten die via DTO komen en patiënten die via een verwijzing komen. Tevens is de χ^2 -toets gebruikt om te toetsen of de samenstelling van de patiëntenpopulatie in de periode voorafgaand aan de invoering van DTO anders was dan in de periode erna. Middels lineaire regressieanalyse is getoetst of het aantal behandelingen van de populatie die via DTO komt statistisch significant afwijkt van de populatie die met een verwijsbrief komt. Hierbij is gecorrigeerd voor het geslacht, de leeftijd en het opleidingsniveau van de patiënten, de duur van de klacht, de soort aandoening, of er sprake is van eerdere oefentherapeutische zorg en of er sprake is van recidivering van de klacht. Een p-waarde van $<0,05$ betekent dat de gevonden resultaten statistisch significant van elkaar verschillen.

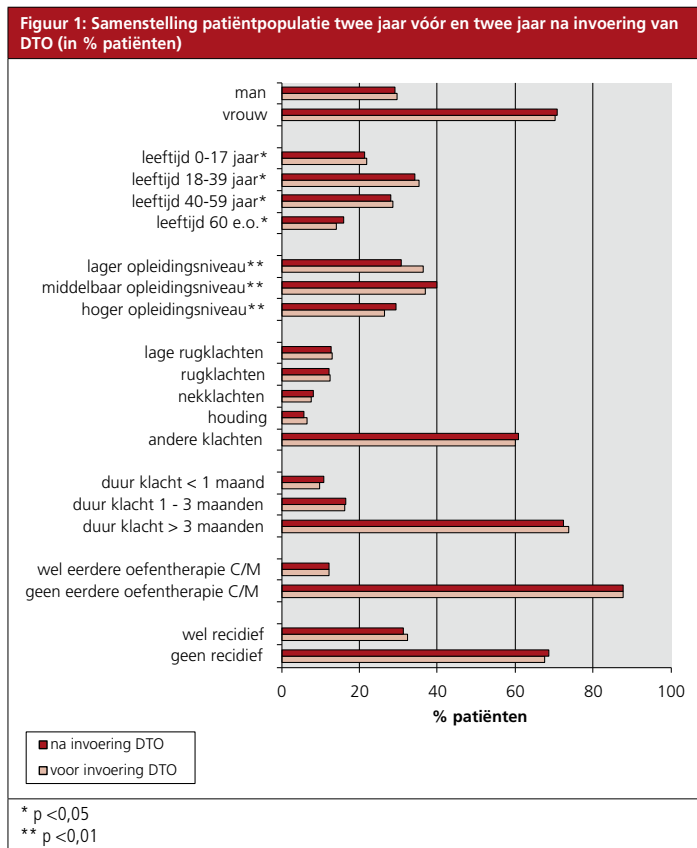
Resultaten

Verandering patiëntenpopulatie

Figuur 1 toont dat 70% van de patiënten vrouw is en een groot deel van de patiënten 18 tot 39 jaar oud is. Bijna driekwart van de patiënten komt met langdurige klachten in de praktijk. Zo'n 10% heeft eerder oefentherapie C/M gehad. Sinds de invoering van DTO is de patiëntenpopulatie op twee kenmerken significant veranderd: leeftijd en opleidingsniveau (figuur 1). De patiëntengroep van 60 jaar en ouder is groter geworden en het aantal hoger opgeleiden is toegenomen.

Tabel 1: Kenmerken deelnemende oefentherapeuten C/M		
Beroepsgroep	n = 64	%
Oefentherapie Cesar	36	56
Oefentherapie Mensendieck	28	44
Geslacht	n = 64	%
Man	3	5
Vrouw	61	95
Leeftijdverdeling	n = 61	%
< 30 jaar	13	21
30-39 jaar	18	30
40-49 jaar	22	36
50-59 jaar	8	13
Gemiddelde leeftijd (n=61)	Gemiddelde	SD*
Gemiddelde leeftijd	39 jaar	9,6

* Standaarddeviatie





Evaluatie

twee jaar Directe Toegankelijkheid Oefentherapie

In de loop van 2011 is directe toegankelijkheid uitgebreid naar alle paramedische beroepen

Gebruik DTO

Sinds de invoering komen steeds meer patiënten via DTO bij de oefentherapeut C/M.

In het eerste jaar na invoering - het derde en vierde kwartaal van 2008 - maakte gemiddeld 20,8% van de patiënten gebruik van DTO. Sinds de tweede helft van 2009 bedroeg dit percentage zo'n 29% (figuur 2).

Gemiddeld kwam 25% van de patiënten zonder tussenkomst van een verwijzer bij de oefentherapeut C/M in de eerste twee jaar na invoering van DTO. Tabel 2 laat zien dat patiënten met houdingsproblemen vaker gebruik maken van DTO dan patiënten met andere klachten. Ook hoger opgeleide patiënten, patiënten die de afgelopen twee jaar al eerdere oefentherapie hebben gehad voor de huidige klacht of een andere klacht, en patiënten met kortdurende klachten maken vaker gebruik van DTO.

Omvang behandeling, vergeleken met verwezen patiënten

Van de verwezen patiënten krijgt 3% na de eerste behandeling geen verdere behandeling. Van de DTO-patiënten krijgt 7% geen vervolgbehandeling na screening en eventueel intake en onderzoek na screening. Er is geen significant verschil gevonden tussen de verwezen patiënten en DTO-patiënten wat betreft de omvang van de behandeling. Verwe-

zen patiënten krijgen gemiddeld 8,2 behandelingen en patiënten die via DTO zijn gekomen krijgen gemiddeld 8,0 behandelingen ($p=0,155$).

Evaluatie van de behandeling, vergeleken met verwezen patiënten

Van de DTO-patiënten wordt bij 81,1% de zorg beëindigd vanwege het behalen van de behandeldoelen. Bij de verwezen patiënten ligt dit percentage lager, namelijk op 69,5% (tabel 3).

Discussie

Een kwart van de patiënten bij de oefentherapeut C/M maakt gebruik van DTO. Met name patiënten met houdingsproblemen blijken relatief vaak zonder verwijzing te komen. De samenstelling van de patiëntenpopulatie is nauwelijks veranderd sinds de invoering van DTO. Hoewel de omvang van de behandeling nagenoeg hetzelfde is gebleven laat het resultaat van de behandeling wel duidelijk verschil zien. Bij DTO-patiënten wordt de behandeling vaker beëindigd omdat de behandeldoelen zijn behaald.

Patiëntenpopulatie

Sinds de invoering van DTO komen er meer hoger opgeleiden en meer ouderen in de oefentherapiepraktijk. Beiden zijn ontwikkelingen die we ook terug zien in de Nederlandse populatie^[9;10]. Echter, de toename in hoger opgeleide patiënten hangt mogelijk ook samen met de invoering van DTO aangezien hoger opgeleiden daar vaker gebruik van maken dan andere patiënten.

Gebruik DTO

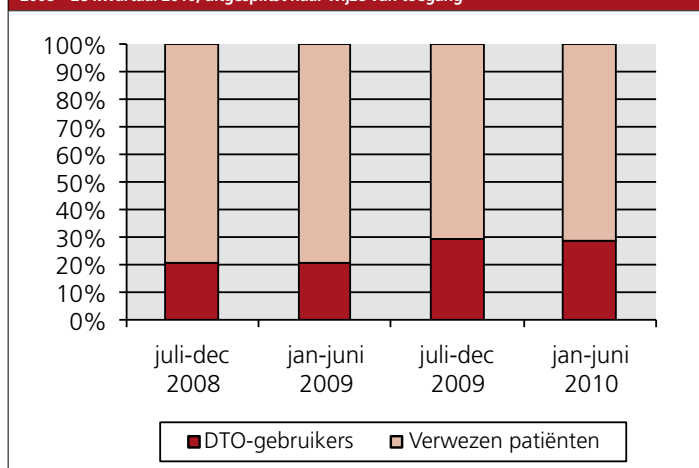
Sinds de invoering van DTO is het gebruik hiervan gestegen van 19% naar 29%. De patiënten die gebruik maken van DTO zijn vooral patiënten met houdingsproblemen, patiënten die al eerder oefentherapie C/M hebben gehad, patiënten met kortdurende klachten, hoger opgeleiden en patiënten in de leeftijd van 18 tot 39 jaar. Dit is vergelijkbaar met de bevindingen bij de fysiotherapie^[11]. Echter, het hogere gebruik van DTO door patiënten met houdingsproblemen lijkt specifiek voor de oefentherapie C/M te zijn. Dit heeft naar alle verwachting te maken met de PR-strategie van de beroepsvereniging. In de door de VvOCM opgestelde patiëntfolders en op haar website wordt de oefentherapeut C/M namelijk omschreven als een specialist op het gebied van houding en beweging^[12]. Ook heeft de VvOCM de Week van de Oefentherapie geïnitieerd en is dit in verscheiden regio's nader uitgewerkt tot het aanbieden van houdingschecks door de oefentherapiepraktijken.

Behandeling

Van de DTO patiënten krijgt 7% geen verdere behandeling na screening en onderzoek. Over de oorzaak waarom patiënten geen verdere behandeling na screening en onderzoek krijgen zijn geen gegevens bekend. Mogelijk maken patiënten met minder ernstige klachten gebruik van DTO. Daarnaast strekt het tot aanbeveling om in vervolgonderzoek nader te beschouwen wat er met de patiënten gebeurt die na screening en onderzoek geen verdere behandeling krijgen. Het is bijvoorbeeld nog onduidelijk of deze patiënten naar de huisarts zijn gestuurd, of dat de oefentherapeut oefeningen heeft meegegeven en besloten heeft om het natuurlijke ziektebeloop af te wachten.

De omvang van het aantal behandelingen bij DTO-patiënten is nagenoeg gelijk aan de omvang van het aantal behandelingen bij verwezen patiënten. Dit in tegenstelling tot fysiotherapie waar DTO-patiënten minder behandelingen krijgen dan verwezen patiënten^[8].

Figuur 2: Wijze van toegang voor patiënten oefentherapie C/M voor de periode 3e kwartaal 2008 - 2e kwartaal 2010, uitgesplitst naar wijze van toegang



Patiënten die gebruik maken van DTO bereiken vaker hun behandel­doelen dan verwezen patiënten. Dit heeft vermoedelijk te maken met een grotere motivatie van de patiënt. DTO-patiënten stoppen bijvoorbeeld ook minder vaak zelf met de behandeling dan verwezen patiënten. Echter, nader onderzoek moet hier meer duidelijkheid in geven, aangezien ook verschillen in de aard of ernst van de klacht een rol kunnen spelen.

Beperkingen studie

Het LiPZ-registratienet­werk is een relatief klein netwerk. Hierdoor kunnen geen uitspraken worden gedaan omtrent veranderingen in de absolute omvang van de patiëntenpopulatie. Wel is het netwerk groot genoeg om op patiëntniveau betrouwbare uitspraken te doen over het aandeel DTO-gebruikers en de karakteristieken. De registratie van de zorginhoudelijke vragen heeft plaatsgevonden middels de praktijk-declaratiesoftware van de deelnemende oefentherapeuten C/M zodat op een continue wijze gegevens van alle patiënten verzameld worden. Hoewel de LiPZ-vragen door de oefentherapeuten C/M zelf ingevuld worden, wat mogelijk tot sociaal wenselijke antwoorden leidt, is de verwachting dat dit weinig invloed heeft gehad op de huidige studie.

De onderzochte vraagstelling was immers geen basisdoelstelling van het LiPZ-netwerk.

Conclusie en aanbeveling

Gemiddeld één op de vier patiënten maakte in de twee jaar na invoering gebruik van DTO. Sinds de invoering van DTO is het DTO-gebruik licht gestegen en wordt de mogelijkheid tot directe toegankelijkheid met name gebruikt door patiënten met houdingsgerelateerde klachten. Dit zijn deels andere resultaten dan bij de fysiotherapie gevonden werden. Hieruit blijkt dus dat invoering van directe toegankelijkheid al verschillende effecten heeft bij twee beroepsgroepen binnen eenzelfde domein. In de loop van 2011 is directe toegankelijkheid uitgebreid naar alle paramedische beroepen^[13]. Het is van belang om de gevolgen van de invoering van directe toegankelijkheid afzonderlijk per beroepsgroep te (blijven) monitoren. Van belang hierbij is dat hierin ook kosten-batenanalyses in meegenomen worden aangezien tot dusverre onduidelijk is of directe toegankelijkheid tot een hoger zorggebruik leidt.

Dankzegging

De auteurs willen alle LiPZ-deelnemers hartelijk danken voor de continue aanlevering van hun gegevens. ●

Tabel 2: Patiëntkenmerken voor de periode 3e kwartaal 2008 – 2e kwartaal 2010, uitgesplitst naar wijze van toegang en gecorrigeerde Odds Ratio's (OR)[^]

	Verwijzing (n=4926) %	Via DTO (n=1673) %	OR	95% BI
Totaal	74,4	25,3		
Geslacht				
Man (ref.)	77,9	22,1		
Vrouw	73,3	26,7	1,35	[1,12 – 1,62] ***
Leeftijd				
0-17 jaar	73,4	26,6	1,33	[0,97 – 1,82]
18-39 jaar	68,8	31,2	1,30	[0,99 – 1,69]
40-59 jaar	79,4	20,6	1,01	[0,76 – 1,35]
60 jaar en ouder (ref.)	81,1	18,9		
Opleidingsniveau				
Lager opgeleid (ref.)	72,8	27,2		
Middelbaar opgeleid	80,1	19,9	0,68	[0,54 – 0,86] ***
Hoger opgeleid	63,2	36,8	1,73	[1,37 – 2,18] ***
Meest voorkomende verwijsdiagnosen				
Lage rugklachten	77,1	22,9	0,78	[0,61 – 1,00]
Rugklachten	79,7	20,3	0,76	[0,59 – 0,99] *
Nekklachten	80,2	19,8	0,94	[0,70 – 1,26]
Houding	60,8	39,2	2,76	[1,95 – 3,91] ***
Overige (ref.)				
Eerdere oefentherapie				
Geen eerdere zorg (ref.)	77,0	23,0	2,25	[1,78 – 2,84] ***
Wel eerdere zorg	60,5	39,5		
Duur klacht				
< 1 maand (ref.)	58,4	41,6		
1-3 maanden	67,4	32,6	0,70	[0,51 – 0,89] **
> 3 maanden	79,1	20,9	0,45	[0,35 – 0,57] ***
Recidief				
Nee (ref.)	79,5	20,5		
Ja	79,4	20,6	0,86	[0,72 – 1,04]

* p < 0,05
** p < 0,01
*** p < 0,001

[^] Een OR van 1,35 bij vrouwen betekent bij benadering dat de kans dat vrouwen via DTO in de praktijk komen 1,35 keer zo groot is als de kans dat mannen (de referentiegroep) via DTO in de praktijk komen.

BI = betrouwbaarheidsinterval

Tabel 3: Redenen voor beëindiging van de zorg en mate van behalen van de behandel­doelen, uitgesplitst naar wijze van toegang

Reden einde zorg	Verwijzing (n=2630) %	Via DTO (n=843) %	P
Behandeldoel bereikt	69,5	81,1	< 0,001
Maximum aantal vergoede zittingen bereikt	3,9	2,0	
Gestaakt door patiënt	13,7	6,9	
Gestaakt door verwijzer	0,8	0,5	
Gestaakt door therapeut	2,8	1,9	
Anders	7,9	7,2	
Onbekend	1,4	0,4	
Behalen behandel­doelen			
Doel niet tot half behaald	27,6	15,8	< 0,001
Doel driekwart tot volledig behaald	72,5	84,2	

Referenties

- Hoogervorst H. Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer. Directe toegankelijkheid fysiotherapie. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2004.
- Ooijendonk WTM, Vries SJ de, Hespens ATH van, Hopman-Rock M. Haalbaarheidsstudie directe toegankelijkheid fysiotherapie. Leiden: TNO-PG; 2002.
- Ooijendonk WTM, Hespens ATH van, Pronk MG, de Vries SJ. Pilot Directe toegankelijkheid Fysiotherapie. Leiden: TNO, 2004
- Vereniging voor Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM). Jaarverslag 2007.
- Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (webpagina). <http://www.nivel.nl/lipz>
- Kooijman MK, Swinkels ICS, Leemrijse CJ. Een op de vijf patiënten vind oefentherapeut zonder verwijzing. Factsheet Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg. Utrecht: NIVEL; 2009.
- Swinkels ICS, Kooijman MK, Leemrijse CJ. Steeds meer fysiotherapiepatiënten komen zonder verwijzingsbrief. Factsheet Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg. Utrecht: NIVEL; 2009.
- Swinkels ICS, Kooijman MK, Leemrijse CJ. Patiënten die bij de fysiotherapeut komen behalen vaker de behandel­doelen. Factsheet Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg. Utrecht: NIVEL; 2009.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (webpagina). <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=71822NED&D1=0-1&D2=0&D3=0&D4=0-4&D5=a&D6=0&D7=0-4-1&HD=110405-1452&HDR=T,G2,G1,G5,G6&STB=G4,G3>.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (webpagina). <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=70115ned&D1=0-3-4&D2=a&D3=a&HD=081106-1151&HDR=T,G1&STB=G2>.
- Swinkels ICS, Leemrijse CJ, Veenhof C. Een jaar directe toegang fysiotherapie. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie 2007; 117(5) 158-165.
- Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (webpagina). <http://www.vocm.nl/client/Folders>.
- Nieuwe referentie: Schippers EI. Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden 366. Besluit van 6 juli 2011, houdende wijziging van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut in verband met de directe toegankelijkheid van de diëtist, ergotherapeut, logopedist, orthoptist en podotherapeut. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2011.

De oefentherapeut als trainer

in 10 stappen van idee naar training

Het kunnen geven van een training of workshop aan een groep personen levert een bijdrage aan en voegt een dimensie toe aan het vak oefentherapie

Auteurs: Toos van Stralen en Astrid de Vries

Dit artikel is eerder gepubliceerd bij de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF)

Steeds vaker wordt van de oefentherapeut gevraagd om inzet van zijn/haar expertise op het gebied van bewegen. Traditioneel zijn oefentherapeuten gewend om te werken met individuele cliënten/patiënten of kleine groepen. Wij signaleren een toenemende vraag om trainingen en/of workshops op te zetten en te geven. Hierbij wordt de kennis overgedragen aan groepen mensen zoals artsen, verpleegkundigen, zwangere vrouwen enz.

Wij merken dat 'gedegen kennis hebben van het vakgebied' niet automatisch betekent dat de (oefen)therapeuten ook de vaardigheden in huis hebben om die kennis aan een groep over te dragen in de vorm van een training. Het geven van een effectieve training is een vak apart en vraagt weer andere kwaliteiten en kennis. Dit artikel is een samenvatting van een driedaagse geaccrediteerde training 'Het geheim van een effectieve training: in 10 stappen van idee naar training' die wordt gegeven in het kader van post-HBO onderwijs aan de Hogeschool Utrecht en die met subsidie van het Damsté-Terpstrafonds is ontwikkeld.

Trainen

Trainen is een resultaatgerichte activiteit (Kaufmann, 2006, p.13). Het gaat erom bij een groep deelnemers een zodanig leerproces op te roepen dat vooraf beoogde resultaten op het gebied van kennis, vaardigheden of houding worden behaald. Een training is effectief als er resultaat is, dat houdt in dat de deelnemers na afloop het geleerde kunnen en willen gaan toepassen in de praktijk. Op het eindresultaat worden de training én de trainer beoordeeld.

Het geven van een effectieve training vereist van de trainer dat hij/zij onder andere kennis van leertheorieën heeft, bekend is met verschillende didactische werkvormen, kan inspelen op de verschillende leerstijlen van de deelnemers en inzicht heeft in groepsprocessen (KB&K competentieprofiel trainer, 2005).

Van oefentherapeut naar trainer

De oefentherapeut is inhoudelijk deskundig en beschikt over een aantal vaardigheden zoals inlevingsvermogen en creativiteit. De oefentherapeut is in staat om helder te commu-

niceren en kan gerichte feedback geven. De kwaliteiten die de oefentherapeut als trainer nodig heeft liggen op vijf gebieden:

1. Inhoudelijke deskundigheid: de trainer moet kennis van zaken hebben. Hij/zij zorgt voor koppeling van het thema van de training aan de leerdoelen die behaald moeten worden en heeft overzicht en inzicht in het thema.
2. Ontwerpen van een training: de trainer ontwikkelt een effectief trainingsprogramma aansluitend bij de vraag van de opdrachtgever, bij de individuele leerdoelen, de leerstijlen van de deelnemers en bij hun werkvormen.
3. Kennis van werkvormen: de trainer maakt een keuze uit de verschillende werkvormen die kunnen worden ingezet. Deze kwaliteit in combinatie met de inhoudelijke deskundigheid is van belang voor zowel het ontwikkelen als het geven van een training.
4. Communicatie met de groep en vaardig in het begeleiden van werkvormen: de trainer moet beschikken over communicatieve vaardigheden, gebruikt afwisselende werkvormen en is in staat een groep te coachen.
5. Persoonlijk leiderschap: de training valt of staat met persoonlijk leiderschap. Een effectieve trainer kent zijn/haar eigen competenties, kernkwaliteiten en valkuilen, staat open voor het ontvangen van feedback, gaat bewust en doelgericht om met emoties en laat zien wat er getraind wordt (teach what you preach). Authenticiteit en congruentie zijn hierbij belangrijk. Een trainer die zichzelf inzet met al zijn/haar persoonlijke kwaliteiten en valkuilen is authentiek. De trainer is congruent en overtuigend als alles wat hij/zij zegt en doet met elkaar in overeenstemming is.

Als oefentherapeuttrainer komen er naast therapeutische vaardigheden dus de volgende trainersvaardigheden bij:

- het opstellen van heldere leerdoelen voor een trainingstraject
- het ontwerpen van een training, rekening houdend met leerstijlen, motivatie en werkpraktijk van de deelnemers
- kennis hebben van werkvormen en het kunnen begeleiden van werkvormen
- communiceren met een groep; hierbij kun je denken aan het omgaan met weerstanden binnen een groep en inzicht hebben in groepsprocessen

Bepalen van de leerdoelen

Heldere leerdoelen zijn de basis van een training. De trainer bepaalt de leerdoelen nadat de leerbehoefte en leerwensen zijn geïnventariseerd. Daarom is het belangrijk voorafgaand aan een training een intakegesprek te voeren met de eventuele opdrachtgever en met de deelnemers.

De leerbehoefte heeft te maken met de huidige situatie en geeft aan hoe het nu gaat, wat men daar nog niet goed aan vindt of waar men niet tevreden over is. De leerwens is het gewenste resultaat na de training, hoe het na afloop van de training hopelijk zal zijn. De leerdoelen overbruggen de ruimte tussen de leerbehoefte en de leerwensen. Die ruimte is in feite het werkgebied van de training (Kaufmann, 2006, p. 18).

Het opstellen van leerdoelen geeft een handvat. Het geeft een overzicht dat op verschillende momenten kan worden gebruikt. Allereerst bij het maken van afspraken met de opdracht-



gever, maar ook bij de uitleg aan (toekomstige) deelnemers en bij het verder ontwerpen van het programma. Ook geeft dit overzicht tijdens de training de vrijheid om even af te wijken van de programmaopzet, als dat tijdens de training belangrijk blijkt te zijn.

Formuleren van leerdoelen

Er zijn diverse manieren om leerdoelen te formuleren. We noemen hier drie verschillende mogelijkheden:

1. Van globaal naar concreet

Een veel gebruikte werkwijze bij het formuleren van leerdoelen is het werken van globaal naar concreet. Hierbij worden 3 stappen genomen:

Stap 1:
globaal leerdoel: dit geeft de kern van de training weer en is vaak het thema van de cursus.

Stap 2:
specifieke leerdoelen: deze doelen zijn de kern van een programmaonderdeel. Elke training bestaat uit meerdere onderdelen met hun eigen specifieke leerdoel.

Stap 3:
concrete leerdoelen: leerdoelen zijn concreet als bij elk specifiek leerdoel de vraag wordt

gesteld: 'wat moet een deelnemer weten, begrijpen en beheersen om dit doel te bereiken'.

2. SMART formuleren

Een andere manier van opstellen van leerdoelen is het formuleren vanuit het SMART-principe. Deze werkwijze is de laatste jaren vooral in het onderwijs en bedrijfsleven in gebruik geraakt. Het blijkt een succesvolle manier van het omschrijven van leerdoelen te zijn. De letters SMART staan voor Specifiek- Meetbaar- Acceptabel- Realistisch en Tijd(pad). Een SMART geformuleerd doel geeft zeer concreet aan wat men wil bereiken en is sturend op het gedrag van de deelnemer. Bovendien wordt aangegeven welke resultaten wanneer moeten worden bereikt.

3. Mindmapping

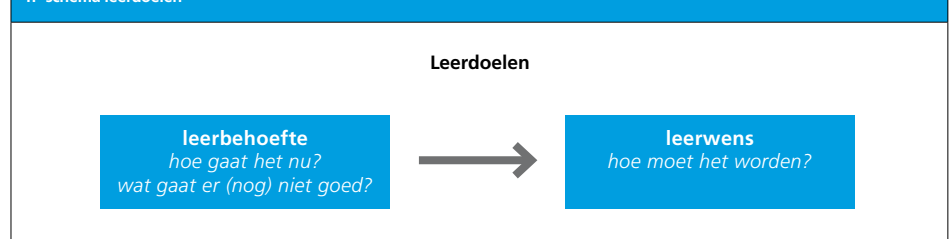
Een andere techniek bij het opstellen van leerdoelen is Mindmapping. Mindmapping wordt omschreven als een breinriendelijke notatietechniek om beter en sneller informatie op te nemen, te begrijpen, te doorgronden en te onthouden.

Bij deze notatietechniek wordt gebruik gemaakt van de capaciteiten van beide hersenhelften, dus zowel van de analytische functies als creatieve functies. Het formuleren van leerdoelen vraagt zowel logisch als creatief denken en doet dus een beroep op beide hersenhelften.

Hiërarchie leerdoelen

Het doel van elke training is dat de deelnemers na afloop iets moeten weten, begrijpen en

1. schema leerdoelen



De oefentherapeut als trainer

in 10 stappen van idee naar training

toepassen. De bijbehorende leerdoelen bevinden zich dus op het niveau van kennis, inzicht en vaardigheid. Deze leerdoelen volgen elkaar op. Kennis is het niveau dat het eenvoudigst te bereiken is. Inzicht is een hoger niveau: de deelnemer kan verbanden aangeven tussen het behandelde onderwerp en andere thema's en begrijpt waarom bepaald gedrag gewenst is. Vaardigheid is meestal het uiteindelijke leerdoel en weer een stapje hoger: met behulp van de kennis en inzicht kan de deelnemer effectief handelen tijdens de training en in de praktijksituatie. Bij het trainen van een vaardigheid is het nodig om eerst de voorafgaande leerdoelen te bereiken. Dit is één van de redenen waarom een vaardigheidstraining tijd vraagt (Kaufmann, 2006, p.23).

Ontwerpen van een training met de cirkel van Kolb

Bij het ontwerpen van een training is het zinvol om rekening te houden met de leerstijl van de deelnemers en daarop in te spelen. Door in te spelen op de dominante leerstijl van de deelnemers kan worden aangesloten bij hun manier van leren. Het leerstijlenmodel en de leercirkel van David Kolb zijn hierbij zeer nuttige hulpmiddelen (De Galan, 2003, hoofdstuk 2).

Leerstijlenmodel van Kolb

Kolb is beroemd geworden om zijn leerstijlenmodel. Hierin geeft hij aan dat er vier dominante leerstijlen zijn en dat iedereen zijn favoriete leerstijl heeft.

Het leerstijlenmodel gaat uit van twee basisactiviteiten bij het leren: (1) het verwerven van nieuwe kennis en informatie en (2) het verwerken ervan. Binnen elke leeractiviteit zijn twee tegenpolen te onderscheiden. Sommige mensen verwerven nieuwe kennis het best vanuit logica en theorie, terwijl hun tegenpolen kennis verzamelen door te doen, te voelen en te ervaren. Ook bij het verwerken zijn twee tegenpolen te onderscheiden. De ene persoon verwerkt informatie door actief te experimenteren, anderen denken bij het verwerken juist graag na: zij kijken en reflecteren (De Galan, 2003, p.57).

Kolb heeft zijn leerstijlenmodel zichtbaar gemaakt met een assenstelsel, waarin hij vier dominante leerstijlen aangeeft: Reflector (dromer), Theoreticus (denker), Pragmaticus (besliser) en Activist (doener). Bij elke leerstijl wordt een combinatie gemaakt van twee leeractiviteiten. Men neemt nog iets mee van de vorige activiteit en richt zich op de volgende. De denker kan vanuit reflectie goed tot theorie komen. De besliser haalt de essentie uit de theorie en past dat toe in praktijksituaties. De doener werkt via vallen en opstaan: hij leert via het uitproberen en komt zo bij zijn doel. De dromer leert door te doen en daarop te reflecteren.

Iedereen heeft zijn favoriete leerstijl. Mensen leren het liefst als het leren getraind wordt vanuit hun meest favoriete leerstijl. Weerstand tegen "leren" kunnen voortkomen uit het feit dat niet geleerd/getraind wordt vanuit de voorkeursstijl. Terwijl sommige deelnemers enthousiast bezig zijn met een praktische oefening (de doeners), vinden anderen de oefening "lastig", laten weerstand zien of haken af. Mogelijk gaat hun voorkeur naar verdieping van theorie (de denkers), zij willen kaders aangereikt krijgen en daar een discussie over voeren. Daarom is het voor een trainer zinvol

Bij het leren pianospelen kun je de verschillende leerstijlen en tegenpolen zien.

Sommige mensen leren het best door eerst uitgebreid noten te leren lezen. Zij verwerven kennis vanuit logica en verkennen van theorie. Hun tegenpolen verzamelen kennis door te doen, te voelen en te ervaren. Dat zijn de personen, die achter de piano gaan zitten, zomaar wat toetsen indrukken en zo erachter komen welke toon bij welke toetsaanslag hoort (concrete ervaring). Anderen leren heel gericht, vanuit een favoriete melodie. Zij zoeken van de noten de bijbehorende aanslag en leren zo de melodie spelen. Op deze manier komen zij te weten welke toon bij een aanslag hoort. Zij verwerken nieuwe informatie door actief te experimenteren. Hun tegenpolen zijn de mensen die verwerken door observatie en reflectie. Dat zijn de mensen, die het liefst eerst iemand anders het lied zien spelen, dit laten inwerken en het daarna zelf gaan proberen te spelen.



zich te verdiepen in de dominante leerstijl van de doelgroep en daarop in te spelen. Als de training begint met een werkwijze die aansluit bij een voorkeursstijl, is het makkelijker om later in de training een minder geliefde werkvorm aan te bieden (Kaufmann, 2006, p.58).

De leercirkel van Kolb

Naast rekening te houden met het leerstijlen-model kan bij het opzetten van de training de oorspronkelijke cirkel van Kolb, de leercirkel, een extra handvat bieden. In deze cirkel beschrijft Kolb vier stappen die essentieel zijn voor het leerproces: het verkennen van de theorie, het actief experimenteren, de concrete ervaring en observatie/reflectie. In de praktijk zijn de meeste mensen snel tevreden: ze stoppen als ze denken genoeg informatie te hebben en blijven steken in het tweede of derde stadium. Kolb stelt dat het leren diepgaander en effectiever wordt als de cirkel compleet doorlopen is. Het leerproces binnen de training verloopt optimaal als de trainer er dus voor zorgt dat de deelnemers de cirkel geheel doorlopen. Elk onderdeel van de training is op te zetten vanuit een ander startpunt uit de leercirkel van Kolb. Er zijn dus per trainingsonderdeel vier verschillende manieren om de hele cirkel te doorlopen, elke manier sluit aan bij een andere favoriete leerstijl.

Welk 'gereedschap' kan een trainer gebruiken? Didactische werkvormen zijn 'het gereedschap van de trainer'. Goed gereedschap is het halve werk. Het is de taak van de trainer om de trainingsmethoden en trainingsprocedures te kiezen en te gebruiken. Daarbij is de trainer zelf het belangrijkste stuk gereedschap. Zijn/haar doen en laten en de wijze waarop hij/zij de trainingsinhoud brengt, heeft een enorme impact op het resultaat.

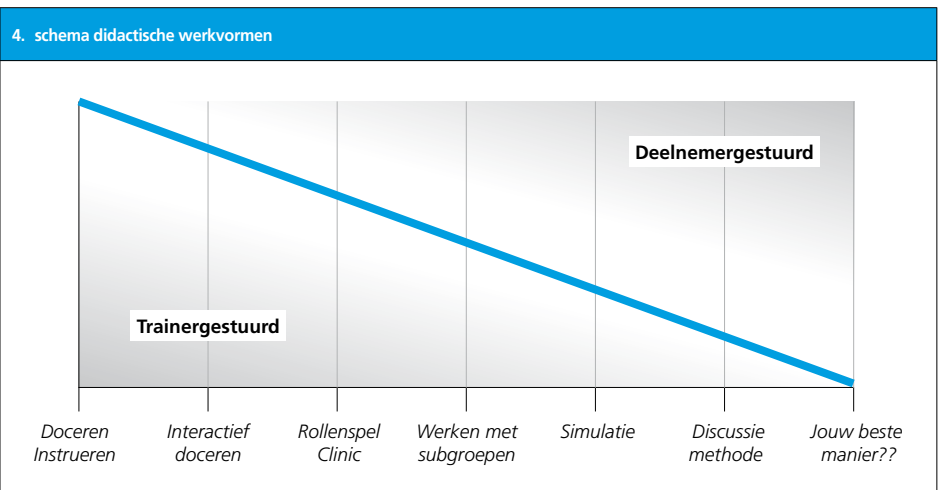
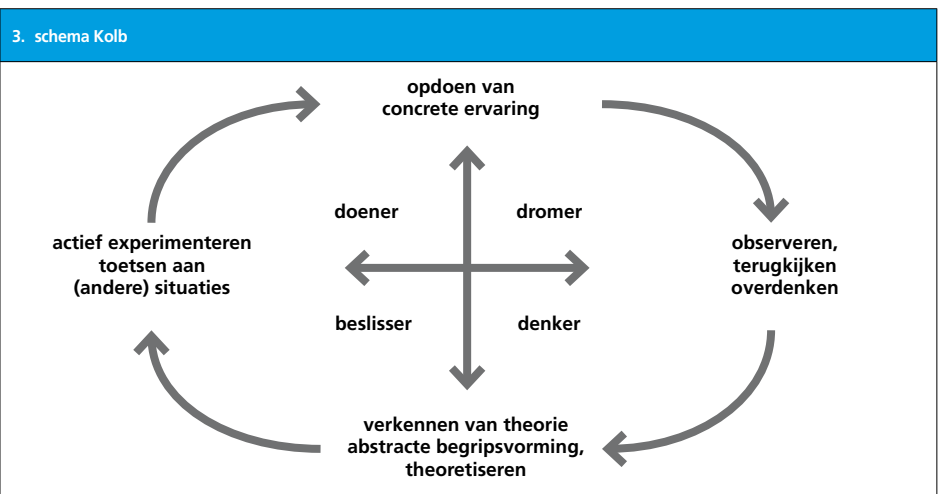
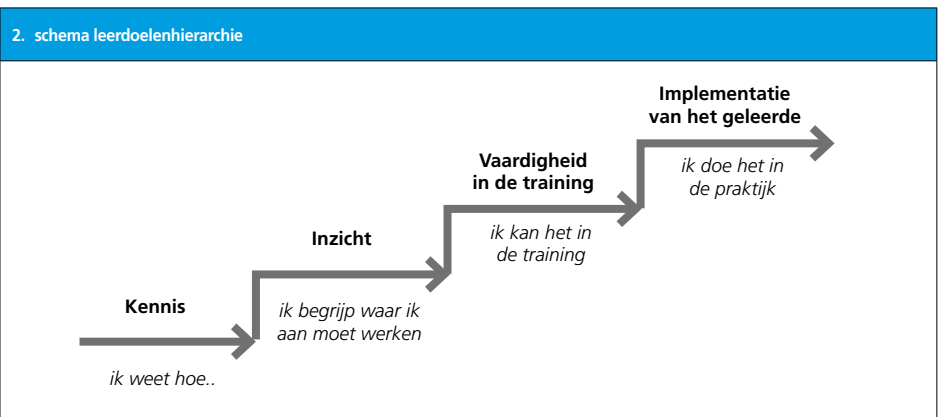
Bij de keuze van je werkvormen wordt vaak de volgende indeling gemaakt (Kaufmann 2006, p.73):

- Instructievorm: doceren en instrueren;
- Interactievorm: interactief doceren en discussiëren;
- Samenwerkingsvorm: werken in subgroepen;
- Spelvorm: rollenspel, clinic en simulatie;
- Opdrachtvorm: individueel werken aan een opdracht.

Naast het indelen naar soorten werkvormen kan ook een indeling gemaakt worden vanuit

het perspectief van de deelnemer en van de trainer. Bij sommige werkvormen heeft de trainer meer controle (trainergestuurd, bijvoorbeeld instructievormen) en bij andere werkvormen nemen de deelnemers het voortouw (minder trainergestuurd, bijvoorbeeld opdrachtvormen). Welke hulpmiddelen kan een trainer gebruiken? De hulpmiddelen vormen mede het succes van de training. Op het moment dat een

hulpmiddel niet goed functioneert, is dit een grote belemmering in de training. De volgende hulpmiddelen worden veel gebruikt: flip-over, projectie met overhead en/of beamer, gebruik van video/DVD. Een flip-over is heel geschikt voor het werken in groepen tot maximaal 16 deelnemers. Als de groep groter is, dan is de afstand tot de flip-over meestal te groot. In dat geval is projectie een beter hulpmiddel.



De oefentherapeut als trainer

in 10 stappen van idee naar training

Er zijn drie belangrijke manieren van visuele ondersteuning:

1. overheadprojector en sheets
2. beamer en laptop met powerpoint-presentatie
3. smartbord

Video- en DVD zijn zeer geschikt voor opname en weergave van gedrag. Dit kunnen opnames zijn van individuele personen als ook opnames van groepsituaties.

Groepsprocessen

Bij elke groep hoort een groepsproces. Zodra je een aantal mensen bij elkaar zet voor een training van een dag of langer, ontstaat er onherroepelijk een groepsontwikkeling. De deelnemers kijken naar elkaar, reageren op elkaar en vormen samen de regels van de groep. Elke groep maakt een ontwikkeling door. De duur van een training heeft invloed op dit proces. De ontwikkeling van een groep van een kortdurende training, bijvoorbeeld een workshop van 2 uur, komt niet zo ver als van een groep van een langlopende meerdaagse training.

Kennis van de groepsontwikkeling kan worden gebruikt om leerdoelen te bereiken. In het boek "Trainen; een praktijkgids" van Karin de Galan geeft de auteur een overzicht van vier ontwikkelingsfasen met bijbehorende kenmerken. Zij baseert zich op het ontwikkelings-

model van Baruch Levine, die zich uitgebreid heeft beziggehouden met de ontwikkelingsfasen van therapiegroepen. Door de Galan is het model van Levine vertaald en omgezet naar vier fasen van trainingsgroepen: de parallelfase, de opnemingsfase, de wederkerigheidfase en de afscheidsfase (de Galan, 2003; p.167).

Eerste fase: de parallelfase

In de parallelfase maken de deelnemers kennis met elkaar en is de intimiteit laag; de deelnemers zijn onbekend voor elkaar. De trainer is de centrale persoon. De deelnemers zijn op de trainer gericht, zelfs als zij elkaar vragen stellen. In deze fase is het belangrijk dat de trainer de autoriteit laat zien en pakt die er van hem/haar wordt verwacht. Het toenemen van de onderlinge relaties is een voorwaarde om de overgang naar de volgende fase te kunnen maken. De trainer kan daarvoor zorgen door een deel van zijn/haar autoriteit af te staan aan de deelnemers en het initiatief tussen de deelnemers te stimuleren. Gebeurt dat niet, dan is de kans op een stille groep groot. De deelnemers tonen weinig initiatief en durven weinig te vertrouwen op zichzelf en de anderen.

Tweede fase: opnemingsfase

De naam van de tweede fase, de opnemingsfase, verwijst naar het kenmerk van deze fase: de deelnemers worden opgenomen in de groep.

In deze fase ontstaan in toenemende mate sub-groepjes, deze verdwijnen meestal weer als men zich veiliger in de groep als geheel gaat voelen. Ook worden verschillen van mening en conflicten openlijker geuit. Binnen de groep kunnen informele leiders ontstaan. En ook "zwarte schapen": personen die niet opgenomen worden in de groep. Het is in deze fase belangrijk dat de trainer bij onenigheid geen partij kiest, zorgt dat de deelnemers zich uitspreken tegenover elkaar en zijn/haar aandacht verder vooral op de inhoud van de training richt.

Derde fase: wederkerigheidfase

De derde fase, de wederkerigheidfase, wordt in het ideale geval bereikt. Kenmerk is dat de deelnemers betrokken zijn bij elkaar en op een positieve manier feedback geven, ook tijdens de informele momenten zoals in een pauze. Deze feedback wordt serieus genomen zowel door de gever als ontvanger. In deze fase zijn er geen openlijke conflicten en/of ergernissen. De groep is zeer zelfredzaam en zelfwerkzaam.

Vierde fase: afscheid

De rol van de trainer in deze fase is vooral de rol van coach en procesbegeleider. De laatste fase is de fase van het afscheid. De groep wordt langzaam minder hecht; de deelnemers gaan zich meer richten op de situatie ná de training. De onderlinge betrok-



Sommige mensen verwerven nieuwe kennis het best vanuit logica en theorie, terwijl hun tegenpolen kennis verzamelen door te doen, te voelen en te ervaren

kenheid wordt minder en de autoriteit van de trainer stijgt weer. Het is de taak van de trainer om het afscheid vorm te geven. Dat kan hij/zij o.a. doen door oefeningen aan te reiken die gericht zijn op goede voornemens en actieplannen en door het houden van een eindevaluatie. De afsluitende woorden krijgen evenveel aandacht als de woorden aan het begin van de training. Sluit de training af met 'mooie laatste woorden': dat kan een verhaal zijn of een metaforische boodschap.

Evaluatie

De trainer kan op verschillende momenten evalueren: tussentijds en aan het einde van de training. Een tussentijdse evaluatie is belangrijk, omdat de trainer dan tijdens de training alert blijft op de leerwensen en het programma nog kan bijsturen. Door de evaluatie aan het eind van de training wordt een beoordeling van de deelnemers verkregen. De eindevaluatie gaat na of de leerwensen bereikt zijn en zet aan tot zelfevaluatie van de deelnemer.

Toekomstvisie auteurs

De zich snel ontwikkelende maatschappij zal in toenemende mate vragen om transparantie van en inzicht in onze kennis, kunde en ervaring. Onze training is hiervoor een bruikbaar middel. Wij zijn ervan overtuigd dat het kun-

nen geven van een training een bijdrage levert en een dimensie toevoegt aan het werk van de paramedicus.

Auteurs

Toos van Stralen werkt als docent-logopedist bij de Faculteit Educatie van de Hogeschool Utrecht. Ze geeft ruim 20 jaar vaardigheidstrainingen aan beginnende en ervaren docenten. Astrid de Vries is trainer, coach en logopedist. Zij is Master Practitioner Neuro-Linguistisch Programmeren. Zij werkt als logopedist in de vrije vestiging en geeft sinds 10 jaar trainingen binnen post-HBO. Daarnaast heeft zij een coachingspraktijk.

De auteurs geven de training gezamenlijk via Hogeschool Utrecht, Post-HBO.

Summary

The purpose of a training session is to ensure that participants acquire knowledge, skill-sets or behavioral competences in accordance with pre-defined criteria. Preparing a training session not only involves focus on subject and content, but also, importantly, on the issue of how to effectively transfer that content to participants. Leading a training session therefore requires knowledge and skills beyond those that speech therapists typically have in stock. This article provides a concise and practical guide to help bridging that gap. ●

Keywords

Training, trainer

Correspondentie

Toos van Stralen, Hogeschool Utrecht, E-mail: toos.vanstralen@hu.nl
Astrid de Vries, Nedereindseweg 405, 3437 PL Nieuwegein: www.logopedienieuwegein.nl
E-mail: ajtdevries@hotmail.com
Voor informatie over training en trainingsdata: www.hu.nl of via een mail aan de trainers.

Literatuur

- Biech, E. (2005). Trainen voor dummies. Indianapolis, Indiana: Wiley Publishing, Inc
- Dinger, T. e.a. (2008). Gemakkelijker en expressiever spreken. Bussum, Coutinho
- Galan, K. de (2003). Trainen. Een praktijkgids. Amsterdam: Pearson Education Benelux
- Galan, K. de (2008). Van deskundige naar trainer. Trainen als tweede beroep. Amsterdam: Pearson Education Benelux
- Galan, K. de (2008). Trainingen ontwerpen. Amsterdam: Pearson Education Benelux
- Gamon, D. en Bragdon, D. (2002). Building Mental Muscle. Great Britain: Pocket Books
- Jacobi, J. (2004). De psychologie van C.G. Jung. Rotterdam: Lemniscaat
- Kallenberg, A. e.a. (2006) Leren (en) Doceren in het hoger onderwijs. Utrecht: Lemma BV
- Kaufman, L en Ploegmakers, J (2006). Het geheim van de trainer. Amsterdam: Pearson Education Benelux
- Kessels, J. (2000). Het ontwerpproces als leerproces. Het ontwerpen van leertrajecten. HRD Thema, 1(1) 16-21.
- Ofman, D. en Weck, R van der (2005). De kernkwaliteiten van het enneagram. Utrecht: Kosmos – Z&K
- Oomkes, F. (2003) Communicatieleer Boom uitgevers
- Ready, R. en Burton, K. (2007). NLP voor dummies. Pearson Education Benelux
- Tiggelaar, B. (2005), Dromen, durven, doen. Het managen van de lastigste persoon op aarde: jezelf Houten: Spectrum.
- Visscher-Voerman, I. (2000). Ontwerpbenaderingen in opleidingspraktijken. Het ontwerpen van leertrajecten. HRD Thema, 1(1)
- Zuidgeest, Y. (2005) De aanjagers, een bundeling werkvormen voor trainers. 's-Gravenhage: Reed Business Information BV

Aanvullende informatie

www.karindegalan.nl
www.salesquest.nl/8_tips_voor_succesvol_offeren.htm
www.kennisnet.nl
www.leren.nl
www.vebron.nl
www.hetgeheimvandetrainer.nl

Advertentie

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

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



www.yvlo.nl info@yvlo.nl

- de **Opleiding ZwangerFit®** start op **7 maart 2012**
het is een 8 daagse opleiding tot Zwangerschaps Trainer/Coach
- **Cursusdag Babymassage** → 19 november '11
- **Cur susdag Pilates PeriPartum** → 10 maart '12
- **Workshop Peutermassage** → 24 mei '12

■ ■ **YVLO is praktijkgericht** ■ ■

Karakter

speelt rol in krijgen en houden van specifieke KANS

Angst en perfectionisme belangrijkste risicofactoren

Interview Toesa Potter met mw. Van Eijsden-Besseling

Eind vorig jaar promoveerde mevrouw dr. M.D.F. van Eijsden-Besseling, revalidatiearts en onderzoeker aan het Universitair Medisch Centrum in Maastricht, op een onderzoek naar de primaire en secundaire preventie van specifieke KANS bij beeldschermwerkers. Het onderzoek bracht een aantal opmerkelijke feiten aan het licht. Zo blijkt dat in zowel het ontstaan en de instandhouding als in de behandeling van de klachten niet alleen fysieke maar ook psychosociale en persoonlijkheidsfactoren zoals stressgevoeligheid en perfectionisme een belangrijke rol spelen.

Bijna de helft van de onderzochte patiënten is onvoldoende gebaat bij alleen fysiotherapie of oefentherapie C/M en heeft aanvullende behandeling nodig van een psycholoog of gedragstherapeut. Om dit soort patiënten zo goed mogelijk te kunnen helpen is het van groot belang dat behandelaars inzicht hebben in de belangrijkste risicofactoren voor het krijgen van specifieke KANS. Wat betekent dat voor oefentherapeuten Cesar en Mensendieck? Sinds jaar en dag richt de afdeling Revalidatie van het Maastrichts Universitair Medisch Centrum (MUMC) zich op onderzoek en behandeling van mensen met RSI, tegenwoordig meestal KANS genoemd: specifieke klachten aan arm, nek en schouder. Drijvende kracht achter deze specialisatie is mw. M. van Eijsden, die als revalidatiearts al vele jaren aan het MUMC verbonden is. Talloze patiënten vonden inmiddels de weg naar haar behandelkamer.

Piano

Daar, op de begane grond van het MUMC-complex, in een setting van stapels papier en het gebruikelijke kantoormeubilair, trekt een forse bruine piano direct de aandacht. Inderdaad, beaamt Van Eijsden, veel van haar patiënten zijn professionele musici, als het om KANS gaat een heel kwetsbare groep. Graag had ze haar promotieonderzoek op deze patiëntengroep gericht, maar jammer genoeg bleek die daarvoor te klein en divers (zie voor meer informatie over onderzoek onder musici de inzet bij dit artikel). Uiteindelijk viel de keuze op beeldschermwerkers. Een veel homogener onderzoeksgroep en eentje waarmee het UMC eveneens veel ervaring heeft. Bovendien, ook niet onbelangrijk, krijgt ongeveer 40% van de beeldschermwerkers te maken met specifieke KANS en een deel van hen houdt chronische klachten. Behalve voor de patiënten zelf brengt dat ook voor de maatschappij veel kosten en ongemak met zich mee. Een effectieve therapie is dus zeer welkom.

Doorgaan

Als leidraad voor haar onderzoek stelde de promovenda zich de volgende vragen: wat zijn de belangrijkste risicofactoren voor het krijgen en houden van specifieke KANS en, als we dat weten, wat is dan de beste aanpak voor het voorkomen en genezen van de klachten? Van Eijsden: "Heel kort samengevat is dit wat we hebben ontdekt: je krijgt het vooral door stress en perfectionisme, en je houdt het vooral door angst." Met dat eerste bedoelt ze dat de klachten zich vooral voordoen bij beeldschermwerkers die in hun werksituatie te maken

krijgen met hoge taakeisen – bijvoorbeeld een zware workload en jobstress – in combinatie met persoonlijke eigenschappen zoals een overdreven plichtsbesef en/of de neiging tot perfectionisme. "Het zijn de types die maar doorgaan, niet kunnen stoppen, eeuwig het gevoel hebben dat ze hun werk niet op tijd af krijgen, overdreven veel van zichzelf vragen. Ze nemen zichzelf voortdurend de maat, waardoor ze in nóg meer tijdnood komen en nóg weer harder gaan werken. En ondertussen maar in die muis knippen en allerlei verkeerde spieren aanspannen... Ja, zo genereer je wel pijn."

Geen verschil

In de inleiding van dit artikel kwam al even ter sprake dat iets minder dan de helft van Van Eijsdens patiënten (45%) om van zijn klachten af te komen meer nodig heeft dan reguliere fysiotherapie of houdingstherapie volgens de methode Mensendieck of Cesar. Voor de rest (55%) blijkt fysiotherapie of oefentherapie wel te volstaan. Vanzelfsprekend is dan de vraag interessant of de effecten van beide therapieën van elkaar verschillen. Om dat te onderzoeken kreeg de helft van alle patiënten

tien weken fysiotherapie en de andere helft tien weken oefentherapie C/M. Wat bleek?

Er was geen significant verschil tussen de twee therapieën. Na afloop van hun behandeling bleken beide patiëntgroepen op de gemeten criteria – hun beleving van pijn, kwaliteit van leven en beperkingenniveau – in niets van elkaar

te verschillen. Niet op de korte termijn en evenmin op de langere termijn. Alle proefpersonen met beginnende specifieke KANS toonden hetzelfde beeld: een jaar na de start van de interventies was 55% van hen wel en 45% niet klachtenvrij.

Fantoompijn

Op zoek naar de reden waarom specifieke KANS bij sommige patiënten wel en bij anderen niet chronisch wordt, ontdekte Van Eijsden dat ook hierin, net als in het ontstaan van de klachten, iemands karakter een grote rol speelt. Vooral angstige mensen lopen een sterk verhoogd risico op het ontwikkelen van chronische pijnklachten. "Een kenmerk van angstige patiënten is dat zij, zoals ik dat noem, hun pijn kunnen catastroferen. Mensen met pijncatastroferend gedrag maken zich grote zorgen over hun klachten en zijn er vaak de hele dag mee bezig. Maar in plaats van te denken 'o, nou, misschien moest ik dan mijn dagindeling maar eens veranderen', denken ze dingen als 'o jee, daar kom ik vast niet meer vanaf, misschien kan ik zelfs wel nooit meer werken'.

Je krijgt het vooral door stress, je houdt het vooral door angst...

...een goede oefentherapeut gaat daar heel voorzichtig mee om

Na een tijdje gaat die angst als het ware vastzitten in hun hersenen, met als gevolg een toename van klachten. Je kunt dat zien als een reactie van het centraal zenuwstelsel op je gedrag met betrekking tot de bestaande klachten. Heel opmerkelijk. Anatomisch is er niets te vinden, maar de patiënt ervaart wel pijn. Als je dat laat gaan, kan dat gemakkelijk tot een chronisch pijnsyndroom leiden.”

Educatie

Voor een goed beloop van de behandeling van specifieke KANS, is een van de conclusies van Van Eijdsden, is het belangrijk dat behandelaars vroegtijdig vaststellen wat voor ‘type’ patiënt ze voor zich hebben. Ze pleit er daarom voor dat behandelaars, in de bedrijfsgeneeskunde maar ook in algemene praktijken, meer gebruik gaan maken van een quick scan, een kort vragenlijstje speciaal ontwikkeld om patiënten snel te kunnen screenen op de onderscheiden risicofactoren. Op grond daarvan, legt ze uit, kan vervolgens een effectief individueel behandelplan worden gemaakt. “Mijn onderzoek wijst uit dat stressgevoelige, perfectionistische en pijncatastroferende patiënten gebaat kunnen zijn bij een gerichte psychologische behandeling. Educatie is daarin de eerste, belangrijke stap. Zelf begin ik daar altijd mee. Ik leg de patiënt goed uit hoe het in de hersenen werkt. Sommigen hebben daar genoeg aan en kunnen zichzelf op grond van de nieuwe inzichten corrigeren. Maar meestal is het niet zo eenvoudig. De meeste patiënten hebben meer nodig. Die stuur ik dan door. De perfectionisten naar de psycholoog, waar zij vooral moeten leren om minder te gaan doen. Angstige, pijncatastroferende mensen daarentegen moeten juist leren dat zij meer gaan doen. Zij gaan daarom naar de gedragstherapeut, die ze stapje voor stapje activiteiten laat doen waarbij ze ontdekken dat het helemaal niet nodig is dat dat uiteindelijk meer pijn oplevert. Integendeel.

Specialiseren

Bieden de uitkomsten van Van Eijdsden onderzoek ook aanknopingspunten voor de praktijk van oefentherapeuten Cesar en Mensendieck? En zo ja, hoe kunnen oefentherapeuten C/M mensen met specifieke KANS beter helpen? Desgevraagd legt Van Eijdsden uit dat de slaagkans van een therapie in hoge mate therapeutafhankelijk is. “In dit geval, waar het gaat om patiënten die, zoals we ontdekt hebben, om verschillende redenen een verhoogd risico lopen, betekent dat vooral dat de therapeut goed op de hoogte moet zijn van de problematiek en heel goed moet weten wat hij of zij doet. Daar hoort bij: scherp kunnen observeren, inzicht hebben in de onderscheiden risicofactoren en herkennen of en in welke mate die bij een patiënt aanwezig zijn. Iemand die perfectionistisch is ingesteld, bijvoorbeeld, komt er zelf niet op dat juist zijn perfectionisme deels het probleem is. Dat moet je zo iemand uitleggen, laten zien, laten voelen.”

Patiënteducatie is daarvoor een goed instrument. Maar, zo waarschuwt Van Eijdsden, het gaat hier om zeer ingewikkelde materie waarin veel meer dingen een rol spelen dan alleen houdingsfactoren. “Een goede oefentherapeut gaat daar heel voorzichtig mee om, overschat zichzelf niet en verwijst op tijd door. Het is niet niks wat er van je gevraagd wordt. Ten eerste moet je de problemen en risicofactoren herkennen. Ten tweede moet je er voor zorgen dat de patiënt gaat inzien welke invloed zijn angstige of perfectionistische instelling heeft, en ten slotte moet je zien te bereiken dat de patiënt zijn vaak zeer hardnekkige gedragspatronen verandert. Dat kun je echt niet zomaar, dat moet je leren. Voor oefentherapeuten die zich in deze doelgroep willen



verdiepen is daarom naar mijn mening een aanvullende cursus nodig. Zoiets is heel goed mogelijk, we hebben daar genoeg materiaal en aanknopingspunten voor. Zo’n specialisatie zou dan bijvoorbeeld door de beroepsvereniging kunnen worden aangeboden.”

Bewegen

Tot slot heeft Van Eijdsden nog een algemeen advies: breng de mensen tot bewegen. “Steeds opnieuw, ook weer in dit onderzoek, blijkt hoe belangrijk dat is. Mensen die veel en graag bewegen hebben minder – en minder snel – klachten dan mensen die weinig bewegen. En als ze wel ergens last van hebben, tillen ze er vaak minder zwaar aan. ‘O,’ zeggen ze dan, ‘bedoel je dát met klachten. Ja natuurlijk, dat heb ik soms wel maar het stelt niks voor hoor, het hoort er gewoon bij.’ Vanzelfsprekend is dit geen pleidooi om serieuze pijnklachten maar te negeren. Maar het helpt wel enorm als iemand er enigszins ontspannen en relativerend mee om weet te gaan en er in het dagelijkse leven gewoon een beetje rekening mee houdt. Sporters kunnen dat vaak wat makkelijker. Dus oefentherapeuten die weten te bereiken dat hun patiënten plezier in bewegen krijgen, bewijzen die patiënten daarmee een grote dienst.” ●

In de behandeling van KANS bij (professionele) musici werken dr. M.D.F. van Eijdsden, het Universitair Medisch Centrum Maastricht en een kring van gespecialiseerde behandelaars in den lande sinds jaar en dag nauw samen met Mensendiecktherapeut (en celliste) mw. Ans Samama-Polak (87), de grondlegster van de speciaal voor de doelgroep ontwikkelde ‘methode Samama’. Deze methode, tot in het buitenland bekend, is in eigen land niet onomstreden. Zowel het MUMC als mevrouw Samama, die ondanks haar hoge leeftijd beroepshalve nog altijd zeer actief is, is er veel aan gelegen de waarde van de methode wetenschappelijk te onderzoeken. In dat licht hebben genoemde partijen hun samenwerking bekrachtigd met de oprichting van het Ans Samama Fonds. Dit fonds schenkt het MUMC de komende drie jaar 150.000 euro ten behoeve van een nog dit jaar te starten onderzoek naar de effecten van een behandeling volgens de methode Samama op het voorkomen en genezen van klachten onder conservatoriumstudenten aan het bewegingsapparaat. Tijdens dit onderzoek zal een groep aankomende musici volgens de methode Samama behandeld worden en worden vergeleken met een controlegroep die de behandeling niet krijgt. Ook de vraag of het nuttig is om de studenten gedurende hun opleiding beroepshalve in de methode te onderwijzen wordt in de onderzoeksvraagstelling meegenomen. Het onderzoek, opnieuw een promotieonderzoek, gaat ongeveer zeven jaar duren, wordt begeleid door het MUMC en wordt uitgevoerd door Vera Baadjou, verbonden aan de vakgroep Revalidatie van het MUMC. Naar verwachting zal het ongeveer zes jaar duren voor de eerste resultaten naar buiten komen. /TP

Pijnlijke liefde voor muziek

Onderzoek naar de behandeling van lichamelijke klachten bij musici

Ongeveer zeventig procent van de orkestmusici kampt met lichamelijke klachten die voortkomen uit datgene waar ze nu juist zoveel van houden: muziek maken. In veel gevallen treden de klachten op doordat musici een verkeerde houding aannemen tijdens het bespelen van hun instrument. Dat kan zelfs de klank van het instrument beïnvloeden. Vera Baadjou, revalidatiearts in opleiding en promovenda aan de Universiteit Maastricht, gaat onderzoeken of een op Mensendieck gebaseerde behandelmethode effectief is tegen deze klachten. Dit onderzoek wordt mogelijk gemaakt door een schenking van Ans Samama, die deze methode ontwikkelde en toepaste bij duizenden professionele musici. Zij heeft een fonds opgericht om deze methode wetenschappelijk te toetsen.

Lichaamshouding

“Het blijkt dat een heel groot percentage van de conservatoriumstudenten problemen krijgt door het musiceren, vergelijkbaar met KANS-klachten (Klachten Arm Nek Schouder), voorheen RSI genoemd. Deze klachten uiten zich in pijn, tintelingen en zelfs problemen bij de aansturing van bijvoorbeeld de armen of vingers. Dit komt onder andere doordat op de conservatoria weinig aandacht besteed wordt aan lichaamshouding”, stelt Baadjou. “Studenten wordt in feite niet geleerd hoe ze hun lichaam efficiënt moeten gebruiken om overbelasting te voorkomen, terwijl er bijvoorbeeld wel veel aandacht is voor techniek.” Baadjou benadrukt dat het juist erg belangrijk is om al in een vroeg stadium een correcte lichaamshouding aan te leren, omdat die daarmee veel van de klachten die later kunnen optreden kunt voorkomen. “In de praktijk is gebleken

dat ongeveer tachtig procent van Samama's patiënten verminderde tot geen klachten meer heeft na behandeling. Met dit onderzoek willen we meten of een 'goede musicerhouding' effect heeft op het voorkomen van lichamelijke klachten onder conservatoriumstudenten.”

De methode van Samama

De behandelmethode die Baadjou gaat onderzoeken is ontwikkeld door Ans Samama en vindt haar oorsprong in de Mensendiecktherapie. De therapie is een combinatie van bewustwording en houding. “Het is belangrijk je bewust te worden van je eigen lichaam, van de spieren die je gebruikt tijdens het spelen en de manier waarop je moet zitten. Daarnaast vraagt Samama haar patiënten om met de romp iets meer naar voren te zitten, het borstbeen een stukje naar voren te brengen en ervoor te zorgen dat het bekken licht

naar achteren gekanteld kan worden. Op die manier wordt de rug recht en sterk en is er meer ruimte voor de armen om vrij te kunnen bewegen. Dit leidt tot een betere balans van spiergebruik en resulteert in een betere ademhaling”, legt Baadjou uit. Dit laatste is zelfs van essentieel belang voor blazers vanwege de directe invloed op de toonkwaliteit.

Drie soorten spieren

De Samama-methode gaat er vanuit dat tijdens het musiceren drie soorten spieren worden gebruikt: de balansspieren, de actieve speelspieren en de passieve speelspieren. De balansspieren zijn de - voornamelijk onderste - grote spieren in de rug die ervoor zorgen dat de lichaamsbalans stevig is. De actieve speelspieren zijn de spieren die zich actief aanspannen tijdens het spelen van muziek. Bij een violist zijn dit de vingers, polsen en de armen. De passieve speelspieren zijn de spieren die ontspannen gehouden moeten worden tijdens het spelen, zoals de schouders en de bovenste nekspieren. Het is de bedoeling om een goede samenwerking te creëren tussen die drie soorten spiergroepen. De methode van Samama is bijzonder, omdat deze zich specifiek op musici richt. “Fysiotherapeuten kunnen wel hun algemene therapieën toepassen, maar deze zijn nooit gericht op een muzikant in het bijzonder. Omdat Samama al jaren vrijwel alleen met musici werkt, kent ze de specifieke bewegingen die zij maken en de technieken van ieder instrument, waardoor ook een specifieke behandeling mogelijk is”, aldus Baadjou.

Onderzoekopzet

Het onderzoek bevindt zich momenteel nog in



de opstartfase, waarin nagedacht wordt over de precieze aanpak. Ans Samama zelf denkt ook actief mee over de opzet. Baadjou: "Het idee is om een groep eerstejaarsstudenten van conservatoria op te splitsen, waarbij de ene helft van de groep geen therapie krijgt (dus het conservatorium doorloopt zoals het nu is) en de andere helft een preventief lesprogramma doorloopt, waarin de Samama-methode wordt uitgelegd en toegepast. We willen starten in het eerste studiejaar en gedurende de latere jaren herhalingslessen uitvoeren. Binnen het programma leggen we aan de studenten uit hoe het lichaam in elkaar zit, hoe het wordt gebruikt tijdens het spelen en welke mogelijkheden er zijn om de houding te verbeteren. Vervolgens leren we ze de juiste houding ook aan. We verwachten dat de methode leidt tot een betere houding en daardoor tot minder klachten. Dat testen we aan het einde van het vierde studiejaar, door middel van pijnscores,

interviews en metingen van bijvoorbeeld het spiergebruik, coördinatie en ademvolume."



Beeldschermwerkers

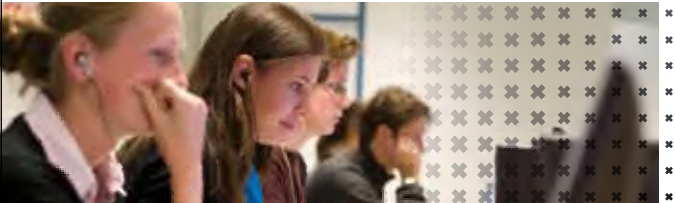
De behandeling van Samama kan ook toegepast worden op beeldschermwerkers. Dit komt omdat zij eenzelfde soort klachten ontwikkelen, die mede ontstaan door repeterende bewegingen en verkeerd gebruik van arm, nek en schouders. Al tien jaar geleden onderzocht Samama haar methode in de preventie en behandeling van KANS-klachten, samen met revalidatiearts dr. Marjon van Eijsden-Besseling, die op dat onderwerp onlangs promoveerde. Er zijn volgens Baadjou echter wel grote verschillen tussen musici en beeldschermwerkers. "Een groot verschil zit in het prestatieniveau. Het is moeilijker om als muzikant de optimale toonkwaliteit te bereiken dan als beeldschermwerker de juiste letters op het scherm te doen verschijnen. Muzikanten ervaren daarom een

grotere druk om altijd maar goed te presteren. Zodra je als musicus een paar fouten maakt, word je vaak zonder pardon vervangen door iemand anders. Daarnaast zijn er weinig vacatures en speelt (podium)angst een grote rol. Al deze risicofactoren dragen bij aan de mate van stress die musici ervaren, waardoor de kans op het ontstaan van lichamelijke klachten verhoogd wordt."

Tijdens het laatste jaar van haar studie geneeskunde onderzocht Vera Baadjou al het effect van lichaamshouding op het energieverbruik bij musici. Naar aanleiding van dat onderzoek werd Baadjou benaderd om de wetenschappelijke waarde van de Samama-methode te onderzoeken, een onderzoeksplek die gecreëerd is met behulp van het Samama Fonds. De naamgeefster van het fonds schenkt 150.000 euro aan het Universiteitsfonds Limburg/SWOL. ●

Advertentie


UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM




Evidence Based Practice MSc/Drs

START 11^e ACADEMISCH JAAR SEPTEMBER 2012

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

Bridging healthcare and science

- een eerste klas carriërestap 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





Ergo XL

Ervaar bewegend zitten



Ergo XL biedt innovatieve oplossingen die een bijdrage leveren aan een actieve werk- en zithouding met als doel door 'bewegend zitten' gezond te blijven.

Reduceer uw rugklachten en bel of mail voor een vrijblijvende proefplaatsing.

www.ergoxl.nl

Uw contactpersoon: Richard Jetten
T: 0344 621408 - M: 06 17732832 - E: richard@ergoxl.nl

Hier kan ook uw
advertentie staan.

Neem contact op
met de redactie.

Dit artikel is aangedragen door de Commissie Praktijk en Wetenschap. Dit artikel beschrijft een interessant onderzoek over de invloed van depressieve klachten en chronische pijn. Dit onderzoek hangt samen met de lezingencyclus die de commissie heeft opgezet. Bent u geïnteresseerd in meer informatie over chronische pijn, meldt u dan aan bij de WVOCM voor de wetenschappelijke lezingencyclus Chronische pijn.



Depressive Symptoms

Anatomical Region, and Clinical Outcomes for Patients Seeking Outpatient Physical Therapy for Musculoskeletal Pain

Steven Z. George,
Rogelio A. Coronado,
Jason M. Beneciuk,
Carolina Valencia,
Mark W. Werneke,
Dennis L. Hart

Depression is recognized as one of the leading causes of disability in the United States and affects approximately 5% to 10% of the American general population.^{1,2} The point prevalence of pain and depressive symptoms occurring at the same time (commonly referred to as "comorbid pain and depression") is variable across practice settings. For example, Bair et al³ reported comorbid pain and depressive symptoms ranging from 13% to 85%, with lower rates reported in gynecological clinics and higher rates reported in dental and orofacial pain clinics. The variability in reported prevalence rates could be related to the patient population,³ the nature of the pain disorder,⁴ or the methods by which depressive symptoms are identified.^{5,6}

In primary care settings, it has been estimated that 27% of patients with musculoskeletal pain conditions also have complaints consistent with major depressive symptoms.³ Researchers who investigated the prevalence of depressive symptoms among patients seeking treatment for musculoskeletal pain in physical therapy settings reported prevalence rates similar to or higher than those in primary care settings.⁷⁻¹⁰ For example, Hope and Forshaw⁸ and Haggman et al⁷ reported that 26% and 40% of patients with low back pain in physical therapy settings, respectively, exhibited depressive signs or symptoms. Higher prevalence rates for depressive symptoms were reported by Werneke and Hart¹⁰ (46%) and Lundberg et al⁹ (47%) for patients seen by physical therapists for low back pain and general musculoskeletal pain, respectively.

Physical therapists are sometimes first-contact clinicians for patients with musculoskeletal pain. Screening is important in that environment because of a strong association of depressive symptoms with poor treatment outcomes, increased medical resource utilization, and decreased work productivity for

patients with chronic musculoskeletal pain.¹¹⁻¹³ Furthermore, identifying patients who are at high risk for clinical depression is a key

S.Z. George, PT, PhD, is Associate Professor and Assistant Department Chair, Department of Physical Therapy, and Center for Pain Research and Behavioral Health, University of Florida, PO Box 100154, Gainesville, FL 32615 (USA). R.A. Coronado, PT, CSCS, FAAOMPT, is a rehabilitation science doctoral program student in the Department of Physical Therapy, University of Florida. J.M. Beneciuk, PT, DPT, FAAOMPT, is a rehabilitation science doctoral program student in the Department of Physical Therapy, University of Florida. C. Valencia, PT, is a rehabilitation science doctoral program student in the Department of Physical Therapy, University of Florida. M.W. Werneke, PT, MS, Dip MDT, is Physical Therapist, Spine Rehabilitation at CentraState Medical Center, Freehold, New Jersey. D.L. Hart, PT, PhD, is Director of Consulting and Research, Focus On Therapeutic Outcomes, Inc, White Stone, Virginia.
Corresponding author.
Address all correspondence to Dr George at: Email: szgeorge@phhp.ufl.edu . Received May 27, 2010; Accepted November 10, 2010.
This article has been cited by other articles in PMC.

Samenvatting

Achtergrond

Het uitvragen van depressieve symptomen in de intake voor lichamelijke klachten is belangrijk voor het voorspellen van de resultaten van de behandeling en om te besluiten om deze patiënt eventueel door te verwijzen.

Doel

Het doel van dit onderzoek is om de prevalentie en impact van depressieve symptomen bij patiënten met lichamelijke klachten (in 4 anatomische regio's: bovenste extremiteit, onderste extremiteit, cervicale klachten en lumbale klachten) te onderzoeken.

Methode

Demografie, depressieve symptomen (SCL-90-R) en pijnintensiteit (VAS schaal 0-10) en functionele status (VAS schaal 0-100) zijn verzameld met behulp van vragenlijsten bij 8304 patiënten. Chi-square analyses zijn gebruikt voor het vergelijken van demografie en pijn variabelen voor de ernst van de depressieve symptomen. Regressie analyses zijn gebruikt om de invloed van depressieve symptomen op de pijnintensiteit, functionele status, duur van de behandeling en het aantal behandelingen te onderzoeken.

Resultaten

Prevalentie van ernstige depressie komt meer voor bij vrouwen, bij behandeling in een kliniek, bij patiënten met chronische pijn en voorafgaande een operatie. Lagere prevalentie cijfers van depressieve symptomen zijn gevonden bij patiënten ouder dan 65 jaar en bij patiënten met pijn in de bovenste of onderste extremiteit in vergelijking met de lumbale en cervicale klachten. Depressieve symptomen hebben een gemiddeld tot groot effect op pijnintensiteit en een klein effect op de functionele status. Multivariate analyses laten zien dat depressieve symptomen effect hebben op pijn intensiteit en functionele status behalve bij cervicale klachten.

Conclusie

Het aantal depressieve symptomen varieert licht gebaseerd op de locatie van de pijn. Depressieve symptomen hebben invloed op de pijnintensiteit en functionele status, behalve voor patiënten met cervicale klachten. Er wordt aanbevolen om te screenen voor depressieve symptomen om een chronisch beloop van de lichamelijke klachten te voorkomen.

component in determining whether referral to another medical provider^{14,15} or modification of the physical therapy treatment plan is warranted.^{10,16} Screening for depressive symptoms by physical therapists with the goal of improving patient outcomes is consistent with a secondary prevention approach for limiting the development of chronic musculoskeletal pain syndromes.¹⁷ In secondary prevention, biopsychosocial models often are used to guide early identification of psychological distress that can be a predictor of poor patient outcome.¹⁸⁻²⁰ For example, the fear-avoidance model of musculoskeletal pain describes key psychological processes potentially involved in the development of chronic pain.^{21,22} This model focuses on pain-related fear and catastrophizing; however, it also provides mechanisms that link depressive symptoms with the development of disability. Specific to the purposes of the current study, the prevalence and impact of depressive symptoms in physical therapy settings have been considered for patients with pain in the low back^{7,8} but not widely reported for other anatomical regions. We believe investigation of depressive symptoms and pain in other anatomical regions is warranted to further inform physical therapist practice on which patient populations may be most appropriate for screening. Empirical support for our belief comes from a recent population study by Miller and Cano,² who reported similar depressive symptom rates among all anatomical regions of musculoskeletal pain. These data suggest that there was no predilection for depressive symptoms among those with lumbar or cervical spine pain, yet these are the anatomical regions where identification of depressive symptoms often is emphasized.²³⁻²⁷ Studies that compare depressive symptoms across multiple anatomical regions will provide information on whether screening for patients with musculoskeletal pain is appropriate for subgroups (eg, lumbar or cervical spine pain) or across multiple anatomical regions. Therefore, the purpose of this study was to investigate the prevalence and impact of depressive symptoms for patients seeking outpatient physical therapy for musculoskeletal pain in 4 different anatomical regions. To investigate whether depressive symptoms had varying influence based on anatomical region of musculoskeletal pain, the aims of this study were: (1) to determine whether rates of severe depressive symptoms differed based on select demographic or clinical factors, (2) to investigate how depressive symptoms influenced intake pain intensity ratings and functional status reports, and (3) to examine how depressive symptoms affected treatment parameters

and clinical outcomes. Consistent with our aims, analyses were stratified to determine whether depressive symptoms had differing prevalence and impact based on the anatomical region of musculoskeletal pain.

Method

Overview

This study was an analysis of data collected prospectively from outpatient physical therapy clinics participating with Focus On Therapeutic Outcomes, Inc (FOTO).²⁸⁻³⁰ Demographic, clinical, and functional status data were collected by self-report from patients with common musculoskeletal diagnoses by use of Patient Inquiry software. * The use of this software for clinical data collection has been described previously.^{10,28,31-33} These data were collected at initial evaluation (intake) and at the end of rehabilitation (discharge).

Participants

A sample of convenience was collected from 86 outpatient physical therapy clinics in 25 states (in the United States) between July 2003 and July 2009. Patients were selected from the FOTO database based on intake completion of the Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90-R) depression scale, resulting in a sample size of 8,304 for this analysis. Descriptive statistics for this sample are reported in Table 1.

Table 1 Intake Characteristics for Patients Seeking Outpatient Physical Therapy for Musculoskeletal Pain Conditions^a

Variable	Total Sample (n=8,304)	Normal DS (n=6,599)	Moderate DS (n=854)	Severe DS (n=851)
Age (Y)^b	52.5 (16.6)	52.9 (15.7)	51.4 (16.4)	49.1 (14.8)
<45 (n=2,777)	33.4%	32.3%	37.5%	39.6%
45-64 (n=3,378)	40.7%	40.5%	38.6%	45.0%
≥65 (n=2,124)	25.6%	27.2%	23.9%	15.4%
Sex^b				
Male (n=3,213)	38.7%	39.4%	37.5%	35.1%
Female (n=5,074)	61.1%	60.6%	62.5%	64.9%
Clinic type				
Orthopedics (n=6,868)	82.7%	85.0%	75.9%	71.1%
Industrial (n=785)	9.5%	8.2%	13.6%	15.4%
Pain (n=651)	7.8%	6.8%	10.5%	13.5%
Anatomical location^b				
Cervical spine (n=1,395)	16.8%	17.1%	18.1%	16.6%
Upper extremity (n=1,708)	20.6%	21.5%	19.5%	17.8%
Lumbar spine (n=3,426)	41.3%	40.8%	45.3%	48.8%
Lower extremity (n=1,622)	19.5%	20.6%	17.1%	16.8%
Symptom duration^b				
Acute (n=1,257)	15.1%	15.5%	16.5%	12.7%
Subacute (n=2,130)	25.7%	27.7%	21.0%	17.6%
Chronic (n=4,821)	58.1%	56.8%	62.5%	69.7%
Surgery for present condition^c				
Yes (n=1,767)	21.3%	23.4%	33.3%	34.3%
No (n=5,199)	62.6%	76.6%	66.7%	65.7%
DS score (0-4) ^b	1.0 (0.9)	0.6 (0.4)	2.0 (0.2)	3.0 (0.5)
Pain intensity rating (0-10) ^c	5.9 (2.3)	5.6 (2.3)	6.8 (2.0)	7.5 (1.9)
Functional status rating (0-100) ^c	48.3 (13.2)	50.4 (12.7)	41.5 (11.6)	37.9 (11.4)

^a All data reported as mean (SD) or percentage. DS score=SCL-90-R depression scale score, normal depressive symptoms (DS)=1st-79th percentiles, moderate DS=80th-89th percentiles, severe DS=90th-99th percentiles.

^b Missing data less than 5% for category.

^c Missing data less than 20% for category.

Depressive Symptoms

Anatomical Region, and Clinical Outcomes for Patients Seeking Outpatient Physical Therapy for Musculoskeletal Pain

Measures

Demographic

Data for age (below 45 years, 45–64 years, and 65 years and older) and sex (male and female) were collected at intake.

Clinical

Data for type of clinic referred to (orthopedic, industrial, or pain clinic), duration of symptoms (acute [14 days or less], subacute [15–90 days], or chronic [91 days or longer]), and whether musculoskeletal pain was postsurgical (yes or no) were collected at intake.

Anatomical region

The primary musculoskeletal complaint that led patients to seek physical therapy services was used to code anatomical region. These data were taken from the initial examination when the treating clinician identified the body part affiliated with the primary complaint and that was to be the focus of physical therapy treatment. The individual body regions then were collapsed into 4 anatomical regions to account for the major categories of musculoskeletal pain (cervical, upper extremity, lumbar, and lower extremity).

Depressive symptoms

The severity of depressive symptoms was assessed with the SCL-90-R depression scale.^{34,35} The SCL-90-R depression scale has 10 items, with each symptom item rated from 0 (low severity) to 4 (high severity). Individual SCL-90-R depression scale items range from 0 ("not at all depressed") to 4 ("extremely depressed"). The total score is calculated from the arithmetic mean (total score/10), resulting in a potential range from 0 to 4. Examples of items from the SCL-90-R depression scale include: "In the last day, how much were you distressed by feeling no interest in things?" and "In the last day, how much were you distressed by a feeling of worthlessness?" This scale was used in 2 forms for the purposes of this study. In categorical analyses, the scale was separated into different levels of depressive symptom severity based on previous population normative values³⁶ and referred to as "DS severity" for this report. Normal depressive symptoms were defined as those from 0 to the 79th percentile, moderate symptoms were those from the 80th percentile to the 89th percentile, and severe depressive symptoms were those scoring at the 90th percentile and above. These definitions have been used in previous studies using the SCL-90-R.^{36–38} In continuous analyses, the SCL-90-R scale was calculated and presented as an averaged item response. This procedure resulted in a total range of 0 to 4 for depressive symptoms and was referred to as "DS score" for this report. The SCL-90-R depression scale scores were collected at intake.

Treatment parameters

Data for duration of treatment episode (number of calendar days between intake and discharge) and visits to rehabilitation (number of visits) were collected at discharge. Types of interventions were not assessed as part of these analyses, as we had no a priori hypotheses about how depressive symptoms would interact with specific physical therapy interventions.

Outcome measures

Two clinical outcome measures were included in these analyses. A 0 ("no pain") to 10 ("worst pain imaginable") 11-point numerical

rating scale (NRS) was used for pain intensity.^{39,40} In the analyses for this report, we used the current pain intensity rating (ie, pain intensity reported during the physical therapist's examination) from the intake and discharge sessions. Previous psychometric studies have supported the NRS for use as an outcome measure in musculoskeletal pain studies.^{41–43} Patient self-report of functional status was assessed using computerized adaptive testing methods, as described in previous psychometric studies supporting the use of functional status as an outcome measure.^{32,43–52} The functional status estimates in the current study ranged from 0 ("very low functioning") to 100 ("very high functioning") on a linear metric. In the current analyses, we used the functional status estimate from the intake and discharge sessions.

Data Analysis

All analyses were completed with SPSS statistical software, version 17.0.† Alpha level was set at .01 due to the large sample size and the number of planned analyses. Descriptive analyses were generated and reported in the appropriate metric for continuous and categorical data.

Aim 1

Severe depressive symptom (ie, scoring at the 90th percentile and above) rates were compared by chi-square analysis for the demographic, clinical, and anatomical region variables. Crude odds ratios (ORs) with 95% confidence intervals (CIs) also were calculated for these variables to generate a clinically relevant magnitude estimate.

Aim 2

Differences in intake pain intensity and functional levels by DS severity and anatomical region were first investigated by analysis of variance and Bonferroni post hoc testing, as appropriate. This testing was done to determine whether depressive symptoms and anatomical region were main effects or had potential for an interaction effect on these measures. The influence of depressive symptoms on intake pain intensity and functional levels was further investigated by hierarchical multiple regression. Consistent with the aims of this study, individual regression models were created by anatomical region so the contribution of depressive symptoms could be calculated for each anatomical category. The first step of the regression model included demographic and clinical variables (ie, age, sex, clinic type, duration of symptoms, and surgical status), and the second step included the DS score. Separate regression models were created by anatomical region for the dependent variables of NRS and functional status scores.

Aim 3

Differences in treatment parameters and clinical outcomes by DS severity and anatomical region were first investigated by analysis of variance and post hoc testing, as appropriate. In the initial univariate analyses discharge scores, NRS and functional status change scores (intake to discharge), duration of treatment episode, and number of visits were the dependent variables. Depressive symptoms' influence on discharge pain intensity ratings and functional status scores was further investigated by hierarchical multiple regression models so appropriate confounding factors (ie, age, sex, clinic type, duration of symptoms, and surgical status) could be accounted for in the multivariate analysis. Again, the regression analyses were done separately by anatomical region so that the contribution of depressive symptoms could be calculated for each anatomical category.

Physical therapists are sometimes first-contact clinicians for patients with musculoskeletal pain

The first step of the regression model included demographic and clinical variables, as well as the baseline NRS or functional status score (depending upon the model). The second step of the regression model included the DS score, and separate regression models were created by anatomical region for the dependent variables of discharge NRS and functional status scores.

Role of the Funding Source

This study was supported by the National Institutes of Health T-32 Neural Plasticity Research Training Fellowship (grant HD043730).

Results

Aim 1

Variability in DS severity rates based on demographic and clinical data is reported in Table 2. Increased frequency of reporting severe depressive symptoms was associated with being female (OR=1.19), seeking treatment at an industrial clinic (OR=2.07) or pain clinic (OR=2.22), having chronic symptoms (OR=1.63), and having surgery for the present condition (OR=1.61). Decreased frequency of reporting severe depressive symptoms was associated with the 65 years and older age group (OR=0.47) and having musculoskeletal pain in the upper extremity (OR=0.71) or the lower extremity (OR=0.70).

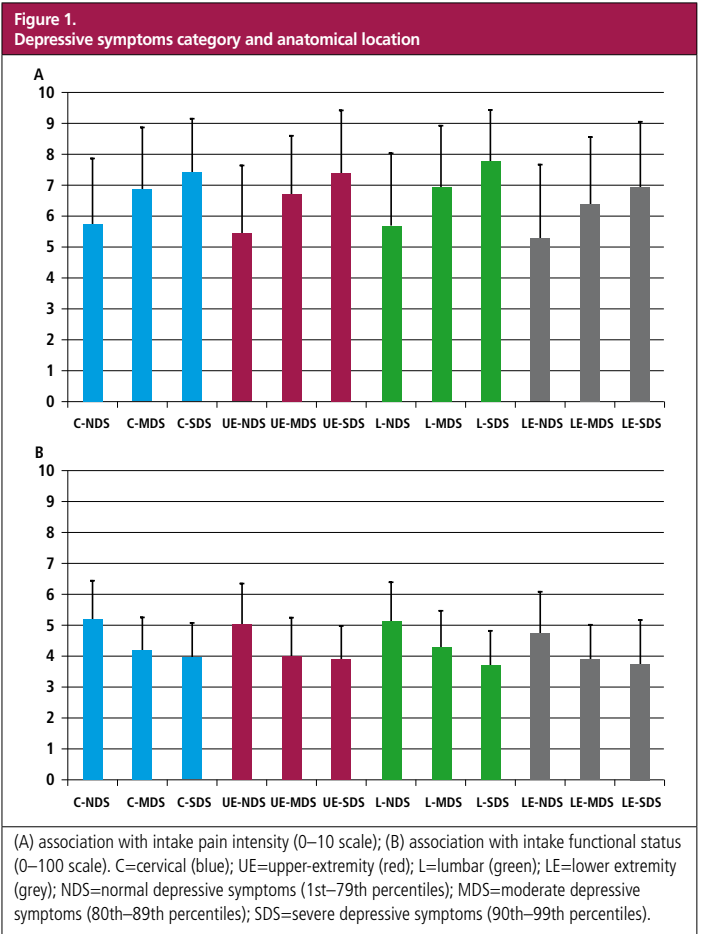
Aim 2

There was no interaction between DS severity and anatomical region for intake pain intensity and functional status. There were main effects for both DS severity and anatomical region ($P < .01$ for both main effects). These results are depicted graphically in Figures 1A and 1B. Higher mean pain intensity scores were associated with the lumbar (6.07) and cervical (6.02) spine categories, in comparison with the upper-extremity

(5.88) and lower-extremity (5.54) categories. The effects from anatomical region were small, ranging from 0.05 to 0.24 (Cohen d).⁵³ Severe depressive symptoms had the highest mean pain intensity rating (7.48), followed by moderate depressive symptoms (6.78) and normal depressive symptoms (5.57). The effects from DS severity were moderate to large, ranging from 0.55 to 0.87 (Cohen d).⁵³ The lowest mean functional status score was reported for the lower-extremity category (45.8), whereas the highest mean functional status score was reported for the cervical spine category (49.9). The upper-extremity (48.4) and lumbar (48.9) categories had similar mean functional status scores. The effects from anatomical region were small, ranging from 0.04 to 0.31 (Cohen d).⁵³ Severe depressive symptoms had the lowest mean functional status score (37.9), followed by moderate depressive symptoms (41.5) and normal depressive symptoms (50.4). The effects from DS severity were small to large, ranging from 0.28 to 0.95 (Cohen d).⁵³

The final hierarchical regression models reporting overall variance for intake pain intensity ratings and functional status are reported in Table 3. Differences in variance explained by step 1 (demographic and clinical variables) and step 2 (depressive symptoms) are reported in the text for the pain intensity and functional status models. In the first step, demographic and clinical variables contributed 1.3%, 1.1%, 1.7%, and 2.6% variance to intake pain intensity scores for cervical, upper-extremity, lumbar, and lower-extremity categories, respectively. In the second step, the DS score contributed 10.0%, 13.5%, 12.6%, and 10.4% additional variance for intake pain intensity scores for cervical, upper-extremity, lumbar, and lower-

Characteristic	Severe Depressive Symptoms, n (%)	OR (95% CI)	P
Age (y)			<.01
<45 (n=2,777)	336 (12.1%)	1.00	
45-64 (n=3,378)	382 (11.3%)	0.92 (0.79-1.08)	
≥65 (n=2,124)	130 (6.1%)	0.47 (0.38-0.58)	
Sex			.02
Male (n=3,213)	298 (9.3%)	1.00	
Female (n=5,074)	552 (10.9%)	1.19 (1.03-1.39)	
Clinic type			<.01
Orthopedics (n=6,868)	605 (8.8%)	1.00	
Industrial (n=785)	131 (16.7%)	2.07 (1.68-2.55)	
Pain (n=651)	115 (17.7%)	2.22 (1.79-2.76)	
Anatomical location			<.01
Cervical spine (n=1,395)	397 (11.6%)	1.00	
Upper extremity (n=1,708)	135 (9.7%)	0.81 (0.66-1.00)	
Lumbar spine (n=3,426)	145 (8.5%)	0.71 (0.58-0.86)	
Lower extremity (n=1,622)	137 (8.4%)	0.70 (0.57-0.86)	
Symptom duration			<.01
Acute (n=1,257)	107 (8.5%)	1.00	
Subacute (n=2,130)	148 (6.9%)	0.88 (0.68-1.14)	
Chronic (n=4,821)	586 (12.2%)	1.63 (1.31-2.01)	
History of surgery			<.01
No (n=5,199)	435 (8.4%)	1.00	
Yes (n=1,767)	227 (12.8%)	1.61 (1.36-1.91)	



Depressive Symptoms

Anatomical Region, and Clinical Outcomes for Patients Seeking Outpatient Physical Therapy for Musculoskeletal Pain

extremity categories, respectively. In the first step, demographic and clinical variables contributed 6.7%, 12.8%, 4.7%, and 5.7% variance in intake functional scores to cervical, upper-extremity, lumbar, and lower-extremity categories, respectively. In the second step, the DS score contributed 18.6%, 10.4%, 17.8%, and 13.2% additional variance to intake functional scores for cervical, upper-extremity, lumbar, and lower-extremity categories, respectively. Presence of depressive symptoms was a statistically significant addition to all anatomical models, and in the final models, depressive symptom was the strongest individual contributor to intake pain intensity ratings and functional status scores for all anatomical locations (Tab. 3).

Aim 3

The mean duration of the treatment episode was 33.3 days (SD=27.4), and the mean number of visits was 9.3 (SD=9.0). Variability in treatment parameters and clinical outcomes based on depressive symptom category is reported in Table 4. These results were similar across anatomical

Table 3. Depressive Symptoms' Contribution to Intake Pain Intensity Ratings and Functional Status Scores for all Anatomical Locations^a

Measure	Pain intensity		Functional Status	
	Final Cervical Model (R ² +0.11, P<.01)		Final Cervical Model (R ² +0.25, P<.01)	
Age	-0.03	.40	0.07	<.01
Sex	0.06	.06	-0.10	<.01
Clinic	0.00	.87	-0.01	.77
Duration	-0.02	.47	0.01	.66
Surgery	0.01	.66	-0.15	<.01
DS score	0.32	<.01	-0.44	<.01
Measure	Final Upper-Extremity Model (R ² +0.23, P<.01)		Final Upper-Extremity Model (R ² +0.23, P<.01)	
	B	P	B	P
Age	-0.03	.31	-0.10	<.01
Sex	0.05	.05	-0.16	<.01
Clinic	-0.03	.28	-0.04	.14
Duration	-0.01	.89	0.08	<.01
Surgery	0.02	.47	-0.26	<.01
DS score	0.38	<.01	-0.33	<.01
Measure	Final Lumbar Model (R ² +0.14, P<.01)		Final Lumbar Model (R ² +0.22, P<.01)	
	B	P	B	P
Age	0.01	.68	-0.07	<.01
Sex	0.08	<.01	-0.03	.13
Clinic	-0.04	.07	-0.03	.11
Duration	0.00	.99	0.06	<.01
Surgery	0.01	.61	-0.13	<.01
DS score	0.37	<.01	-0.44	<.01
Measure	Final Lower-Extremity Model (R ² +0.13, P<.01)		Final Lower-Extremity Model (R ² +0.19, P<.01)	
	B	P	B	P
Age	0.12	<.01	-0.13	<.01
Sex	0.06	.03	-0.03	.29
Clinic	0.01	.67	0.00	.90
Duration	0.02	.46	0.01	.64
Surgery	-0.09	<.01	-0.17	<.01
DS score	0.33	<.01	-0.37	<.01

^a Age entered as continuous measure; sex coded 0=male, 1=female, clinic coded 0=orthopedic clinic, 1=pain or industrial clinic; duration coded 0=acute or subacute, 1=chronic; surgery coded 0=no surgery for present condition, 1=surgery for present condition; DS score=SCL-90-R depression scale score.

region, so only collapsed data were reported for ease of interpretation. There was a strong association among discharge pain intensity, functional status, and depressive symptoms. Depressive symptom severity was associated with the highest pain intensity and lowest functional status, with significant differences between each depressive symptom category. Depressive symptom severity was not associated with changes in outcome, as all groups reported similar amounts of change for pain intensity and functional status. The results for pain intensity ratings and functional status scores are reported graphically in Figures 2A and 2B. Finally, severe and moderate depressive symptoms were associated with longer treatment duration and more clinic visits, in comparison with normal depressive symptoms. There were no statistical differences in treatment duration or visits for those participants with severe and moderate depressive symptoms.

The final hierarchical regression models reporting overall variance for discharge pain intensity ratings and functional status scores are reported in Table 5. Differences in variance for step 1 (demographic and clinical variables) and step 2 (depressive symptoms) are reported in the text for the pain intensity and functional status models. In the first step of the models, the demographic, clinical, and baseline pain intensity variables contributed 24.2%, 23.5%, 27.3%, and 23.0% variance to discharge pain intensity scores for cervical, upper-extremity, lumbar, and lower-extremity categories, respectively. In the second step, the DS score contributed 0.7%, 2.2%, 2.4%, and 3.0% additional variance to discharge pain intensity scores for cervical, upper-extremity, lumbar, and lower-extremity categories, respectively. In the first step, the demographic and clinical variables contributed 35.0%, 32.3%, 38.0%, and 37.2% variance to discharge functional status scores for cervical, upper-extremity, lumbar, and lower-extremity categories, respectively. In the second step, the DS score contributed 0.5%, 1.9%, 2.1%, and 1.5% additional variance to discharge functional status scores for cervical, upper-extremity, lumbar, and lower-extremity categories, respectively. In the final models, the intake pain intensity ratings and functional status scores were the strongest predictors of discharge scores in their respective models. Depressive symptoms were a statistically significant addition to discharge pain intensity ratings and functional status scores, except for the cervical anatomical region (Tab. 5).

From the original cohort, only 4,037 patients (48.6%) provided data at the discharge rehabilitation session. Patients providing discharge data compared with patients without discharge data were more likely to be in the older age categories, have received treatment at an orthopedic clinic, have acute or subacute symptom duration, have cervical or lumbar anatomical region, and have normal DS severity (P<.01 for all of these comparisons). The consequences of the low overall follow-up rate and differences between those patients who provided and those who did not provide discharge data were further investigated with a sensitivity analysis. First, missing discharge

Table 4. Univariate Association of Intake Depressive Symptoms With Clinical Outcomes^a

Outcome	Normal DS	Moderate DS	Severe DS	P
NRS at discharge (0-10) ^b	3.3 (2.5)	4.6 (2.7)	5.4 (2.7)	<.01
NRS change (0-10)	2.2 (2.6)	2.1 (2.9)	2.0 (2.9)	.33
FS at discharge (0-100) ^b	65.7 (17.3)	55.3 (17.4)	51.8 (17.6)	<.01
FS change (0-100)	15.4 (15.4)	14.9 (17.0)	13.8 (16.0)	.21
Treatment episode (d) ^c	32.4 (25.8)	35.7 (31.1)	38.7 (35.4)	<.01
No. of visits ^c	8.9 (8.5)	10.5 (10.2)	11.5 (12.1)	<.01

The primary aim of these analyses was to determine whether depressive symptoms were a psychological factor specific to subgroups of patients with musculoskeletal pain based on anatomical region

NRS and functional status scores were imputed with linear interpolation and linear trend at a point. These are 2 different methods offered in SPSS to replace missing values from a time series analysis. The actual and imputed discharge scores then were included in parallel regression analyses to assess the potential of confounding due to the low and differential follow-up rates. There were no substantial differences among the imputed models, so only the linear trend at a point results are presented. For pain intensity, the models with imputed data contributed a total of 12.5%, 12.1%, 13.9%, and 10.1% total variance to discharge scores for cervical, upper-extremity, lumbar, and lower-extremity categories, respectively. For functional status, the models with imputed data contributed a total of 22.4%, 18.6%, 21.9%, and 19.1% total variance to discharge scores for cervical, upper-extremity, lumbar, and lower-extremity categories, respectively. Similar to the results for the original models, DS score was a unique contributor in the final imputed models for pain and functional status for all anatomical regions, except the cervical region.

Discussion

This study described the prevalence and impact of depressive symptoms for a large sample of patients seeking treatment in outpatient physical therapy settings. The primary aim of these analyses was to determine whether depressive symptoms were a psychological factor specific to subgroups of patients with musculoskeletal pain based on anatomical region. Collectively, our results suggested that depressive symptoms have a strong association with pain intensity ratings and functional status scores across

all anatomical regions of musculoskeletal pain assessed in this study. These data provide "proof of concept" suggesting that screening for depressive symptoms should not be focused on specific anatomical regions, especially if prevention of chronic musculoskeletal pain is a goal.

Comparisons with prevalence rates reported in other studies are difficult because of the differences in depressive symptom measures used across studies.³⁻⁶ Furthermore, the depression measure in our study has used percentile values to determine moderate and severe scores in previous investigations.^{37,38} Therefore, our interpretation does not focus on absolute prevalence rates of depressive symptoms. Instead, we focused on the relative differences in prevalence rates across anatomical regions for this particular cohort. Results of the prevalence analyses indicated that similar

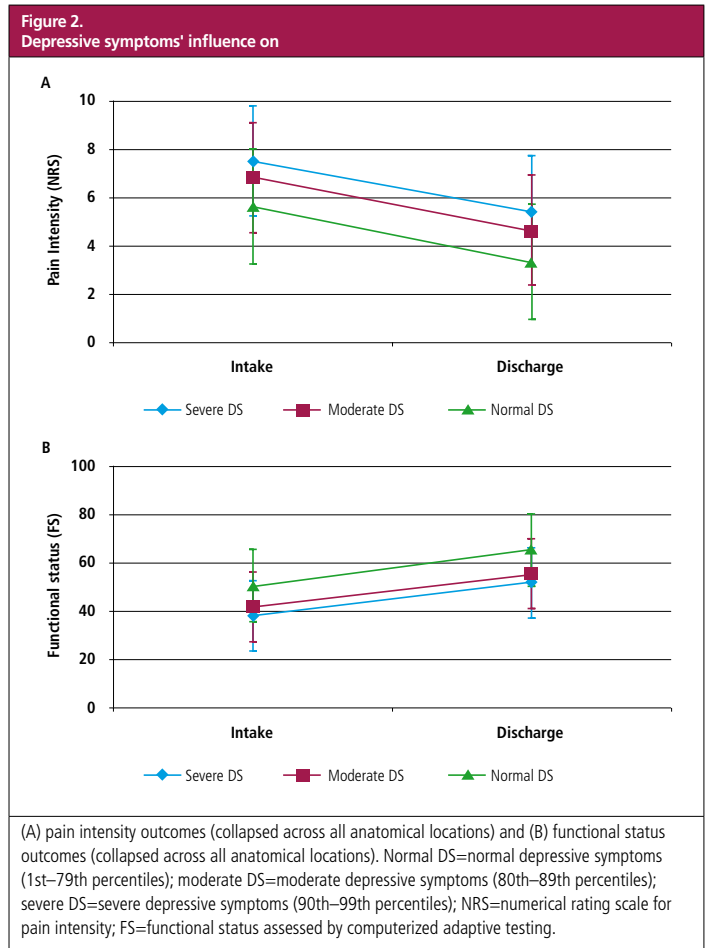


Table 5. Intake Depressive Symptoms' Association With Discharge Pain Intensity Ratings and Functional Status Scores^a

Measure	Pain intensity		Functional Status	
	Final Cervical Model (R ² +0.25, P<.01)		Final Cervical Model (R ² +0.36, P<.01)	
Age	-0.03	.42	0.07	.02
Sex	-0.02	.69	-0.00	.94
Clinic	0.11	.02	-0.16	<.01
Duration	0.15	<.01	-0.10	<.01
Surgery	0.13	<.01	-0.15	.13
Intake score	0.34	<.01	0.48	<.01
DS score	0.09	.04	-0.08	.02
	Final Upper-Extremity Model (R ² +0.26, P<.01)		Final Upper-Extremity Model (R ² +0.34, P<.01)	
Age	0.07	.10	-0.11	<.01
Sex	0.08	.04	-0.05	.12
Clinic	0.24	<.01	-0.23	<.01
Duration	0.04	.31	-0.11	<.01
Surgery	0.06	.18	0.04	.31
Intake score	0.30	<.01	0.40	<.01
DS score	0.16	<.01	-0.15	<.01
	Final Lumbar Model (R ² +0.30, P<.01)		Final Lumbar Model (R ² +0.40, P<.01)	
Age	0.09	<.01	-0.20	<.01
Sex	0.01	<.72	-0.02	.27
Clinic	0.14	<.01	-0.20	<.01
Duration	0.16	<.01	-0.19	<.01
Surgery	0.11	<.01	0.06	<.01
Intake score	0.33	<.01	0.36	<.01
DS score	0.18	<.01	-0.16	<.01
	Final Lower-Extremity Model (R ² +0.26, P<.01)		Final Lower-Extremity Model (R ² +0.39, P<.01)	
Age	0.09	.03	-0.14	<.01
Sex	0.03	.47	-0.00	.949
Clinic	0.11	<.01	-0.11	<.01
Duration	0.12	<.01	-0.11	<.01
Surgery	0.04	.27	-0.01	.65
Intake score	0.37	<.01	-0.50	<.01
DS score	0.19	<.01	-0.13	<.01

^a Age entered as continuous measure; sex coded 0=male, 1=female; clinic coded 0=orthopedic clinic, 1=pain or industrial clinic; duration coded 0=acute or subacute, 1=chronic; surgery coded 0=no surgery for present condition, 1=surgery for present condition; intake score=pain intensity or functional status depending on model; DS score= SCL-90-R depression scale score.

Depressive Symptoms

Anatomical Region, and Clinical Outcomes for Patients Seeking Outpatient Physical Therapy for Musculoskeletal Pain

rates of severe depressive symptoms are to be expected for patients with lumbar and cervical conditions, whereas lower rates are to be expected for those with upper-extremity and lower-extremity conditions. For example, the highest rate of severe depressive symptoms was associated with the lumbar spine category, whereas the lowest rate was associated with the lower-extremity category (Tab. 2). Although these differences in prevalence rates for anatomical region were statistically significant, their magnitude also must be considered when interpreting these results. In this case, the absolute difference in severe depressive rates was small for even the largest difference, as was the decreased odds of having depressive symptoms for patients with lower-extremity conditions (OR=0.70). These prevalence data suggest that anatomical region has an association with severe depressive symptom rates. However, the potentially small difference in prevalence rates does not support a strong association between anatomical region and severe depressive symptom rates, at least when defined by the SCL-90-R.

A consistent pattern emerged when severity of depressive symptoms and anatomical region were considered for their influence on intake pain intensity and functional status. First, no interactions were detected, meaning that severity of depressive symptoms had a similar association with intake pain intensity and functional status across all anatomical locations. Second, both depressive symptom severity and anatomical region had a statistically significant association with intake pain intensity and functional status. Third, depressive symptom severity had a strong association with intake pain intensity and functional status. Specific to the purposes of the current study, depressive symptom severity had larger effect sizes compared with anatomical region of musculoskeletal pain for pain intensity and functional status (Figs. 1A and 1B).

The focus of this study was on depressive symptoms and anatomical location, but other factors were associated with severe depressive symptom rates. Indeed, when demographic and clinical factors were considered, there was an increased association between depressive symptoms and sex, clinic type, duration of symptoms, and surgery for the current condition. In contrast, decreased rates of depressive symptoms were associated with the oldest age category. These findings are interesting and are consistent with the findings of other studies on depressive symptoms.^{2,3,54} Although these variables were not directly related to the aims of this article, they were retained in the multivariate analyses, so our

conclusions about depressive symptom scores were made based on models that contained potentially confounding demographic and clinical variables. Depressive symptom scores had a consistently strong association in the multivariate regression models for intake pain intensity and functional status. The amount of variance contributed by DS scores varied across anatomical regions for pain intensity (10.0%–13.5%) and functional status (10.4%–18.6%). The additional variance contributed was statistically significant for each anatomical location, and the depressive symptom variable was the strongest individual contributor to pain intensity and functional status in the final models. These data suggest that depressive symptoms continued to be an important contributor to the initial clinical presentation, even after accounting for other relevant demographic and clinical factors. Patients with more-severe depressive symptoms would be expected to have higher pain intensity ratings and lower functional status scores across all anatomical locations. Although these are strong associations, it is important to realize that our analyses did not account for the temporal aspect. Therefore, we do not know whether depressive symptoms preceded these pain intensity ratings and functional status scores or whether the scores preceded the depressive symptoms.

Depressive symptoms also influenced treatment parameters and clinical outcomes, but with some contingencies worth noting. In the univariate analyses, severe depressive symptoms were associated with higher discharge pain intensity ratings, lower discharge functional status scores, longer treatment duration, and more clinic visits. However, there was no association between depressive symptoms and change in pain intensity ratings or functional status scores. Thus, although depressive symptoms were associated with both intake and discharge status, they were not associated with improvement experienced during physical therapy (Figs. 2A and 2B). In the multivariate analyses controlling for demographic factors, clinical factors, and baseline scores, depressive symptoms contributed to discharge scores, but they explained smaller amounts of variance for pain intensity (2.2%–3.0%) and functional status (1.5%–2.1%). As expected, intake pain intensity ratings and functional status scores were the strongest contributors to their respective discharge scores. Conversely, in a secondary analysis of a randomized controlled trial in patients with comorbid pain and depression, Ang et al⁵⁵ did not find baseline severity of depression a predictor of 3-month pain intensity.



They presumed other highly predictive factors (eg, treatment arm) reduced the additional predictive value of the depression scores in the multivariate model. Although our results generally were consistent across anatomical location, the addition of depressive symptoms did not add to the models for the cervical spine in our multivariate analyses of discharge scores. This finding is consistent with a recent published evidence summary for neck pain in which psychological influence was present in the general population, but not for other neck pain subgroups.^{56–58}

Limitations

These analyses are based on a large data set, which provides some confidence that these results are robust; however, there are still some important limitations to consider when interpreting these findings. First, this was a sample of convenience, and patients were included in the analysis only if they completed the SCL-90-R during their outpatient physical therapy visit. We did not have access to patients who did not complete the SCL-90-R for statistical comparison to determine whether there were systematic differences for patients included in the analysis. Therefore, the consideration of selection bias was not directly addressed in this analysis and tempers the ability to generalize these findings. Second, even though more than 4,000 patients provided discharge data, the 46.7% completion rate was low. This rate is comparable to those reported in large data set studies using similar methods.^{28,33}

Differences were noted between those patients who completed follow-up and those who did not. The sensitivity analyses with imputed data produced models with lower amounts of variance explained when compared with the original models. Therefore, the low and differential follow-up rates may have resulted in models that overestimated the total variance accounted for in pain intensity and functional status. However, the sensitivity analyses also indicated that depressive symptoms remained a unique contributor in the imputed models, suggesting that the follow-up concerns did not alter that aspect of the models.

Another limitation is that our analyses did not consider potential differences within each of our 4 anatomical region categories. For example, we did not report on any potential differences between patients with hip- and knee-related diagnoses. Additionally, we did not have other psychological variables, such as pain-related fear and pain catastrophizing, that have been studied for their influence on musculoskeletal pain.²² Therefore, our results must be interpreted specifically to depressive symptoms. Finally, our analyses did not consider the type of intervention received during physical therapy, so we cannot directly address interactions between depressive symptoms and specific physical therapy interventions. Therefore, these data are best interpreted to reflect the influence of depressive symptoms on general physical therapy responses. Future studies might investigate whether differences exist within these anatomical locations, include more psychological factors, and investigate how depressive symptoms influence responses to specific intervention protocols. Identification of specific interventions that are associated with better clinical outcomes for those with severe depressive symptoms would be a high priority for guiding future clinical decision making.

Clinical Relevance

Clinical guidelines support screening for psychological distress (including depression) in patients with lumbar spine conditions^{23,24,27} and, in certain

References

- 1 McWilliams LA, Cox BJ, Enns MW. Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. *Pain*. 2003;106:127–133. [PubMed]
- 2 Miller LR, Cano A. Comorbid chronic pain and depression: who is at risk? *J Pain*. 2009;10:619–627. [PubMed]
- 3 Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med*. 2003;163:2433–2445. [PubMed]
- 4 Taylor R, Lovibond PF, Nicholas MK, et al. The utility of somatic items in the assessment of depression in patients with chronic pain: a comparison of the Zung Self-Rating Depression Scale and the Depression Anxiety Stress Scales in chronic pain and clinical and community samples. *Clin J Pain*. 2005;21:91–100. [PubMed]
- 5 Roger PR, Johnson-Greene D. Comparison of assessment measures for post-stroke depression. *Clin Neuropsychol*. 2009;23:780–793. [PubMed]
- 6 Vahle VJ, Andresen EM, Hagglund KJ. Depression measures in outcomes research. *Arch Phys Med Rehabil*. 2000;81(12 suppl 2):S53–S62. [PubMed]
- 7 Haggman S, Maher CG, Refshauge KM. Screening for symptoms of depression by physical therapists managing low back pain. *Phys Ther*. 2004;84:1157–1166. [PubMed]
- 8 Hope P, Forshaw M. Assessment of psychological distress is important in patients presenting with low back pain. *Physiotherapy*. 1999;85:563–570.
- 9 Lundberg M, Larsson M, Ostlund H, Styf J. Kinesiophobia among patients with musculoskeletal pain in primary healthcare. *J Rehabil Med*. 2006;38:37–43. [PubMed]
- 10 Werneke MW, Hart DL. Centralization: association between repeated end-range pain responses and behavioral signs in patients with acute non-specific low back pain. *J Rehabil Med*. 2005;37:286–290. [PubMed]
- 11 Keeley P, Creed F, Tomenson B, et al. Psychosocial predictors of health-related quality of life and health service utilisation in people with chronic low back pain. *Pain*. 2008;135:142–150. [PubMed]
- 12 Sullivan MJ, Adams H, Thibault P, et al. Initial depression severity and the trajectory of recovery following cognitive-behavioral intervention for work disability. *J Occup Rehabil*. 2006;16:63–74. [PubMed]
- 13 Lotters F, Franche RL, Hogg-Johnson S, et al. The prognostic value of depressive symptoms, fear-avoidance, and self-efficacy for duration of lost-time benefits in workers with musculoskeletal disorders. *Occup Environ Med*. 2006;63:794–801. [PMC free article] [PubMed]
- 14 Boissonnault WG. *Primary Care for the Physical Therapist: Examination and Triage*. 2nd ed. St Louis, MO: Elsevier; 2010.
- 15 Goodman CC, Snyder TE. *Differential Diagnosis in Physical Therapy*. 4th ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2007.
- 16 Christiansen D, Larsen K, Kudsk Jensen O, Vinther Nielsen C. Pain responses in repeated end-range spinal movements and psychological factors in sick-listed patients with low back pain: is there an association? *J Rehabil Med*. 2009;41:545–549. [PubMed]
- 17 Sullivan MJ, Adams H, Rhodenizer T, Stanish WD. A psychosocial risk factor: targeted intervention for the prevention of chronic pain and disability following whiplash injury. *Phys Ther*. 2006;86:8–18. [PubMed]
- 18 Burton AK, Tillotson KM, Main CJ, Hollis S. Psychosocial predictors of outcome in acute and subchronic low back trouble. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1995;20:722–728. [PubMed]
- 19 Feleus A, Bierma-Zeinstra SM, Miedema HS, et al. Prognostic indicators for non-recovery of non-traumatic complaints at arm, neck and shoulder in general practice: 6 months follow-up. *Rheumatology (Oxford)*. 2007;46:169–176. [PubMed]
- 20 Feleus A, van Dalen T, Bierma-Zeinstra SM, et al. Kinesiophobia in patients with non-traumatic arm, neck and shoulder complaints: a prospective cohort study in general practice. *BMC Musculoskelet Disord*. 2007;8:117. [PMC free article] [PubMed]
- 21 Vlaeyen JW, Kole-Snijders AM, Boeren RG, van Eek H. Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain*. 1995;62:363–372. [PubMed]
- 22 Leeuw M, Goossens ME, Linton SJ, et al. The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *J Behav Med*. 2007;30:77–94. [PubMed]
- 23 Airaksinen O, Brox JJ, Cedraschi C, et al. Chapter 4: European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J*. 2006;15(suppl 2):S192–S300. [PubMed]
- 24 Chou R, Qaseem A, Snow V, et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society [erratum in *Ann Intern Med*. 2008;148:247–248]. *Ann Intern Med*. 2007;147:478–491. [PubMed]
- 25 Cote P, van der Velde G, Cassidy JD, et al. The burden and determinants of neck pain in workers: results of the Bone and Joint Decade 2000–2010 task force on neck pain and its associated disorders. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2008;33(4 suppl):S60–S74. [PubMed]
- 26 Hogg-Johnson S, van der Velde G, Carroll LJ, et al. The burden and determinants of neck pain in the general population: results of the Bone and Joint Decade 2000–2010 task force on neck pain and its associated disorders. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2008;33(4 suppl):S39–S51. [PubMed]
- 27 van Tulder M, Becker A, Bekkering T, et al. Chapter 3: European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J*. 2006;15(suppl 2):S169–S191. [PubMed]
- 28 Deutscher D, Hart DL, Dickstein R, et al. Implementing an integrated electronic outcomes and electronic health record process to create a foundation for clinical practice improvement. *Phys Ther*. 2008;88:270–285. [PubMed]
- 29 Swinkels IC, Hart DL, Deutscher D, et al. Comparing patient characteristics and treatment processes in patients receiving physical therapy in the United States, Israel and the Netherlands: cross sectional analyses of data from three clinical databases. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:163. [PMC free article] [PubMed]
- 30 Swinkels IC, van den Ende CH, de Bakker D, et al. Clinical databases in physical therapy. *Physiother Theory Pract*. 2007;23:153–167. [PubMed]
- 31 Hart DL, Werneke MW, George SZ, et al. Screening for elevated levels of fear-avoidance beliefs regarding work or physical activities in people receiving outpatient therapy. *Phys Ther*. 2009;89:770–785. [PubMed]
- 32 Werneke MW, Hart DL, George SZ, et al. Clinical outcomes for patients classified by fear-avoidance beliefs and centralization phenomenon. *Arch Phys Med Rehabil*. 2009;90:768–777. [PubMed]
- 33 Deutscher D, Horn SD, Dickstein R, et al. Associations between treatment processes, patient characteristics, and outcomes in outpatient physical therapy practice. *Arch Phys Med Rehabil*. 2009;90:1349–1363. [PubMed]
- 34 Derogatis LR. *SCL-90: Administration, Scoring and Procedures Manual-II*. Townsend, MD: Clinical Psychometrics Research; 1983.
- 35 Derogatis LR, Rickels K, Rock AF. The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *Br J Psychiatry*. 1976;128:280–289. [PubMed]
- 36 Von Korff M, Dworkin SF, Le Resche L, Kruger A. An epidemiologic comparison of pain complaints. *Pain*. 1988;32:173–183. [PubMed]
- 37 Von Korff M, Le Resche L, Dworkin SF. First onset of common pain symptoms: a prospective study of depression as a risk factor. *Pain*. 1993;55:251–258. [PubMed]
- 38 Von Korff M, Ormel J, Keefe FJ, Dworkin SF. Grading the severity of chronic pain. *Pain*. 1992;50:133–149. [PubMed]

cases, for cervical spine conditions.^{25,26} Screening for psychological distress is not routinely included in clinical guidelines for patients with upper-extremity and lower-extremity conditions.^{59–61} Our results suggest that screening recommendations for depressive symptoms in physical therapy settings should be expanded to those anatomical regions if the goal is to prevent the development of chronic musculoskeletal pain syndromes.

A limitation of the current study is that we cannot make specific clinical recommendations. Even though our measure of depressive symptoms (SCL-90-R) has been validated previously, there are no clinical cutoffs established for which referral is appropriate for patients with musculoskeletal pain conditions. Our cutoff for severe depressive symptoms was based on population distribution used in previous studies,^{36,37} and these cutoff scores may not have direct application. Future studies in this area should focus on developing and refining clinically relevant depressive symptom screening procedures for different anatomical regions of musculoskeletal pain.

Furthermore, future studies are needed to determine which behavioral interventions are most appropriate for improving outcomes for patients who are identified as at risk due to elevated depressive symptoms.^{16,32} Effective intervention strategies aimed at improving depressive symptoms have yet to be elucidated in physical therapy settings, and it is not clear how co-management with other health care professionals is part of this strategy. It has been suggested that addressing both depressive symptoms and pain complaints concurrently may improve pain, depressive symptoms, and disability outcomes in other settings.⁶² However, more work needs to be done in physical therapy settings before clinical recommendations can be made about treatment after depressive symptom screening.

Conclusion

Prevalence of depressive symptoms varied by anatomical region for patients seeking physical therapy for musculoskeletal pain, but the magnitude of this anatomical variation was small. Depressive symptoms had a consistent detrimental association with both intake and discharge scores for pain intensity and functional status. ●

Voor de referenties verwijzen we naar <http://www.hetbeweegplein.nl/midden-nederland/pijler-bekendheid>.

Footnotes

Dr George, Dr Beneciuk, Ms Valencia, and Dr Hart provided concept/idea/research design. Dr George, Mr Coronado, Mr Werneke, and Dr Hart provided writing. Dr Hart provided data collection. Dr George, Mr Coronado, and Dr Beneciuk provided data analysis. Mr Coronado provided clerical support. Dr George, Mr Coronado, Ms Valencia, and Dr Hart provided consultation (including review of manuscript before submission).

The Focus on Therapeutic Outcomes, Inc (FOTO) Institutional Review Board for the Protection of Human Subjects approved the original collection of the data from clinical encounters. The Institutional Review Board for Protection of Human Subjects at the University of Florida approved the use of the data in de-identified form for these analyses.

A portion of the data were presented at the 13th World Congress of the International Association for the Study of Pain; August 29–September 2, 2010; Montreal, Quebec, Canada.

Dr Beneciuk received support from the National Institutes of Health T-32 Neural Plasticity Research Training Fellowship (grant HD043730) while preparing the manuscript.

Dr Hart is an employee of and an investor in FOTO, the database management company that manages the data analyzed in the study.

*Focus on Therapeutic Outcomes, Inc, PO Box 11444, Knoxville, TN 37939.

†SPSS Inc, 233 S Wacker Dr, Chicago, IL 60606.

- 39 Jensen MP, Turner JA, Romano JM. What is the maximum number of levels needed in pain intensity measurement? *Pain*. 1994;58:387–392. [PubMed]
- 40 Jensen MP, Turner JA, Romano JM, Fisher LD. Comparative reliability and validity of chronic pain intensity measures. *Pain*. 1999;83:157–162. [PubMed]
- 41 Farrar JT, Young JP Jr, LaMoreaux L, et al. Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale. *Pain*. 2001;94:149–158. [PubMed]
- 42 Childs JD, Piva SR, Fritz JM. Responsiveness of the numeric pain rating scale in patients with low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2005;30:1331–1334. [PubMed]
- 43 Mintken PE, Glynn P, Cleland JA. Psychometric properties of the Shortened Disabilities of the Arm, Shoulder, and Hand Questionnaire (QuickDASH) and numeric pain rating scale in patients with shoulder pain. *J Shoulder Elbow Surg*. 2009;18:920–926. [PubMed]
- 44 Hart DL, Werneke M, Wang YC, et al. Computerized adaptive test for patients with lumbar spine impairments produced valid and sensitive measures of function. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2010. June 30 [Epub ahead of print]
- 45 Hart DL, Wang YC, Stratford PW, Mioduski JE. A computerized adaptive test for patients with hip impairments produced valid and responsive measures of function. *Arch Phys Med Rehabil*. 2008;89:2129–2139. [PubMed]
- 46 Hart DL, Wang YC, Stratford PW, Mioduski JE. Computerized adaptive test for patients with foot or ankle impairments produced valid and responsive measures of function. *Qual Life Res*. 2008;17:1081–1091. [PubMed]
- 47 Hart DL, Wang YC, Stratford PW, Mioduski JE. Computerized adaptive test for patients with knee impairments produced valid and responsive measures of function. *J Clin Epidemiol*. 2008;61:1113–1124. [PubMed]
- 48 Hart DL, Mioduski JE, Werneke MW, Stratford PW. Simulated computerized adaptive test for patients with lumbar spine impairments was efficient and produced valid measures of function. *J Clin Epidemiol*. 2006;59:947–956. [PubMed]
- 49 Hart DL, Cook KF, Mioduski JE, et al. Simulated computerized adaptive test for patients with shoulder impairments was efficient and produced valid measures of function. *J Clin Epidemiol*. 2006;59:290–298. [PubMed]
- 50 Hart DL, Cook KF, Mioduski JE. A computerized adaptive test for patients with shoulder impairments produced responsive measures of function. *Phys Ther*. 2010;90:928–938. [PubMed]
- 51 Hart DL, Connolly JB. Pay-for-performance for physical therapy and occupational therapy: Medicare part B services. Final report. Grant #18-P-93066/9–01: Health & Human Services/Centers for Medicare & Medicaid Services. 2006. Available at: <http://www.cms.hhs.gov/TherapyServices/downloads/P4PFinalReport06–01–06.pdf> Accessed May 15, 2009.
- 52 Hart DL, Mioduski JE, Stratford PW. Simulated computerized adaptive tests for measuring functional status were efficient with good discriminant validity in patients with hip, knee, or foot/ankle impairments. *J Clin Epidemiol*. 2005;58:629–638. [PubMed]
- 53 Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
- 54 Keogh E, McCracken LM, Eccleston C. Gender moderates the association between depression and disability in chronic pain patients. *Eur J Pain*. 2006;10:413–422. [PubMed]
- 55 Ang DC, Bair MJ, Damush TM, et al. Predictors of pain outcomes in patients with chronic musculoskeletal pain co-morbid with depression: results from a randomized controlled trial. *Pain Med*. 2010;11:482–491. [PubMed]
- 56 Carroll LJ, Hogg-Johnson S, Cote P, et al. Course and prognostic factors for neck pain in workers: results of the Bone and Joint Decade 2000–2010 task force on neck pain and its associated disorders. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2008;33(4 suppl):S93–S100. [PubMed]
- 57 Carroll LJ, Hogg-Johnson S, van der Velde G, et al. Course and prognostic factors for neck pain in the general population: results of the Bone and Joint Decade 2000–2010 task force on neck pain and its associated disorders. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2008;33(4 suppl):S75–S82. [PubMed]
- 58 Carroll LJ, Holm LW, Hogg-Johnson S, et al. Course and prognostic factors for neck pain in whiplash-associated disorders (WAD): results of the Bone and Joint Decade 2000–2010 task force on neck pain and its associated disorders. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2008;33(4 suppl):S83–S92. [PubMed]
- 59 Cibulka MT, White DM, Woehrl J, et al. Hip pain and mobility deficits—hip osteoarthritis: clinical practice guidelines linked to the *International Classification of Functioning, Disability and Health* from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2009;39:A1–A25. [PubMed]
- 60 McPoil TG, Martin RL, Cornwall MW, et al. Heel pain—plantar fasciitis: clinical practice guidelines linked to the *International Classification of Functioning, Disability and Health* from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association [erratum in *J Orthop Sports Phys Ther*. 2008;38:648]. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2008;38:A1–A18. [PubMed]
- 61 Logerstedt DS, Snyder-Mackler L, Ritter RC, et al. Knee stability and movement coordination impairments: knee ligament sprain. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2010;40:A1–A37.
- 62 Kroenke K, Bair MJ, Damush TM, et al. Optimized antidepressant therapy and pain self-management in primary care patients with depression and musculoskeletal pain: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2009;301:2099–2110. [PMC free article] [PubMed]

The Bottom Line

What do we already know about this topic?

Previous studies from primary care and physical therapy settings indicated that the presence of major depressive symptoms with musculoskeletal pain can be a predictor of poor outcomes, especially for patients with lumbar or cervical spine pain.

What new information does this study offer?

This study used a large sample to build on previous studies by investigating the role of depressive symptoms in different anatomical regions of musculoskeletal pain, including upper- and lower-extremity locations. Although there was slightly higher prevalence of severe depressive symptoms for cervical and lumbar spine pain regions, severe depressive symptoms were associated with higher pain intensity ratings and lower functional status scores across all anatomical regions.

If you're a patient, what might these findings mean for you?

Patients with elevated depressive symptoms may have poorer outcomes from musculoskeletal pain, regardless of anatomical location of pain. Patients may receive a screening for depressive symptoms when seeking outpatient physical therapy.

Weet wat u doet

bij de reumatische voet!

Tijdige inschakeling van een podotherapeut bij de behandeling van reumapatiënten voorkomt in veel gevallen immobiliteit en reduceert pijnklachten. In Nederland zijn circa 450.000 mensen onder behandeling van een reumatoloog. Meer dan 80% van deze patiënten heeft voetklachten.

De meest voorkomende reumatische aandoening is reumatoïde artritis. Patiënten bij wie een reumatische aandoening is geconstateerd, kunnen preventief hun voeten door een podotherapeut laten onderzoeken. Een podotherapeut kan door middel van instructie en behandeling ernstige klachten in een later stadium van de ziekte veelal voorkomen. Volledige genezing van reumatische voetklachten is niet mogelijk. Een aanzienlijke vermindering van de klachten is echter zeker mogelijk, ook als de patiënt al (ernstige) klachten heeft.

Het is van belang dat de podotherapeut in een zo vroeg mogelijk stadium wordt ingeschakeld. Tijdens het eerste consult zal de paramedicus onder meer de voet-, knie- en heupstand beoordelen en het looppatroon en de bewegingsmogelijkheden van de gewrichten onderzoeken. Na analyse hiervan wordt bepaald wat verbeterd kan worden om een optimale congruentie van de gewrichten te hebben. Naast verbeteringen op het gebied van looppatroon en/of drukverdeling is het van belang de patiënt een goede voorlichting

te geven. Welke schoenen zijn de juiste voor welke situaties, bij welke voeten, knieën en heupen. Een patiënt met beginnende artrose in de knieën doet er bijvoorbeeld goed aan te kiezen voor een schoen met een rubberen zool voor extra schokdemping.

De behandeling van een patiënt met ernstige klachten hangt af van de hulpvraag van de patiënt. Deze dient dus allereerst geïnventariseerd te worden. Afhankelijk daarvan kan gekeken worden naar mogelijkheden om hieraan te voldoen en wordt een behandeltraject opgesteld. Dit kan bestaan uit pijnvermindering door een betere drukverdeling of door gebruik van zachte materialen. Soms is het versnellen van de afwikkeling van de voet nodig. Dit kan door gebruik te maken van bijvoorbeeld harde materialen of gebruik van een afwikkelbalk. In andere gevallen is een siliconenorthese de perfecte oplossing voor een betere drukverdeling, bescherming, consolidatie of juist correctie. En soms is het nodig de patiënt te adviseren gebruik te maken van (semi) orthopedisch schoeisel.

Het is uiterst essentieel voor de behandeling van de patiënt te weten hoe ernstig de klachten zijn en in welke mate sprake is van deformaties, voordat een behandeling wordt gestart. Dit bepaalt namelijk mede de behandel mogelijkheden. Zomaar een corrigerende zool geven aan een patiënt met ernstige klachten en deformaties kan averechts werken. Hoewel in veel gevallen de patiënt onder behandeling is van een reumatoloog, komt het voor dat patiënten rechtstreeks via een huisarts of een verpleeghuisarts worden doorverwezen. In die gevallen is het van groot belang dat de arts zorgt voor een duidelijke verwijzing die de paramedicus optimaal inzicht geeft in het ziektebeeld. In alle gevallen geldt dat hoe sneller de behandeling wordt gestart, hoe eerder aan de hulpvraag van de patiënt kan worden voldaan. Ook zal een snelle behandeling bijdragen aan een stabiel looppatroon, een betere drukverdeling, pijnvermindering en een betere stand van de gewrichten. ●

Meer informatie over podotherapie is te vinden op de website www.podotherapie.nl.





Gezamenlijk voetenwerk

Oefentherapie Mensendieck
Roerade & Praktijk Podotherapie
Wender Goor

Als onderdeel van het in Goor ontwikkelde S.P.R.O.N.G.-project met als doel het multidisciplinair samenwerken te gaan ontwikkelen en te versterken, is in 2008 de samenwerking met de praktijk podotherapie Wender van start gegaan. In eerste instantie is vooral gekeken op welke vlakken oefentherapie en podotherapie elkaar zouden kunnen aanvullen dan wel of de effectiviteit van de behandeling zou kunnen verbeteren.

Na diverse gesprekken en bezoeken over en weer werd er een multidisciplinair protocol geschreven dat werd voorgelegd aan alle huisartsen in Goor en omstreken. Binnen deze samenwerking is dat belangrijk omdat podotherapeuten (nog) niet vrij toegankelijk zijn/waren en een verwijzing van de huisarts van belang is om de behandeling te kunnen starten.

Het product dat ik samen met de podotherapeuten heb ontwikkeld is het zgn. inloopspreekuur, waarin een gezamenlijk advies aan de cliënt gegeven wordt. Een advies op maat waarbij de podotherapeut zich richt op voetconditie, voetopbouw en functie bij het staan en lopen en de oefentherapeut zich richt op houdingsopbouw en bewegingscorrectie in het looppatroon. Het spreekuur vindt 1x per 2 maanden in mijn praktijk plaats waarvoor zowel mijn cliënten als cliënten van de podotherapeuten zich kunnen aanmelden. Door middel van een poster in de wachtkamers van beide praktijken en een gezamenlijk ontwikkelde flyer wordt de cliënt hierover op de hoogte gehouden. We zijn nu drie jaar verder en het is absoluut een effectieve vorm van samenwerking. De cliënten zijn enthousiast en er wordt steeds meer gebruik gemaakt van het inloopspreekuur, waarin bijv. advies gegeven wordt welke correctiemogelijkheden er zijn bij voetproblemen zoals een verkeerde voetafwikkeling in het looppatroon of bij beenlengteverschil met gevolgen voor de hele houding. Heeft een correctiezoel in de schoen wel zin als de hele houding daarin achter blijft? Het zijn enkele vraagstukken die in dit spreekuur aan bod kunnen komen en waarbij de cliënt

*Samenwerking in de
zorg zou nog veel vaker
moeten gebeuren.*

een advies op maat krijgt. Vervolgens wordt er een afspraak gemaakt bij de praktijk voor podotherapie of oefentherapie en volgt een uitvoerig onderzoek om een behandelplan op te kunnen stellen. Over en weer en richting verwijzers vindt er verslaglegging plaats evenals een evalueer

als de behandeling van de cliënt in beide praktijken is afgerond. Tot slot krijgen de verwijzers elk jaar een totaaloverzicht van de cliënten die hebben deelgenomen aan deze samenwerking met bijbehorende resultaten. Wij zijn erg tevreden. De huisartsen weten ons voor dit spreekuur

te vinden en vermelden dit op hun verwijzing. En, het belangrijkste, de cliënten zijn zeer enthousiast. We zien hun positieve reacties terug in het klanttevredenheidsonderzoek. Kortom: een samenwerking met de podotherapeuten kan ik iedereen aanraden, gewoon doen! ●

Clíent: "Tijdens de oefentherapiebehandelingen heeft Hans het voorstel gedaan een podotherapeut mee te laten kijken, omdat hij dacht dat een deel van mijn klachten waarschijnlijk verholpen zou kunnen worden met behulp van aangepaste zolen.

Zo kon ik tijdens het inlooppuur bij Hans kennis maken met de podotherapeut waarmee hij een samenwerkingsverband heeft.

Twee mensen die meekijken en meedenken; ik heb dit als zeer prettig ervaren. Het feit dat Hans een ander inschakelt om mee te denken geeft blijk van grote betrokkenheid bij mij en ik waardeer dit heel erg.

Dankzij deze samenwerking is een groot deel van mijn klachten sterk verminderd, de tijd zal leren of ze echt verdwijnen. Samen zorgen voor elkaar is zorg met elkaar delen en halen."

Kwaliteitsmeting binnen oefentherapie een kwestie van kiezen of gekozen worden

Auteur:
Johannes Noordstar

Aan het begin van het afgelopen jaar hebben de audits hun intrede gedaan binnen de oefentherapie. Dit heeft voor grote opschudding, maar ook voor onduidelijkheid gezorgd binnen de beroepsgroep.

Op het moment van schrijven zijn er twee type audits te onderscheiden, namelijk de beheersaudit en de plusaudit. De beheersaudit wordt door de zorgverzekeraar aan een praktijk opgelegd, terwijl de plusaudit door een praktijk moet worden aangevraagd.

Het zal niet als een verrassing komen dat het vooral de beheersaudits zijn die het afgelopen jaar voor de grootste ophef hebben gezorgd. Voordat er een beschrijving van beide type audits gegeven kan worden, is het belangrijk om inzicht te hebben in de herkomst van de audits. Zijn ze echt wel helemaal nieuw? Is het echt wel zo vreemd wat de zorgverzekeraar van de oefentherapeuten vraagt?

In het verleden werden oefentherapeuten met een opvallend hoog behandelgemiddelde al uitgenodigd om dit te komen verantwoorden bij de zorgverzekeraar. Dat gebeurde dan voor een commissie die hiervoor speciaal in het leven was geroepen door de zorgverzekeraar. Deze commissie bestond veelal uit twee oefentherapeuten en twee leden van de zorgverzekeraar. Wanneer een oefentherapeut hiervoor werd uitgenodigd, werd er verwacht dat de reden van het hoge behandelgemiddelde inzichtelijk gemaakt kon worden. Daarnaast was het belangrijk dat de oefentherapeut kon laten zien op welke manier het methodisch handelen werd uitgevoerd. Wanneer aan beide voorwaarden werd voldaan, kon de oefentherapeut met een opgelucht gevoel zijn praktijk voortzetten. Wanneer de commissie echter beoordeelde dat er geen gegronde reden was voor het hoge behandelgemiddelde, en/of het methodisch handelen was onvoldoende transparant, werd de oefentherapeut tot het terugbetalen van het aantal overschreden behandelingen gedwongen. De zorgverzekeraars hebben echter besloten om het opstellen van de beoordelingscriteria bij de beroepsvereniging neer te leggen, en het toetsen hiervan volledig door collega oefentherapeuten te laten uitvoeren.

De organisatie verantwoordelijk voor de oefentherapie audits is Health Care Auditing (HCA). Hier worden de oefentherapeuten opgeleid tot oefentherapie auditoren, waarna zij bevoegd zijn om audits af te mogen nemen. Belangrijk om nogmaals te noemen is dat de oefentherapie auditoren van HCA alleen mogen toetsen en vooralsnog (2011) niet bevoegd zijn te beoordelen. De criteria zijn door de beroepsvereniging vastgesteld en de beoordeling wordt door de zorgverzekeraar gedaan. Daarnaast is er in het contract dat de oefentherapeuten met de zorgverzekeraars hebben afgesloten een kwaliteitsparagraaf opgenomen. Hierin staat vermeld dat de oefentherapeut transparante zorg biedt en werkt volgens de richtlijnen van de beroepsvereniging.

Tijdens een audit wordt de oefentherapiepraktijk op verschillende onderdelen getoetst, waarbij het methodisch handelen veruit het meest belangrijke onderdeel is. De vraag die centraal staat tijdens de audit is of de oefentherapeut in staat is om de geleverde kwaliteit inzichtelijk te maken. Eén van de oefentherapie auditoren is Rens van Wijngaarden. Rens behoort bij de eerste lichte van oefentherapieauditoren en is dus al vanaf het begin betrokken bij de oefentherapie audits. Rens heeft al verschillende beheersaudits gedaan in het land. "Bijna alle oefentherapeuten vinden het toch wel erg spannend wanneer ze een audit moeten ondergaan" zegt Van Wijngaarden. "Dat snap ik ook wel, veel oefentherapeuten steken al jarenlang hun ziel en zaligheid in hun praktijk. Ze hebben het idee dat ze zich nu opeens moeten verantwoorden".

Wanneer een beheersaudit niet wordt behaald is de consequentie ook direct vrij groot. De oefentherapeut wordt verplicht om de audit zelf te betalen en een cursus te volgen aan de Hogeschool Utrecht. Daarnaast krijgt de oefentherapeut een half jaar de tijd om orde op zaken te stellen, want daarna de praktijk opnieuw geauditeerd. Bij het niet behalen van de tweede beheersaudit wordt het contract door de zorgverzekeraar verbroken. In de ogen van veel oefentherapeuten is deze gang van zaken erg rigoureuus. "Ik snap dat deze consequentie voor veel oefentherapeuten even schrikken is" zegt Van Wijngaarden. "Toch bestaan de eisen uit niets meer dan het methodisch handelen zoals door de beroepsvereniging omschreven is. Het is niet meer dan logisch dat therapeuten zich hieraan houden. Ook in het contract met de zorgverzekeraar staat dat de oefentherapeut zich houdt aan deze manier van werken". Op de vraag of Van Wijngaarden vaak boze oefentherapeuten treft zegt hij: "Nee hoor, eigenlijk komt het zelden voor dat oefentherapeuten tijdens een audit boos of heel erg emotioneel worden. Wij zijn ook niet aangesteld om de praktijk te beoordelen, maar alleen om te toetsen of de praktijk zich aan de geldende richtlijnen van de beroepsvereniging houdt. Wanneer een oefentherapeut een beheersaudit niet haalt zien we in bijna alle gevallen dat ze er bij de tweede beheersaudit wel doorheen komen. We horen dan vaak van de oefentherapeut terug dat ze nu zelf ook inzien dat het methodisch handelen een stuk beter kon".

Toch bieden de audits ook kansen voor de oefentherapeut in de vorm van de al eerder genoemde plusaudits. Vanaf 2006 is zorgverzekeraar Achmea al bezig met het aanbrenge van variatie in de beloning voor oefentherapeuten en fysiotherapeuten. De plusaudit is hier een vervolg op. Dit type audit moet door de oefentherapeut zelf worden aangevraagd wanneer hij denkt voorop te lopen met het kwaliteitsbeleid van de praktijk. Het behalen van de plusaudit betekent een extra vergoeding voor iedere geleverde behandeling. Van Wijngaarden, zelf eigenaar van een pluspraktijk, is groot voorstander van het aanbrenge van onderscheid naar kwaliteit tussen de oefentherapiepraktijken. "Het is goed dat praktijken die veel extra tijd in hun kwaliteitszorg steken hiervoor ook gewaardeerd worden. Ik hoop dat dit andere oefentherapeuten stimuleert om de kwaliteit van hun praktijk, en daarmee de oefentherapie als beroep, naar een hoger niveau te tillen". Vanuit verschillende regionale ondersteuningsstructuren (ROS'en) worden nu bijeenkomsten over de audits georganiseerd. "Een goed initiatief" vindt Van Wijngaarden die verschillende bijeenkomsten ook zelf zal geven. "Op deze manier kunnen alle oefentherapeuten inzicht krijgen in zowel de beheers- als de plusaudits". "Het is voor de beroepsgroep van groot belang dat we deze kwaliteitsslag maken, anders zou ons bestaansrecht wel eens ernstig onder druk kunnen komen te staan" besluit Van Wijngaarden ons gesprek. ●

Voor meer informatie over de audits en HCA: www.healthcareauditing.nl

Recensies

De recensies zijn van Joke Schat

Ergometrie en trainingsbegeleiding

Auteur: dr. J. Vos
Uitgever: NPi
ISBN: 9076986320,
6e herdruk.
Prijs: € 35,00



Dit boek heeft als hoofddoel de basisprincipes uit de inspanningsfysiologie praktisch toegankelijk en beter toepasbaar te maken bij het begeleiden van een groot publiek, van ongetraind tot getraind en van jong tot oud. Chronisch zieken krijgen immers ook steeds meer het advies om te gaan en te blijven bewegen, maar hoe begeleid je deze mensen op een verantwoorde manier? Wat meet je en wat zeggen deze waarden over de conditie van deze persoon? Welke meetinstrumenten heb je binnen je bereik? Voorin het boek wordt uitgebreid aandacht besteed aan de voeding en ook aan over/ondergewicht. Het hoofdstuk over de ergometrie is geupdate, het hoofdstuk over de dynamometrie is uitgebreid en duidelijk. Het boek bevat veel bruikbare tabellen en een CD-rom.
Een praktisch en bruikbaar boek voor iedereen die zich met trainingen wil gaan bezighouden.

Diagnostiek in de fysiotherapie, proces en werkwijze

Auteurs: J.C. Boiten, T. Brouwer, M.S. Bunskoek, A.E. van der Feen, A.S.M. Schimmelpenninck van der Oije, F.C. Uilenreef-Tobi
Uitgeverij: Elsevier
ISBN: 9789035232013
Prijs € 44,88



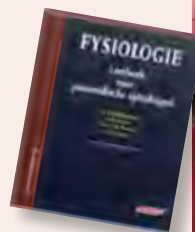
Deze vierde druk biedt een structuur in de verschillende fasen van het therapeutisch handelen.

De fasen worden methodisch uitgewerkt en het boek als geheel wil een kader bieden om kritisch te reflecteren op jouw werkwijze als professional. Het boek is geactualiseerd wat betreft de huidige wetgeving en de richtlijnen van de beroepsvereniging. DTF en EBP komen expliciet aan bod.

Inclusief scratchcode voor studeren online!
Een zeer bruikbaar boek ook voor oefentherapeuten (in opleiding).

Fysiologie

Auteur: dr. Burgerhout e.a.
Uitgeverij: Elsevier
ISBN: 9789035232006
Prijs: € 98,17



De auteurs van dit boek willen hiermee voldoen aan het in kaart brengen van de kennis die als basisvoorwaarde geldt voor de paramedische beroepsbeoefenaar. De bloedsomloop, ademhaling en natuurlijke stoornissen van het bewegingsapparaat worden hierin uitgebreid behandeld. Ook wordt aandacht besteed aan de fysiologie van inspanning, groei en veroudering aangezien kinderen en ouderen, alsmede sporters, steeds vaker ook tot de doelgroep van de fysiotherapeut gaan behoren.
Het boek is duidelijk, overzichtelijk, keurig gebonden en uitgevoerd in zwart/wit en grijs-tinten, ook de illustraties.

Teamtime management

Auteur: Bert van Dijk
Uitgeverij: Thema
ISBN: 9789058712677



Dit boekje houdt een pleidooi voor het maken van je eigen prioriteitenlijstje maar rekening houdend met het effect hiervan op je collega's. Vooral dit laatste ontbreekt volgens de auteur heel vaak bij de samenstelling van een dergelijke lijst!
In dit boek is zelfs een visiemodel opgenomen waarmee je kunt leren de tijd zo optimaal mogelijk te gebruiken terwijl er rekening wordt gehouden met je collega's.
Een praktisch boekje!

Als Disney de baas was in uw ziekenhuis

Auteur: Fred Lee
Uitgeverij: Elseviers gezondheidszorg
ISBN: 9789035230538
Prijs: € 20,00



Een boek, geschreven in de USA, waarin de auteur het managen van een ziekenhuis



vergelijkt met het managen van Disney. Hoewel op het eerste gezicht een wereld van verschil, blijken er toch veel overeenkomsten te zijn en heeft de auteur veel geleerd van deze vergelijking. Kwaliteit bijvoorbeeld is voor veel patiënten een vanzelfsprekend iets, er wordt kwaliteit verwacht van zorgprofessionals! Waar het bij de patiënt om draait is de empathie, de duidelijke verplaatsing van de zorgaanbieders in de situatie van de patiënt en het meedenken over en bespreken van oplossingen.
Dit boek geeft antwoord op de vraag hoe je de loyaliteit van je patiënten kunt krijgen en dan met name toegespitst op de wereld van een ziekenhuis, maar zeker ook bruikbaar in de zorg zoals wij die als oefentherapeuten verlenen.

Anatomie, fysiologie en pathologie

Auteurs: K. Kok, J. Houweling en A.C.L.M. Zuiderwijk
Uitgeverij: Elseviers gezondheidszorg
ISBN: 9789035232358
Prijs: € 49,95



Een duidelijk en mooi geïllustreerd boek, bedoeld als leerboek voor MBO- en HBO-studenten.

Elk hoofdstuk begint met de leerdoelen en in de marge staan de belangrijkste trefwoorden genoemd. Door middel van een scratchcode in het voorste deel van het boek kun je inloggen op de site, waar het boek nogmaals te vinden is, met veel extra's en de mogelijkheid tot het inzoomen op bepaalde figuren. Deze toevoeging heet Studeren 2.0.
Een duidelijk boek, en zeker met de nieuwe toevoeging van studeren 2.0 is het nog aantrekkelijker geworden.



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



Het gemak van Intramed



VVOCM
Vereniging van
Oefentherapeuten
Cesar en Mensendieck

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

BESTUUR:
Vacature
Voorzitter

Vacature
Secretaris

Vacature
Portefeuille Professionaliteit en Wetenschap

Frans Koornberg
Portefeuille Samenwerking en Bekendheid

Pieter Scholten
Interim voorzitter/Penningmeester