

BEWEEGREDE

Vakblad voor Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck



Mijn verzekeringen zijn op orde!



Dankzij de speciale arbeidsongeschiktheidsverzekering voor oefentherapeuten.

Een zeer concurrerende premie voor leden van de VvOCM.

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

- Gratis ongevallendeckking
- Extra aanvangskorting
- 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



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
Nicole Wolvenne

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

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

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

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

Verschijningsdata in 2011

Maart

Juli
November

Vormgeving
Studio Trebor

Drukwerk
Secrass

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



Van de redactie

Voor u ligt de eerste Beweegreden van 2011. De echte winter is voorbij en we zien het voorjaar graag komen. Verder is de onafhankelijkheid van de redactie nu een feit. Belangrijk, want in het verleden leidde afhankelijkheid nog wel eens tot het weigeren van toestemming tot publiceren.

Het tweede deel van het drieluik van Morgan Bosma en Chhetri Ober gaat over de rol van de zorgverzekeraar en de kwaliteitseisen die aan de oefentherapie gesteld worden. Het is opnieuw een interessant stuk geworden. Na het lezen van het stuk over de BIOM gaat u vast, net als ik, kritisch naar het functioneren van uw eigen intercollegiaal overleg kijken. De herziene KNGF-richtlijn artrose heup-knie is voor oefentherapeuten die regelmatig met deze patiëntengroepen werken een handig stuk om als naslagwerk in de kast te hebben staan. De ICF-classificatie wordt hierin gebruikt en het gebruik van diverse meetinstrumenten is toegevoegd. De resultaten van het literatuur- en praktijkonderzoek van de Psychosomatische Oefentherapie geven in dit artikel antwoord op de vraag "helpt psychosomatische oefentherapie en is dit aantoonbaar?" Gegevens van 15 praktijken, 183 patiënten zijn per computer verzameld en verwerkt door het NPi. De uitkomsten zijn uitstekend. De vraag helpt PSOT kan dan ook volmondig met ja worden beantwoord. Van de werkvloer gaat ditmaal over neurorevalidatie en CVA. In het artikel vertelt Saskia van der Drift over haar bevindingen tijdens de opleiding neurorevalidatie/CVA en de manier waarop de oefentherapeutische kijk op bewegen en deze opleiding samenvallen. Verder hoopt ze dat door dit artikel meer collega's geïnteresseerd raken en wellicht deze opleiding gaan volgen.

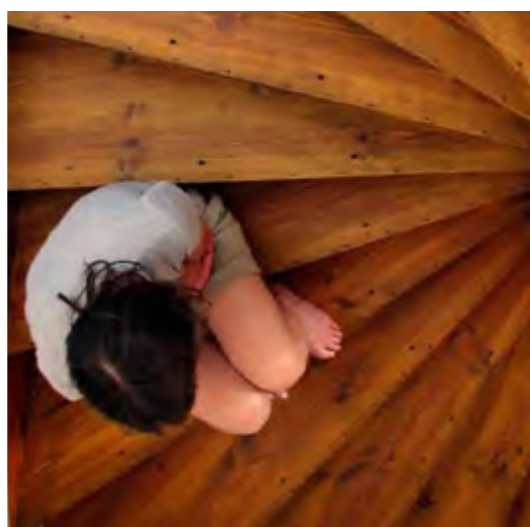
De afstudeeropdracht van de studenten Ria Mennik en Tamar Schermer gaat over het in de markt zetten van een product, in dit geval Medical Kinetics. De aanbevelingen die het tweetal doet zijn universeel en daarom ook in allerlei andere marketing-situaties te gebruiken.

Naast de reguliere boekbesprekingen ditmaal ook een aanbeveling van Pauline Luijnenburg. Het is een vakhistorische reis over oefentherapie Mensendieck in Noorwegen en gaat in op de inhoudelijke ontwikkeling van de Noorse opleiding.

Veel plezier met lezen.

Nicole Wolvenne

INHOUD



- 5** *Column*
Oefentherapeut 2.0
- 6** *In welke richting*
gaat de oefentherapeut zich bewegen?
Een drieluik
- 10** *De herziene KNGF-richtlijn*
artrose heup-knie
- 14** *Intercollegiaal overleg*
kwaliteit of gezelligheid?
- 17** *Minder medicijngebruik, minder arbeidsverzuim,*
minder klachten
- 21** *Van de werkvloer*
Oefentherapie en Neurorevalidatie
- 25** *Van de student*
Medical Kinetics in de markt
- 29** *Boekbespreking*
Greta Halvorsen
- 30** *Recensies*



Oefentherapeut 2.0

Voor je ligt de nieuwste Beweegreden. Op het eerste gezicht lijkt er niks veranderd, maar schijn bedriegt! De redactie van Beweegreden is onafhankelijk geworden. Reden voor een feestje toch?

Oefentherapeut 2.0, de vernieuwde versie van een bekend en vertrouwd concept. Want hoewel ons imago soms anders doet vermoeden, gaat ons vak met de tijd mee. De hoogtenpunten volgen elkaar op met het samenwerken van de beroepsverenigingen Mensendieck en Cesar, vervolgens de Directe Toegankelijkheid (beter laat dan nooit) en mijn persoonlijke hoogtepunt: het uitkomen van ons vakblad in een Glossy.

Een heel onafhankelijke Glossy dus. De centrale vraag is; wat zijn de voordelen? Geen staatscensuur meer, maar een compleet onafhankelijke pers? Ruimte voor artikelen over experimentele behandeltechnieken? Los zijn van de stroperige besluitvorming van het overkoepelend bestuur? Zou er een gewaagde rubriek komen, getiteld De Geheimen van mijn Patiënt of misschien een ongeautoriseerde biografie van mevrouw Cesar? Zou de redactie torenhoge 'markt-conforme' bonussen krijgen? Je kunt er op

los fantaseren, maar wat merken we er van in de praktijk?

Onafhankelijk zijn als beroepsgroep, als oefentherapeut en nu ook als redactie, het is een groot streven van de beroepsvereniging. Maar hoe (on)afhankelijk zijn we eigenlijk? In een tijd van commercialisering van de zorg, centralisering van praktijken en grote macht van de zorgverzekeraars. Kijk eens naar je eigen administratie en werkzaamheden. Hoeveel van de tijd ben je bezig met het voldoen aan protocollen, bureaucratie en verantwoording van je keuzes?

Net als onze mooie Beweegreden zijn we op veel punten nog steeds afhankelijk. Op papier een zelfstandige organisatie, een vakblad met een zelfstandige redactie, een oefentherapeut met een eigen zelfstandige praktijk. We zijn een beroepsgroep vol ondernemers en praktijkhouders. Maar de redactie moet voor de centjes aankloppen

bij de grote organisatie en de praktijkhouder moet voldoen aan de eisen van de verzekeraar.

Maar we voelen ons in elk geval zelfstandig. Ook al zitten we in de praktijk nog aan van alles vast. Het gevoel van vrijheid, zelfstandigheid en zelfbeschikking geeft ruimte om na te denken over nieuwe mogelijkheden en groei. Of we er echt wat van gaan merken, dat is de vraag. Zoals de Engelsen zeggen:

Po-tee-to, Po-taa-to. Je spreekt het anders uit, maar het is allebei een aardappel.

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

In welke richting gaat de oefentherapeut zich bewegen?

Een drieluik

Auteurs: Morgan Bosma & Chhetri Ober

Deel I:
Visie op het vakgebied oefentherapie

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

Deel III
Positionering van oefentherapie binnen het
bewegingsdomein Dit deel kunt u verwachten
in de Beweegreden van juli 2011

In het eerste deel van dit drieluik hebben de auteurs hun visie weergegeven ten aanzien van de mogelijke rol van u als oefentherapeut en de noodzakelijke keuzes die daarbij gemaakt moeten worden. De noodzaak tot het maken van keuzes komt volgens de auteurs voort uit het gegeven dat de Nederlandse gezondheidszorg het afgelopen decennium sterk veranderd is en de komende jaren niet rustiger zal worden. De zorgsector zit midden in een transitiefase, ingegeven door o.a. marktwerking en vraaggestuurde zorg. Het krachtenveld is sterk en complex waardoor u als oefentherapeut logischerwijs onder druk komt te staan. De kernvraag die u zichzelf zult moeten stellen is: Waar beweeg ik mij naar toe?

In het tweede deel willen de auteurs inzichtelijk maken hoe oefentherapeuten kunnen anticiperen op deze ontwikkelingen. Het gaat daarbij, naast wetenschappelijke ontwikkelingen op het vakgebied, ook om grote maatschappelijke ontwikkelingen, waaronder nieuwe kwaliteitseisen, marktwerking, vergoedingen enz.

In het derde deel worden vertegenwoordigers van aanverwante beroepsgroepen, waaronder fysiotherapie en ergotherapie, aan het woord gelaten. Hoe wordt naar het vakgebied oefentherapie gekeken? Hoe zien zij de positie van de oefentherapie binnen het bewegingsdomein?

Het doel van dit drieluik is om de beroepsgroep van oefentherapeuten een richting te laten zien waarin het beroep zich verder kan of misschien zou moeten ontwikkelen. Op basis van de maatschappelijke eisen en wetenschappelijke onderzoeken, is het ondenkbaar om hier niet naar te handelen. Oefentherapeuten zullen stelling moeten nemen ten aanzien van deze visie. De auteurs gaan dan ook graag met u in discussie over de inhoud van dit drieluik. Een ding is zeker, de beroepsgroep zal zich verder moeten professionaliseren.

In deel 2 wordt eerst een aantal relevante ontwikkelingen in de zorg beschreven. Hierna wordt de invalshoek van Zorgverzekeraars Nederland besproken. Hoe kijkt Zorgverzekeraars Nederland naar de ontwikkelingen in de zorg en het vakgebied oefentherapie? Welke ontwikkelingen zien zij waar u als oefentherapeut in de nabije toekomst mee geconfronteerd zult worden?

Hoe kijkt Zorgverzekeraars Nederland aan tegen de visie op het vakgebied oefentherapie zoals in deel 1 is beschreven?

Ontwikkelingen en trends in de zorg

Zorgverzekeraars spelen een centrale rol bij het inkopen van zorg en zij zijn tevens de grootste afnemers van oefentherapeutische zorg. Het beleid dat zorgverzekeraars ontwikkelen is afhankelijk van veel factoren, maar de volgende factoren spelen in ieder geval een cruciale rol; de wensen van hun verzekerden (cliënten, patiëntverenigingen, bedrijven etc.), financiële- economische haalbaarheid, wet- en regelgeving (de kaders waarbinnen zorgverzekeraars kunnen handelen) en ontwikkelingen in de zorg. In deze paragraaf worden een aantal relevante ontwikkelingen in de zorg beschreven die zowel voor zorgverzekeraars als voor oefentherapeuten van belang zijn.

- Marktwerking in de zorg:

Een aantal ontwikkelingen die voortkomen uit 'marktwerking in de zorg' (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), 2001) is, vraaggestuurde zorg, taakherstelling in de zorg en directe toegankelijkheid. Naast kwaliteitsverbetering en betaalbaarheid is toegankelijkheid een van de uitgangspunten van de overheid voor marktwerking in de zorg. Deze ontwikkelingen zorgen ervoor dat de oefentherapeut andere verantwoordelijkheden en taken krijgt, welke grotendeels zijn opgenomen in het nieuwe beroepsprofiel van de oefentherapeut (Kuipers & Meulenberg-Brouwer,

2010). De komende jaren zullen deze ontwikkelingen zich voortzetten.

- *Functionele bekostiging en vrije tarieven:* Er is al een aantal politieke besluiten genomen om de betalingsstructuren voor oefentherapeuten te wijzigen. De aandacht komt hierbij meer te liggen op specifieke doelgroepen (m.n. chronische ziekten met een grote populatie) en prijsdifferentiatie op basis van geleverde kwaliteit en effectiviteit.
- *Zorgorganisatie en bedrijfsvoering:* Ketenzorg, zelfmanagement van de patiënt, transparantie van kwaliteit en zorgverschiving naar de thuisituatie zijn trends die de werkzaamheden van de oefentherapeut momenteel beïnvloeden. Deze trends worden vooral voortgedreven vanuit maatschappelijke wensen en behoeften. De benodigde zorg voor patiënten moet slimmer worden georganiseerd in de vorm van netwerken. Patiënten moeten hierbij in staat worden gesteld om zelf hun aandoening in de hand te houden (bijv. zelf metingen uitvoeren). Preventie en zorg gaan zo hand in hand (VWS, 2009). Steeds meer zorg verschuift naar de 1e lijn en aanbieders moeten hun zorg in ketens organiseren.
- *Belangrijkste volksgezondheidsproblemen (Min. VWS, preventienota 2006):* Coronaire hartziekten, angststoornissen, beroertes, chronische luchtwegaandoeningen, depressie, diabetes mellitus, longkanker en alcoholafhankelijkheid. Een aantal van deze problemen betreffen leefstijl gerelateerde aandoeningen en zijn daarmee mogelijke behandelindicaties voor een oefentherapeut.
- *Economische ontwikkelingen in de zorg:* Mensen worden ouder en maken hierdoor

- langer gebruik van de gezondheidszorg. Naar mate men ouder wordt nemen de zorgkosten toe (na 60ste levensjaar exponentiële toename zorgkosten) en hierdoor neemt het totale aantal zorgkosten toe (Kommer e.a. 2006).
- *Gedrag en leefstijl veranderingen:* Inactiviteit en een zittende leefstijl zijn steeds vaker de oorzaak voor ziek worden. In 2008 wordt voor 56% voldaan aan de Nederlands Norm Gezond Bewegen (vanaf 12 jaar en ouder) en ouderen behalen de norm vaker dan jongeren (Hildebrandt, 2008; CBS, 2009). Daarnaast is er een toename van ernstig overgewicht in Nederland en vooral onder jongeren neemt obesitas toe (RIVM, 2006).
- *Demografische ontwikkelingen:* Met name toename van de vergrijzing (Rosendal, 2006), comorbiditeiten (Mackebach, 2010) en verkleuring van de maatschappij (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2000) (diversiteit neemt toe door een toename van het aantal allochtonen) zorgen voor een andere zorgmarkt. Door de aandacht te verschuiven naar deze doelgroepen kan de zorgmarkt voor de oefentherapeut worden verruimd.

- *Technologische ontwikkelingen in de zorg (Technocare):* Zelfmanagement van de patiënt m.b.v. hulpmiddelen en technologie neemt toe (bijv. Health Buddy, Telecare, Telemonitoring en TVFoon) en met domotica kunnen bijvoorbeeld ouderen langer thuis wonen en wordt de thuisituatie vergemakkelijkt. Een andere technologische toevoeging is dat met behulp van technologische ontwikkelingen in de oefentherapie klinische patronen sneller kunnen worden ontdekt (guidance modules). Verder zijn er op het technologische gebied meerdere ontwikkelingen (nanotechnologie, robots in de zorg/robotica, bioprinting, sensortechnologie) waarvan nog de vraag is wat de invloed is op het oefentherapeutisch vlak. Voor alle bovenstaande ontwikkelingen geldt de vraag: 'ben je als oefentherapeut voldoende voorbereid op deze ontwikkelingen of word je als oefentherapeut door alle ontwikkelingen overvallen?'

Visie van Zorgverzekeraars Nederland

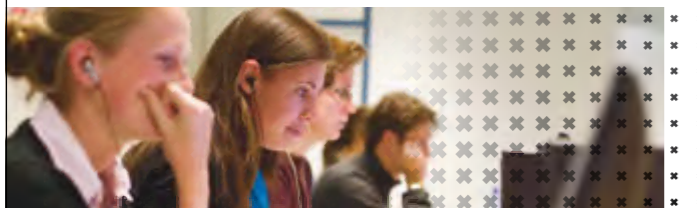
Naast de eerder beschreven ontwikkelingen in de zorg worden de toekomstige keuzes van de

oefentherapie mede bepaald door het beleid van de zorgverzekeraars. Hieronder beschrijft drs. Hilda Paans-Wubbolts, beleidsadviseur Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de visie van ZN op de eerstelijns gezondheidszorg: "In Nederland worden we de komende decennia geconfronteerd met vergrijzing, meer kritische consumenten en stijgende zorgkosten. Vanuit deze ontwikkelingen komt er een krachtige focus op integrale zorg in de eigen omgeving te liggen.

Investeren in hoogwaardige, samenhangende zorg in de eigen omgeving is de enige manier om alle bovenstaande uitdagingen het hoofd te bieden. Dat wil zeggen maximaal inzetten op het voorkomen van ziekten en zorgafhankelijkheid(preventie), optimaal behandelen wanneer er sprake is van een aandoening en voorkomen van complicaties en vermijdbare zorgafhankelijkheid. Dit alles naast het maximaal faciliteren van mensen om zelfredzaam te blijven.

De zorgaanbieders staan voor een duidelijke opdracht. Zij dienen de regie te nemen om bovenstaande uitkomsten te realiseren. Deze uitkomsten dienen transparant, toetsbaar en van hoge kwaliteit te zijn, zodat onnodige





Evidence Based Practice MSc/DRs

START 10^e ACADEMISCH JAAR SEPTEMBER 2011

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

Bridging healthcare and science

- een eerste klas carrièrestap als startpunt naar een hoog wetenschappelijk niveau
- modern en actueel onderwijs met een multidisciplinaire benadering
- (inter)nationaal gerespecteerd en NVAO-geaccrediteerd
- locatie Faculteit der Geneeskunde - AMC

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



www.yvlo.nl

info@yvlo.nl

■ de Opleiding ZwangerFit® start twee maal per jaar op **2 maart** en op **21 september** het is een 8 daagse opleiding tot Zwangerschaps Trainer/Coach

- Cursusdag Pilates PeriPartum → 5 maart
- Cursusdag Babymassage → 9 april
- Cursusdag Praktijk BekkenPijn → 21 mei
- Cursusdag Praktijk Oefenmateriaal → 28 mei
- Workshop Peutermassage → 26 mei

■ kijk op de YVLO website ■

Declareren met e-DevoP

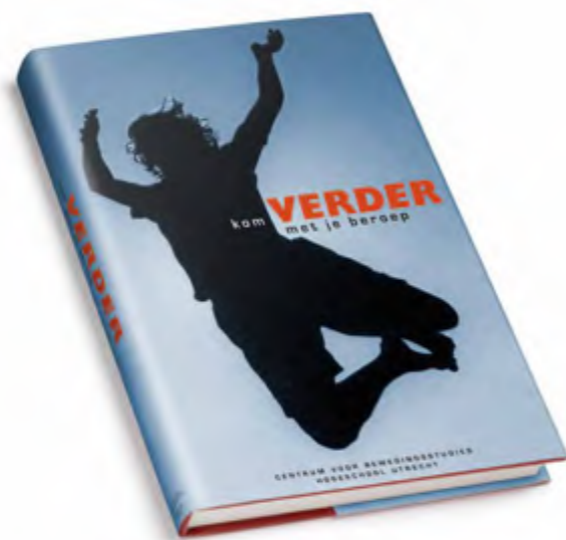
Eenvoudig COV Verslaglegging
Gratis download www.igcn.nl
Optimale uitvoeringen praktijk
Vanaf € 140,- p/jr. incl. btw

NIEUW! e-DevoP online

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

IGCN
AUTOMATISERING

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



POST-HBO AANBOD OEFENTHERAPIE CESAR

Het Centrum voor Bewegingsstudies van Hogeschool Utrecht verzorgt in 2011 een breed post-hbo aanbod voor oefentherapeuten. De volgende cursussen starten in september:

- Orthopedische Geneeskunde Cyriax
- Fysiotherapie/Oefentherapie in de thuiszorg
- Basededucatie, Kwaliteit en Wetenschap
- Kwaliteitszorg
- Psychosomatische Oefentherapie
- Oefentherapie bij kinderen
- Motorisch Lernen

Meer weten? Bel de Student Service Desk (088) 481 81 41 of kijk op www.oefentherapie.cursussen.hu.nl.

ER VALT NOG GENOEG TE LEREN

CENTRUM VOOR BEWEGINGSSTUDIES HOGESCHOOL UTRECHT



In welke richting gaat de oefentherapeut zich bewegen?

zorgkosten en onnodige verwijzingen naar specialistische zorg worden voorkomen. Nauwe samenwerking in deze vorm van zorg in de eerste lijn is een noodzaak. Net zoals er duidelijke verschillen zijn tussen patiënten/cliënten en hun voorkeuren voor zorg, zo zijn er verschillen tussen de tienduizenden aanbieders van eerstelijns zorg en hun kwaliteiten. Die kwaliteitsverschillen zijn echter lang niet altijd inzichtelijk en openbaar. Zorgverzekeraars willen door goed inkoopbeleid op basis van kwaliteit die verschillen transparant maken en ten gunste van de patiënt/cliënt en de verzekeren aanwenden.

Daardoor ontstaat marktwerking met als spin off dat de zorg beter en doelmatiger wordt. Goede kwaliteit van zorg zal door de verzekeraars extra beloond worden en ondermaatse kwaliteit zal niet getolereerd worden. Samen met de aanbieders van zorg zal gewerkt moeten worden aan continue verbetering van de zorg. Om de kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken zal er ook voor de oefentherapie een kwaliteitssysteem moeten worden ontwikkeld. Met behulp van kwaliteitsindicatoren kunnen dan de behandelresultaten zichtbaar worden gemaakt. In samenwerking met oefentherapeuten, consumenten, inspectie (IGZ) en zorgverzekeraars kunnen die indicatoren ontwikkeld worden. Naast het meten van de behandel(zorg)inhoudelijke indicatoren is het zeer belangrijk om ook de cliëntervaringen te meten. Dat alles levert inkoopinformatie voor de zorgverzekeraars en keuze-informatie voor de patiënt/cliënt op.

De zorgverzekeraars verwachten van de oefentherapeuten dat zij zich zullen inzetten om de gewenste transparantie van hun zorg te realiseren. Goede zorgregistratie ondersteund door goede software is daarvoor noodzakelijk. Op basis van geprotocolleerde zorgproducten wordt de zorg aangeboden. Daarnaast zullen de serviceaspecten van een praktijk inzichtelijk moeten zijn. Bijvoorbeeld openingstijden, toegankelijkheid, deskundigheid. Samenwerking in zorgketens zal meer en meer aan de orde zijn. Vooral voor de doelgroepen met chronische ziekten wordt de zorg steeds meer in ketenvorm aangeboden. Ook daar zal de oefentherapeut een belangrijk aandeel in kunnen leveren."

Tot slot

Vanuit de ontwikkelingen in de zorg en de

visie van Zorgverzekeraars Nederland kan geconcludeerd worden dat het transparant maken van oefentherapeutische zorg, samenwerken binnen de eerste lijn (ketenzorg) en zelfmanagement van de patiënt belangrijke issues worden.

In het werkveld van oefentherapie zien we een langzame ontwikkeling naar innovaties die aansluiten bij de visie van zorgverzekeraars en de ontwikkelingen in de zorg. Oefentherapeuten sluiten zich aan bij regionale initiatieven of landelijke netwerken (bijvoorbeeld Parkinson-Net). Toch kenmerkt de beroepsgroep zich doordat ze nog met name intern geïntereerd is. Veel discussies op fora, intercollegiale overlegmomenten en vergaderingen gaan in het algemeen over interne aangelegenheden en er is veelal een reactieve houding op ontwikkelingen in de maatschappij (bijvoorbeeld de discussies die in december plaatsvinden over de tarieven van zorgverzekeraars). Er wordt nog onvoldoende gediscussieerd over de visie op zorg. De beroepsgroep mist hierdoor de nodige aansluiting bij de ontwikkelingen in de zorg en de visie die zorgverzekeraars nastreven. Helaas ondervinden veel oefentherapeuten hinder van gebrek aan aansluiting. Doordat nu de eisen van zorgverzekeraars steeds scherper worden, krijgen veel oefentherapeuten het gevoel dat hen het vuur aan de schenen wordt gelegd.

De oefentherapeut wordt als het ware gedwongen om keuzes te maken. Over de verschillende keuzes schreven wij al in deel 1 van dit drieluik. Het is naar onze mening belang-

Over de auteurs

Morgan Bosma is bedrijfsoefentherapeut en werkzaam als docent aan de opleiding oefentherapie Cesar en als interim manager verbonden aan de opleiding tandprothetiek van de Faculteit Gezondheidszorg, Hogeschool Utrecht. Op dit moment is hij bezig met het afronden van de masteropleiding zorgtraject ontwerp (MZO). Chhetri Ober is oefentherapeut Cesar en onderwijskundige. Hij werkt als projectleider en onderwijskundig adviseur aan de Faculteit Gezondheidszorg, Faculteit voor Communicatie en Journalistiek en de Faculteit Economie en Management, Hogeschool Utrecht. Chhetri is auteur van het boek 'Oefentherapie' dat in 2008 is uitgegeven bij uitgeverij Lemma. Op dit moment is hij bezig met het schrijven van een herdruk van het boek 'Oefentherapie'. Bij uitgeverij Lemma is in 2010 van hem ook het boek 'De leeromgeving centraal' uitgebracht, waarin hij zijn visie op het hoger beroepsonderwijs beschrijft.

Samen met collega Cindy Bastiaansen-ten Haaf hebben Morgan en Chhetri CuraSui Advies & Opleidingen opgezet. CuraSui Advies & Opleidingen heeft een nauwe samenwerkingsrelatie met de VvOCM en Hogeschool Utrecht. CuraSui Advies & Opleidingen houdt zich voornamelijk bezig met het scholen en begeleiden van oefentherapeuten bij een verdere professionalisering van het beroep. Momenteel verzorgt CuraSui Advies & Opleidingen, in opdracht van de VvOCM, de cursus Professionele Bedrijfsvoering voor regiofunctionarissen van de beroepsvereniging. In deze driedaagse cursus worden onderwerpen als: strategie & beleid, marketing en verandermanagement behandeld.

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

Literatuur

Alders, M. (2005). Allochtonenprognose 2004-2050: belangrijkste uitkomsten. Bevolkingstrends, 53(1), 32-41. Voorburg: Centraal Bureau voor de Statistiek.

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2009). Verbetering gezonde leefstijl stagneert, Persbericht PB09-020. Voorburg: Author.

Hildebrandt, V.H., Ooijendijk, W.T.M. & Hopman-Rock, M. (red.). (2008). Trendrapport Bewegen en gezondheid 2006/2007. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven.

Kommer, G.J., Slobbe, L.C.J. & Polder, J.J. (2006). Trends en verkenningen van kosten van ziekten - Zorg voor euro's - 2. Bilthoven: RIVM centrum voor Volksgezondheid Toekomstverkenningen (VTV).

Kuipers, C. & Meulenberg-Brouwer, A. (2010). Beroepsprofiel oefentherapeut. Den Haag: VvOCM/Lemma.

Mackenbach, J.P. (2010). Trends in de volksgezondheid en gezondheidszorg. Amsterdam: Reed business.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2001). Vraag aan bod: hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2000-2001, 27855(2). Den Haag: Sdu Uitgevers.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2006). Kiezen voor gezond leven: Preventienota 2007-2010. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2006-2007, 22894(110). Den Haag: Sdu Uitgevers.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2009). Beleidsagenda van het Ministerie van WVS. Den Haag: Author.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2006). Zorg voor gezondheid - Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Rosendal, H. (2006). Ketenzorg voor Chronische Ziekten. Mode of must?. Leiden: Hogeschool Leiden.

rijk om gericht te blijven op je kernkwaliteiten als oefentherapeut en ook vooral te bepalen wat je niet moet doen binnen het oefentherapeutisch handelen. Een echte professional kent immers zijn grenzen. Zoek strategische partners om mee samen te werken en maak goede afspraken over ieders taken en verantwoordelijkheden. Geef aan waar je goed in bent en zorg dat je dit kunt kwalificeren en kwantificeren. Ontwikkel met deze partners diensten vanuit een programmatische aanpak en kijk hierbij naar behoeften en wensen vanuit je eigen regio. ●

De herziene KNGF-richtlijn artrose heup-knie

Auteurs: W.F.H. Peter, M.J. Jansen, H. Bloo, L.M.M.C.J. Dekker-Bakker, R.G. Dilling, W.K.H.A. Hilberdink, C. Kersten-Smit, M. de Rooij, C. Veenhof, H.M. Vermeulen, I. de Vos, J.W. Schoones en T.P.M. Vliet Vlieland

In april 2010 is de herziene KNGF richtlijn Artrose Heup-Knie gepubliceerd. Deze richtlijn is ook van toepassing op oefentherapeuten die mensen met heup- en/of knieartrose behandelen. Sinds de eerste versie van deze richtlijn uit 2001 zijn er diverse nieuwe wetenschappelijke artikelen, nationale en internationale richtlijnen over de behandeling van mensen met heup- en knieartrose gepubliceerd. In deze herziene versie van de richtlijn is het beschrijven volgens patiëntenprofielen verlaten en worden de gezondheidsproblemen van de patiënt met heup- en knieartrose beschreven aan de hand van de International Classification of Functioning, disability and health (ICF). Verder is het systematisch literatuuronderzoek in diverse databases naar interventies uitgebreid naar onder andere de perioperatieve behandeling en is er meer aandacht besteed aan de evaluatie van de behandeling door middel van meetinstrumenten.

De fysiotherapeut speelt een belangrijke rol in de conservatieve behandeling van heup- en knieartrose. Deze conservatieve behandeling bestaat uit voorlichting, medicatie, oefentherapie en daarnaast het bevorderen van zelfmanagement op het gebied van bewegen en voeding⁽¹⁾. Deze richtlijn is geschreven voor fysiotherapeuten, maar kan ook toegepast worden door oefentherapeuten. Zij is ontwikkeld conform de algemene KNGF 'Methode voor Richtlijnontwikkeling en Implementatie'⁽²⁾ en de Evidence Based Richtlijn Ontwikkeling (EBRO)⁽³⁾. In deze methoden zijn onder andere algemene praktische aanwijzingen geformuleerd voor de zoekstrategie om literatuur te verzamelen. Het gevonden wetenschappelijk bewijs is vervolgens steeds per onderdeel kort samengevat in een conclusie, inclusief de mate van bewijs (schaal A-D). In combinatie met ervaringen uit de dagelijkse fysiotherapeutische praktijk verkregen via experts, en overige overwegingen, zoals de inhoud van andere richtlijnen over dezelfde aandoening, zijn aanbevelingen geformuleerd waarvan de sterkte is aangegeven op een schaal van 1-4 (tabel 1).

De richtlijn is tot stand gekomen door de samenwerking van een eerste werkgroep bestaande uit eerste- en tweede lijns fysiotherapeuten met expertise op het gebied heup- en knieartrose. Ook een tweede werkgroep

met zorgverleners uit verschillende andere disciplines, waaronder een reumatoloog, huisarts, orthopedisch chirurg, revalidatiearts, vertegenwoordigers van het Reumafonds, de Reumapatiëntenbond en een ervarings-

Tabel 1 Kwaliteitsniveaus van het bewijs uit de wetenschappelijke literatuur	
A1	Systematisch review van ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau
A2	Gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit en van voldoende omvang
B	Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (hieronder valt ook patiënt controleonderzoek, cohort onderzoek)
C	Niet-vergelijkend onderzoek
D	Mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden
Niveaus van aanbeveling (gebaseerd op het niveau van het beschikbare bewijs)	
1	Onderzoek van niveau A1 of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2
2	Eén onderzoek van niveau A2 of ten minste twee onafhankelijke van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B
3	Eén onderzoek van niveau B of niveau C
4	Mening van deskundigen

Afgeraden wordt het gebruik van lokale warmtetherapie in het geval van ontstekingsverschijnselen van het gewricht

deskundige, hebben een bijdrage geleverd. De inhoud van de richtlijn sluit nauw aan bij de multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Heup- en Knieartrose uit 2007 van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (CBO)⁽⁴⁾ en de herziene versie van de NHG-Standaard Niet-traumatische knieproblemen bij volwassenen uit 2008 die is ontwikkeld door het Nederlands Huisartsen Genootschap⁽⁵⁾ en de BART strategie⁽¹⁾. De belangrijkste punten uit de richtlijn ten aanzien van de diagnostiek, therapie en evaluatie van de behandeling worden in dit artikel samengevat. Een uitgebreidere versie van dit artikel is gepubliceerd in het Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie (april 2010). De volledige KNGF richtlijn Artrose Heup-Knie is te vinden op www.kngfrichtlijnen.nl.

Diagnostische Proces

Gezondheidsproblemen samenhangend met heup- en knieartrose
 Figuur 1 geeft een overzicht van de voor de fysiotherapeut relevante gezondheidsproblemen bij mensen met heup- en knieartrose en de externe en persoonlijke factoren die daarop van invloed zijn. Dit overzicht is gebaseerd op International Classification of Functioning, disability and health (ICF) Core sets for osteoarthritis⁽⁶⁾, aangevuld met klinisch relevante factoren die werden aangedragen door experts in de werkgroepen. De individuele gezondheidsproblemen en factoren die daarop van invloed zijn vormen de basis van het fysiotherapeutisch onderzoek (anamnese,

lichamelijk onderzoek en analyse), het stellen van de behandeldoelen en het bepalen van de behandelstrategie in samenspraak met de patiënt, en de evaluatie daarvan.

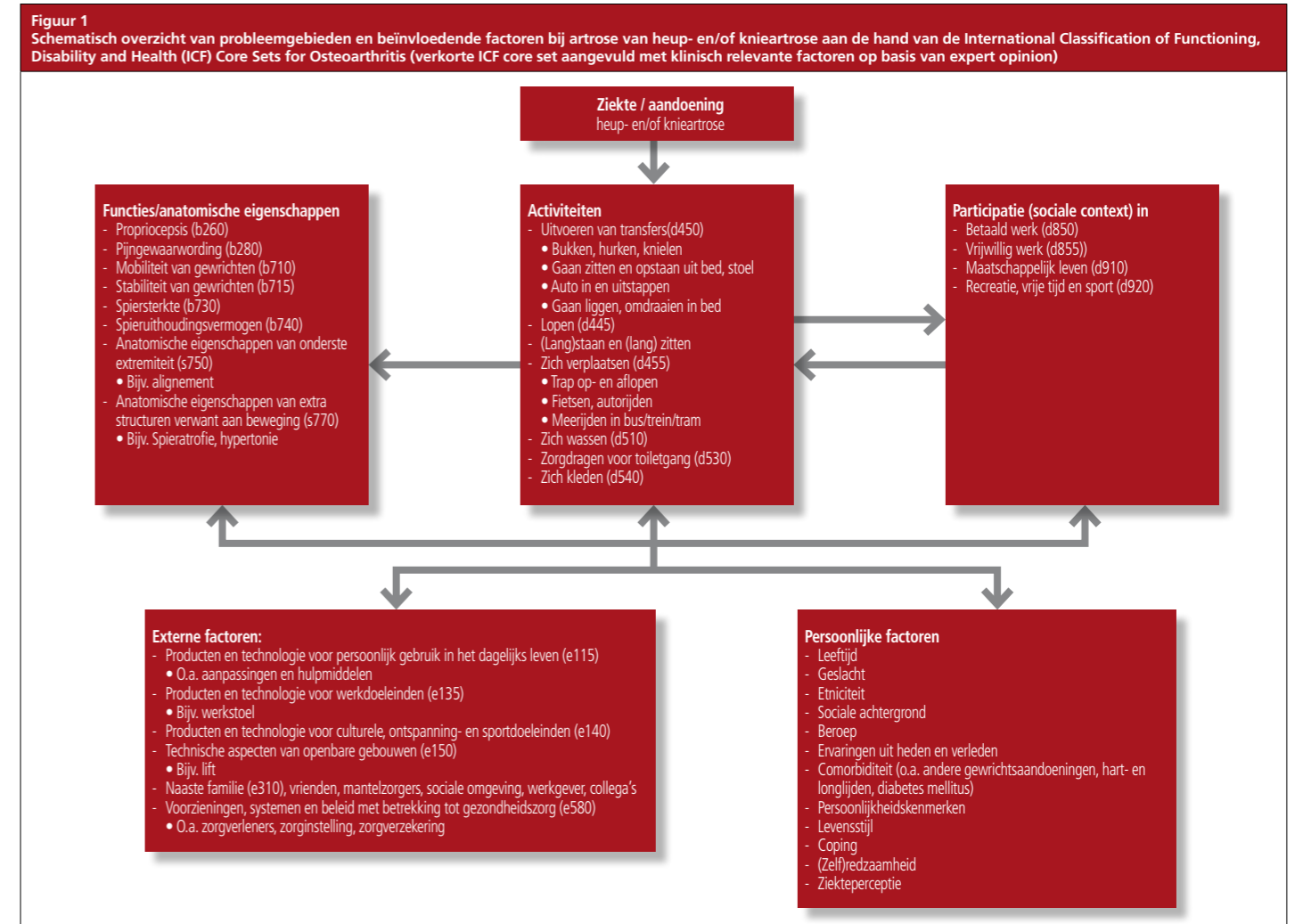
Rode vlaggen

Rode vlaggen zijn alarmsignalen die mogelijk wijzen op een bijzondere oorzaak van de klachten. Voor heup- en knieartrose specifieke rode vlaggen zijn onder andere onverklaarbare warme en gezwollen (rode) knie of pijn in heup en/of knie, een zwelling in de lies, ernstige slotklachten van de knie, (hevige) pijn in rust en zwelling (zonder trauma) en in geval van de aanwezigheid van één of meer gewrichtsvervangende prothesen: koorts, infectie en onverklaarbare hevige pijn in heup en/of knie.

Therapeutisch Proces

Behandelplan

Na het diagnostisch proces wordt het behandelplan met de fysiotherapeutische behandeldoelen en de prioritering ervan opgesteld. Dit gebeurt in mondelinge overeenstemming met de patiënt waarbij de hulpvraag centraal staat en er rekening gehouden wordt met de aanwezigheid van bevorderende en belemmerende factoren, zoals bijvoorbeeld de motivatie van de patiënt, sociale steun en comorbiditeit en het te verwachten herstel. De behandeldoelen zijn gericht op het niveau van verbetering en behoud



De herziene KNGF-richtlijn artrose heup-knie

van het dagelijks functioneren en maatschappelijke participatie en worden geformuleerd volgens de SMART-principes. SMART staat voor Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden.

Behandelmethode

Oefentherapie⁽⁷⁻¹¹⁾, voorlichting en bevordering van adequaat zelfmanagement⁽¹²⁻¹⁷⁾, bij voorkeur in combinatie, vormen de basis van de fysiotherapeutische behandeling van mensen met heup- en/of knieartrose. Deze interventies kunnen, indien nodig, worden aangevuld met andere behandelvormen.

Oefentherapie

Op basis van de in de literatuur beschreven onderzoeksprogramma's en best practice wordt een oefenprogramma aanbevolen dat bestaat uit spierversterkende oefeningen, oefeningen ter verhoging van de aerobe capaciteit en looptraining, aangevuld met functionele oefenvormen die zijn toegesneden op de door de patiënt ervaren beperkingen in dagelijkse activiteiten en participatie. Op grond van een beperkt aantal randomised controlled trials kunnen in individuele gevallen, wanneer er bijvoorbeeld sprake is van instabiliteit van de knie of een relatief laag niveau van lichamelijk activiteit, respectievelijk balans- en proprioceptieoefeningen⁽¹⁸⁾ of een behavioral graded activitybenadering^(19,20) worden overwogen.

De rol van de fysiotherapeut in de conservatieve behandeling van heup- en knieartrose

Voorlichting en zelfmanagementinterventies

Vooraf indien toegepast in combinatie met oefentherapie, worden voorlichting- en zelfmanagementinterventies aanbevolen⁽¹²⁻¹⁷⁾. Door een grote variatie in de literatuur beschreven interventies kunnen geen aanbevelingen worden gedaan over de optimale inhoud en vormgeving van voorlichting en zelfmanagementinterventies. In de richtlijn wordt wel genoemd welke componenten in dergelijke interventies aan de orde dienen te komen: kennis over en inzicht in de aandoening heup- en/of knieartrose; de gevolgen voor het bewegend functioneren, activiteiten en participatie; de verhouding belasting en belastbaarheid; de wijze van omgaan met de klachten; actieve en gezonde leefstijl (bewegen, voeding/overgewicht); (beweeg)gedragsverandering; gewrichtsbescherming en het gebruik van hulpmiddelen.

Overige behandelvormen

Naast oefentherapie, voorlichting en het bevorderen van adequaat zelfmanagement wordt passieve oefentherapie, altijd in combinatie met actieve oefentherapie, aanbevolen bij heup- en knieartrose in individuele gevallen als er sprake is van veel pijn en/of bewegingsbeperkingen in het gewricht⁽²¹⁻²⁴⁾. Het tapen van de patella wordt, in combinatie met functionele oefentherapie, aanbevolen bij patellofemorale artrose^(25,26). Door gering of tegenstrijdig wetenschappelijk bewijs worden hydrotherapie⁽²⁷⁾, thermotherapie⁽²⁸⁾, TENS^(29,30), kniebraces of speciale zooltjes om de stand van de knie te beïnvloeden⁽³¹⁻³⁴⁾ in het geval van knieartrose,

noch aanbevolen, noch aangeraden. De richtlijn geeft wel aan dat deze behandelmethoden in individuele gevallen overwogen kunnen worden. Niet aanbevolen worden massage, ultrageluid, elektrotherapie, behandelen met een elektromagnetisch veld en low level lasertherapie. Afgeraden wordt het gebruik van lokale warmtetherapie in het geval van ontstekingsverschijnselen van het gewricht.

Pre- en postoperatieve fysiotherapie

Op basis van een systematische review en een aantal later verschenen randomized controlled trials kan er niet voldoende bewijskracht geleverd worden voor het effect van preoperatieve oefentherapie bij heup- en knieartrose. Mede doordat uit de literatuur blijkt dat de preoperatieve functionele status een belangrijke voorspeller is voor postoperatief herstel⁽³⁵⁻³⁷⁾ geeft de richtlijn aan dat in individuele gevallen overwogen kan worden om oefentherapie te geven voorafgaand aan een gewrichtsvervangende operatie bij heup- en/of knieartrose. In deze individuele gevallen betreft het mensen met veel functionele beperkingen door bijvoorbeeld meerdere andere aangedane gewrichten en comorbiditeit. Er is geen effectiviteit aangetoond voor preoperatieve voorlichting bij heup- en knieartrose^(38,39). De richtlijn geeft wel aan dat preoperatieve voorlichting overwogen kan worden indien er sprake is van veel angst voor de operatie en de nabehandeling.

Postoperatieve oefentherapie kan worden aanbevolen bij een gewrichtsvervangende operatie van de heup- en/of knie op basis van twee systematische reviews^(40,41) en een randomized controlled trial⁽⁴²⁾. De oefentherapie dient bij voorkeur te bestaan uit kracht- en functionele oefeningen met als doel fysiek functioneren te verbeteren.

Het gebruik van postoperatieve continuous passive motion na een gewrichtsvervangende operatie van de knie kan noch aanbevolen, noch afgeraden worden door tegenstrijdig bewijs in de literatuur⁽⁴³⁻⁴⁵⁾. Het gebruik van deze interventie hangt af van vertraagd herstel van de mobiliteit (door bijvoorbeeld pijn en/of angst voor bewegen) en kan worden overwogen bij de individuele patiënt.

Evaluatie

Zowel voor het in kaart brengen van de gezondheidsproblemen en de factoren die daarop van invloed zijn, als het evalueren van de behandeling wordt in de richtlijn een combinatie van één of meer performancetests en één of meer vragenlijsten aanbevolen. De aanbevolen meetinstrumenten worden ingedeeld volgens de ICF, hierna beschreven.

Beperkingen in activiteiten

Patiënt Specifieke Klachten (PSK)⁽⁴⁶⁾. De PSK is een generiek meetinstrument dat de mate van beperkingen vastlegt bij vijf voor de patiënt meest problematische activiteiten van de afgelopen week. Hierbij wordt per activiteit een 100mm Visuele Analoge Schaal (VAS score gebruikt, waarbij de score de somafstand in millimeters van nul (linkerzijde van de lijn) tot aan het door de patiënt geplateerde streepje is. Zie <http://www.fysionet.nl>. 6-minuten wandeltest (6MWT)^(47,48). Voor objectieve meting en evaluatie van het aëroob vermogen is de 6-minuten wandeltest beschikbaar. De patiënt loopt 6 minuten lang op een zelfgekozen snelheid en probeert in die tijd een zo groot mogelijke afstand af te leggen, zonder te rennen. De behaalde loopafstand is de totaal afgelegde afstand in meters gemeten aan het einde van de 6 minuten. Zie <http://www.fysionet.nl>. Timed Up and Go test (TUG)^(47,48). Bij de TUG wordt de tijd in seconden gemeten van het op comfortabele snelheid uitvoeren van het recht op-

staan uit een stoel, drie meter lopen, rond te draaien, terug naar de stoel te lopen en het weer gaan zitten. De fysiotherapeut neemt de tijd op die het uitvoeren van de test kost in seconden. Zie <http://www.fysionet.nl>.

Stoornissen in lichaamsfuncties

Visueel Analoge Schaal (VAS)^(49,50) voor pijn. Bij de VAS-schaal voor pijn staat aan het linkeruiteinde 'geen pijn' en aan het rechteruiteinde 'maximale (ondraaglijke) pijn'. Op de lijn geeft de patiënt zelf door middel van een verticaal streepje de mate van pijn aan die de afgelopen week is ervaren. De score is de afstand in millimeters van nul (linkerzijde van de lijn) tot aan het door de patiënt geplateerde streepje. Zie <http://www.fysionet.nl>. Intermittent and Constant OsteoArthritis Pain (ICOAP) vragenlijst⁽⁵¹⁾. De ICOAP is een vragenlijst voor het beoordelen van de pijn bij mensen met artrose van de heup- en/of knie, rekening houdend met zowel constante als intermitterende pijnervaringen. Als de pijn minder is door het gebruik van medicatie, wordt deze verminderde pijnervaring ook zo ingevuld. Deze vragenlijst kan het best gebruikt worden bij patiënten waarbij de pijn erg wisselend is. Zie http://www.oarsi.org/pdfs/multi_language/ICOAP_in_Dutch.pdf. Goniometrie - Range Of Motion (ROM)⁽⁵²⁾. Voor objectieve meting en evaluatie van de mobiliteit van de gewrichten wordt aanbevolen de ROM te meten met een goniometer. Zie <http://www.fysionet.nl>. Medical Research Council (MRC) schaal⁽⁵³⁾. Spierkracht kan worden gemeten via de MRC-schaal. Dit is een schaal voor het manueel testen van spierkracht, die veelvuldig wordt gebruikt in de dagelijkse fysiotherapeutische praktijk. Handheld dynamometer^(54,55). Een handheld dynamometer heeft tot doel de spierkracht objectief te meten en te evalueren. De handheld dynamometer is geschikt voor het meten van de spierkracht (van vrijwel alle klinisch relevante spieren). Zie <http://www.fysionet.nl>.

Multidimensionele vragenlijsten (stoornissen in lichaamsfuncties, activiteiten en participatie)

Hip disability and Osteoarthritis Outcome Score (HOOS) (Nederlandse versie)⁽⁵⁶⁾. De HOOS is een valide en betrouwbare vragenlijst, specifiek voor

Over de auteurs

- W.F.H. Peter, PT, Afdeling Reumatologie, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden, Reade, centrum voor revalidatie en reumatologie, Amsterdam, email: w.peter@reade.nl
- M.J. Jansen, PT, MSc, Capaciteitsgroep Epidemiologie, Universiteit Maastricht, Maastricht
- H. Bloo, PT, MSc, Eerstelijns praktijk fysiotherapie, Veenendaal, Roessingh Research & Development, Enschede
- L.M.M.C.J. Dekker-Bakker, PT, MSM, Fysiotherapiepraktijk Dekker, Amstelveen
- R. G. Dilling, PT, Paramedisch Centrum voor Reumatologie en Revalidatie, Groningen
- W.K.H.A. Hilberdink, PT, Paramedisch Centrum voor Reumatologie en Revalidatie, Groningen
- C. Kersten-Smit, PT, Ambulant reumacentrum, Sint Maartenskliniek, Nijmegen
- M. de Rooij, PT, Jan van Breemen Instituut, Amsterdam
- C. Veenhof, PT, PhD, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL), Utrecht
- H.M. Vermeulen, PT, MT, PhD, Dienst Fysiotherapie, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden
- I. de Vos, Eerstelijns praktijk oefentherapie, Leiden
- J.W. Schoones, Walaeus Bibliotheek, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden
- T.P.M. Vlieland, MD, PT, PhD, Afdeling Reumatologie en afdeling Orthopedie, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden

mensen met heupartrose. Dit meetinstrument omvat de dimensies: 'pijn', 'stijfheid en andere symptomen', 'functioneren in het dagelijks leven', 'functioneren in vrije tijd en sport' en 'kwaliteit van leven'. Zie <http://www.koos.nu>. Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) (Nederlandse versie)⁽⁵⁷⁾. De KOOS is dezelfde vragenlijst als de HOOS, alleen specifiek voor de knie. Zie <http://www.koos.nu>. Algotfunctionele Index (AFI)⁽⁵⁸⁾. Deze vragenlijst is speciaal ontwikkeld en gevalideerd voor mensen met artrose van de heup en/of knie en meet pijn, maximale loopafstand en het niveau van activiteiten in het dagelijks leven. De AFI is een hulpmiddel voor het volgen van de patiënt in de tijd, in combinatie met de (voor de patiënt zelf) ervaren veranderingen. De totaalscore geeft een indruk van de mate van beperkingen die de patiënt ondervindt in adl. Zie <http://www.fysionet.nl>. Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC)⁽⁵⁹⁾. De WOMAC is een vragenlijst die informeert naar pijn, stijfheid en fysiek functioneren bij mensen met artrose van heup en/of knie. Zie <http://www.fysionet.nl>. Deze multidimensionele vragenlijsten vertonen overlap met elkaar. De HOOS en de KOOS lijken veel op de WOMAC maar zijn respectievelijk gericht op de heup en knie en voegen items toe op gebied van vrije tijd, sport en kwaliteit van leven. De Algotfunctionele Index legt meer de nadruk op pijn tijdens het lopen en de loopafstand bij heup- en/of knieartrose. De individuele doelen van de patiënt bepalen de keuze tussen deze vragenlijsten.

Voor de ICF-domeinen 'omgevingsfactoren' en 'persoonlijke factoren' wordt de informatie verkregen via de anamnese.

Afronden van de behandeling en nazorg

Zodra de behandeldoelen zijn behaald, wordt de behandeling afgerond, waarbij de fysiotherapeut de patiënt onder andere tips kan geven over het handhaven van een adequaat niveau van lichamelijke activiteit in het dagelijks leven of de patiënt kan begeleiden bij het doorstromen naar een reguliere beweeg- of sportactiviteit, al dan niet specifiek voor mensen met reumatische aandoeningen, zoals Thai Chi, Nordic Walking, 'Sportief Wandelen' (www.sportiefwandelen.net) 'Bewegen is Plezier' (www.bewegenmetplezier.nl) of 'Meer Bewegen voor Ouderen' (<http://www.mbvo-amsterdam.nl>). In dit kader kan overwogen worden om aan het eind van de behandeling de frequentie te verminderen en de patiënt de gelegenheid te geven om ervaring op te doen met een ander beweegaanbod en dit te kunnen bespreken met de fysiotherapeut.

De literatuurreferenties kunnen opgevraagd worden bij de auteur. ●

Correspondentieadres

De heer W.F.H. Peter, Leids Universitair Medisch Centrum, Afdeling Reumatologie (C1-R) Postbus 9600, 2300 RC Leiden, w.f.h.peter@lumc.nl of w.peter@janvanbreemen.nl

Intercollegiaal overleg

kwaliteit of gezelligheid?

In juli 2008 heb ik de verkorte leerroute Bachelor gedaan. Tijdens het Bachelortraject merkte ik dat de professionaliseringslag die ik maakte op de opleiding, onvoldoende aansloot bij de IOM-groep waar ik deel van uitmaakte. Een gemiste kans. Juist tijdens die IOC/IOM-bijeenkomsten kun je als oefentherapeut met elkaar werken aan verdere verdieping van het vak oefentherapie en van elkaar leren. Althans dat zou de doelstelling moeten zijn. Na het behalen van mijn Bachelor heb ik dan ook besloten daar iets mee te doen.

Samen met twee andere oefentherapeuten (toen nog Bachelor in opleiding) heb ik besloten een nieuw IOM op te starten, die we BIOM (Bachelor Intercollegiaal Overleg Mensendieck) noemden. Als leidraad hebben we de kwaliteitseisen van het Intercollegiaal Overleg erbij gepakt.

*Auteur:
Annemiek
van der Kamp*



In dit artikel wil ik u graag vertellen hoe we dit hebben aangepakt, tegen welke problemen we zijn aangelopen en welke veranderingen er gaandeweg plaatsvonden in onze BIOM. Door middel van dit artikel hoop ik u te stimuleren en enthousiast te maken om de kwaliteit van uw IOM/IOC ook eens onder de loep te nemen.

De start

Probleemstelling

De kracht van een IOM is de directe mogelijkheid van informatie uitwisseling tussen collega's uit hetzelfde werkveld. In onze IOM kwamen we elke zes tot acht weken bij elkaar om bij te praten en om laatste nieuwtjes uit te wisselen. Agendapunten, maar ook ideeën werden doorgenomen of eventueel een casus. De achterliggende gedachte van intercollegiaal overleg is prima, maar wanneer de informatie uitwisseling slechts bestaat uit het gezellig bijpraten of om de laatste nieuwtjes uit te wisselen aangevuld met iets inhoudelijks, dat voelt niet goed. Zo zijn er professionele, meer fanatieke IO-groepen, maar zeker ook IO-groepen die het allemaal wat minder serieus nemen. Wij behoorden tot die laatste groep.

Er zat m.i. vaak weinig lijn in de vergaderingen, die weinig nieuwe informatie opleverden en nauwelijks iets toevoegden aan de praktijkvoering. De tijden veranderen, steeds meer oefentherapeuten gaan zich specialiseren en iedereen kiest daar geleidelijk aan zijn weg in. Een tijd van veranderingen en nieuwe ontwikkelingen in ons vak vraagt om nieuwe overlegorganen, om collega's met dezelfde vraagstukken, interesses en ontwikkelingsdoelen. Ik koos voor het opzetten van een BIOM die je stimuleert om meer uit jezelf en uit je praktijkvoering te halen.

Doelstelling

In eerste instantie is er gekozen voor het raamwerk Bachelortraject.

Een samenstelling van een groep collega's die het initiatief al hebben genomen of van plan zijn om het vierde jaar HBO-opleiding Oefentherapie Mensendieck te gaan doen. De keuze voor het Bachelortraject kan voor iedereen anders zijn maar vormt wel de basis van deze nieuwe IOM; de BIOM.

De BIOM zal zich in eerste instantie gaan richten op de veranderingen en ontwikkelingen die wij als oefentherapeut momenteel doormaken. De BIOM zal een stimulans moeten zijn om informatie, adviezen en ervaringen uit te wisselen, zoals vakinhoudelijke problemen, de laatste ontwikkelingen in de praktijkvoering, onderhandeling/communicatie-technieken en PR-processen.

Met de Bacheloropleiding als basis willen we met de start van de BIOM toewerken naar een versterking van de markt/onderhandelingspositie van de oefentherapeut. Verder gaat het om ontwikkelen van beroepskwaliteiten, om met nieuwe prikkelingen en ideeën van elkaar te leren en daar profijt van te hebben in je praktijkvoering.

In een arbeidsmarkt, waar steeds meer sprake zal zijn van toenemende concurrentie en versnippering van (para)medische belangen, waarbij de grenzen van de werkterreinen steeds meer vervagen, denk aan fysiotherapie en ergotherapie maar ook aan sportscholen, yoga-instituten en diverse gymclubjes, is het domein bewegen niet langer voorbehouden aan de eerste lijn. Het is juist nu van groot belang je sterk in deze markt neer te zetten en daar heb je als solist een professionele basis voor nodig die je kan voorzien van informatie, adviezen en die, indien nodig, een stimulerende rol kan hebben.

Wat gaan we doen?

De BIOM maakt gebruik van een activiteitenkapstok. Activiteiten die de

verschillende groepsleden gaan inbrengen en die besproken zullen gaan worden.

Een greep uit deze activiteiten;

- Informatie uitwisseling uit eigen praktijk en werkring
- Verzamelen van nieuwe informatie/informatiebronnen en ontwikkelingen
- Het werken aan problemen, ook als die op het persoonlijke vlak liggen
- Elkaar ondersteunen en stimuleren bij nieuwe ontwikkelingen
- Samenwerkingsverbanden opzetten, uitbreiden, nieuwe processen bij multidisciplinaire samenwerking aanpakken
- Tips en adviezen uitwisselen op het gebied van PR en marketing
- Samenwerken bij processen als kwaliteitsverbeteringen (HKZ), toets-indicatoren en verdere certificering
- Het verwerven van inzichten in eigen handelen en het vervolgens genereren van nieuwe alternatieven

Mijlpalenplan

Tijdens de opzet van de BIOM zijn we stapsgewijs aan de slag gegaan:

Stap 1: Samenstelling van de basisgroep

Stap 2: Aan welke voorwaarden moet een nieuw groepslid voldoen om deel te kunnen nemen aan deze nieuwe BIOM?

Stap 3: Welke doelen heeft de groep voor ogen en hoe denkt de groep ze te kunnen bereiken?

Stap 4: Inventariseren van individuele leerdoelen

Stap 5: Bijeenkomst organiseren met mogelijkheid te brainstormen over de ingezette route

Stap 6: Data vaststellen, communicatiemogelijkheden bespreken en vergaderlocatie vastleggen

Stap 7: Evalueren; belangrijk om niet in dezelfde fouten te vervallen als bij voorgaande IOM-groepen. Tussentijdse evaluatie na ongeveer zes maanden en eventueel bij nieuwe ontwikkelingen aanpassingen doorvoeren.

Werkwijze

Wat is belangrijk?:

- Een vaste kern van groepsleden
- Vrijwillige deelname aan de vergaderingen
- Helderheid over de gekozen doelen en manier van aanpak
- Duidelijke agenda die vooraf per mail wordt verstuurd. De verzending vindt plaats door degene die bij de vorige vergadering notulist was
- Ieder lid is bij toerbeurt notulist tijdens een vergadering
- Vertrouwelijkheid
- Ruimte voor nieuwe ontwikkelingen en experimenten
- In een omgeving van veiligheid en wederzijds vertrouwen wordt er naar elk lid geluisterd en onduidelijkheden worden direct bespreekbaar gemaakt
- Wederzijds respect bij een werkklimaat waarin we elkaar willen steunen en stimuleren om op een hoger niveau te kunnen/willen functioneren in de eigen werkomgeving

Duur en frequentie

Het nastreven van wat we ons als doel gesteld hebben via het houden van gestructureerde vergaderingen moet een prioriteit van deze groep zijn. Om verzanding en vervaging van verschillende doelstellingen te voorkomen is regelmatig contact absoluut nodig. Een bijeenkomst duurt circa 2 uur en er zijn duidelijke afspraken over locatie en tijd.

Er is een agenda, er wordt genotuleerd en geëvalueerd en de doelstellingen worden, als dat nodig is, bijgesteld.

Communicatie

Daarnaast blijft een goede communicatie via e-mail, telefoon of skype belangrijk. Vooral in de periode tussen 2 vergaderingen.

Om een open communicatie te houden en te behouden, maken we zoveel als mogelijk gebruik van de zgn. feedback regels.

Halverwege

Evaluatie na een half jaar

Wat hebben de deelnemers geleerd van de bijeenkomsten?

De kracht van deze BIOM-bijeenkomsten is de directe mogelijkheid van informatie uitwisseling tussen collega's uit het zelfde werkveld. Om de zes/ acht weken bij elkaar komen om de laatste nieuwtjes uit te wisselen. Agendapunten of eigen ideeën worden doorgenomen. De professionaliseringslag moet nog gemaakt worden.

Deze BIOM-bijeenkomsten stimuleren al wel om meer uit jezelf en de praktijkvoering te halen.

Succesfactoren

Iedereen gaat met plezier naar de BIOM-bijeenkomsten. Het is een fanatieke groep, waardoor we allemaal worden gestimuleerd (of indien nodig afgeremd).

Knelpunten

De knelpunten die naar voren komen/ kunnen komen worden direct besproken. Communicatie (vnl. via e-mail) is hierbij het belangrijkste onderwerp.

Conclusie

Na 1 jaar BIOM!

Wat vinden de begeleiders van de bijeenkomsten?

Het is een zeer mager jaar geweest, als we het hebben over concrete acties en resultaten.

Er is veel besproken, er zijn veel ideeën voorbij gekomen, maar die zijn niet geconcretiseerd. Er mist diepgang, waardoor er onvoldoende handvatten zijn om er mee aan de slag te kunnen. Zowel in de vergadering als in de notulen mist structuur door het ontbreken van een adequate vergadertechniek.

Wat hebben de deelnemers geleerd van de bijeenkomsten?

Volgens de BIOM-leden zijn de doelstellingen van 2010 allemaal aan de orde geweest maar niet behaald. De onderwerpen zijn weliswaar besproken maar te weinig uitgediept. Daardoor blijven de onderwerpen teveel in het vage hangen en worden er te weinig concrete resultaten geboekt. De inzet van de leden van BIOM was wisselend en weinig concreet. De vergadertechnieken worden voldoende toegepast volgens de leden van de BIOM. Er wordt te vaak afgeweken van het onderwerp. De notulen maken pijnlijk duidelijk dat de vergadering vaak oppervlakkig verloopt en diepgang mist.

De inzet van de BIOM-leden is wisselend. De één geeft aan voldoende actief te zijn geweest, terwijl de ander aangeeft passief te zijn geweest. Ook willen leden zich best meer inzetten, maar geven aan teveel op het bord te hebben.

Succesfactoren

- Kunnen delen van struikelblokken, beroepsinhoudelijke vragen en ergernissen
- Bespreken van lopende zaken
- Doorzetten en proberen diepgang in de vergaderingen van de BIOM te krijgen
- Onderling contact en groeiend vertrouwen tussen de BIOM-leden

Knelpunten

- Afdwalen van de oorspronkelijke doelen
- Onvoldoende productief
- Toepassen van het besprokene blijft achterwege
- BIOM-leden met de gedachte niet volledig bij BIOM

Hoe nu verder?

Om meer diepgang én meer structuur in de BIOM-bijeenkomsten te bewerkstelligen, hebben twee BIOM-leden de IOC/IOM scholing gevolgd bij de VvOCM. Dit heeft duidelijkheid gebracht; we weten nu hoe we (een aantal) van onze knelpunten kunnen aanpakken.

Kortom: de BIOM handelt onvoldoende methodisch. Er moet meer gebruik worden gemaakt van de beschikbare instrumenten voor IOC/IOM. Tevens moet er voor elk onderwerp een implementatieplan worden bijgehouden/ nagestreefd. Op deze manier komt er hopelijk meer diepgang in de BIOM-bijeenkomsten. Dan kunnen onderwerpen beter worden uitgediept en uitgewerkt. Hierdoor zijn ze beter te implementeren. De kwaliteitsinstrumenten waar ik op doel zijn te vinden op het Beweegplein.

Om de kwaliteit van de BIOM-bijeenkomsten vervolgens vast te blijven houden, willen we de BIOM-bijeenkomsten laten accrediteren bij de Stichting ADAP. De Stichting ADAP bewaakt de kwaliteit van de BIOM en kan de BIOM van een kwaliteitskeurmerk voorzien. De BIOM-bijeenkomsten moeten dan aan een aantal toetsingscriteria voldoen (die terug te vinden zijn op de website van stichting ADAP).

Voor het komende jaar gaan we, in overleg met de BIOM-leden, ons richten op een aantal speerpunten. Dit jaar zijn dat de praktijkvoering (professionele uitstraling, de gang van zaken met de zorgverzekeraars, PR, activiteiten gerelateerd aan de praktijk in goede banen leiden), maar we gaan ons ook bezighouden met kwaliteitsverbetering, zowel beroepsinhoudelijk als in de praktijkvoering. Denk hierbij aan de bij- en nascholing en het kwaliteitsjaarverslag. En we gaan ons bezighouden met beroepsinhoudelijk zaken, zoals casuïstiek, innoveren en wetenschappelijke ontwikkelingen.

Kennis delen is en blijft de basis van onze BIOM.

En met het gebruik van de juiste meetinstrumenten (deze zijn terug te vinden op het beweegplein) zal de BIOM een succes moeten gaan worden.

We hopen op een succesvol jaar 2011 met onze BIOM. ●

Minder medicijngebruik, minder arbeidsverzuim, minder klachten

Meer grip op het eigen leven door het (h)erkennen van factoren die stress veroorzaken en daar beter mee om kunnen gaan, minder psychosomatische klachten, minder arbeidsverzuim, minder medicijngebruik. In 15 praktijken oefentherapie zijn van 183 patiënten via een webbased registratiesysteem gegevens verzameld en deze zijn geanalyseerd door het NPi. Ook drie maanden na afsluiten van de behandeling bleken de positieve effecten behouden. De therapeuten bleken zonder meer die interventies toe te passen waarvan ook in de literatuur is bewezen dat deze effectief zijn bij deze patiëntencategorieën. De vraag of psychosomatische oefentherapie aantoonbaar helpt is vaak gesteld en heeft nu een antwoord gekregen via dit onderzoek, opgezet in nauwe samenwerking tussen NPi, VvOCM en Platform PSOT.

Stress geeft niet alleen 'gejaagdheid in je hoofd', maar leidt vaak tot allerlei fysieke klachten en symptomen. Bij diagnoses als spanningshoofdpijn, stressgerelateerde lagerugpijn, chronische pijnklachten, fibromyalgie, overspanning/burn-out, hyperventilatie bij angst- en panieklachten wordt veelal samenhang met stress vermoed. Het gaat dan om fysieke ongemakken waarvoor geen duidelijke medisch-pathologische oorzaken te vinden zijn. Maar, duidelijke medisch-pathologische oorzaken of niet, de patiënten kampen met pijn, beperkingen in hun dagelijkse activiteiten en met participatieproblemen. Zij voelen zich vaak niet begrepen door behandelende artsen en andere hulpverleners, die zulke klachten benoemen als 'psychosomatisch' of 'stress'. De verwijzing door de huisarts naar GGZ of de (eerstelijns) psycholoog of psychiater stuit vaak op weerstand: "Ik voel het toch in mijn lijf, ik ben niet gek."

Oefentherapeuten en fysiotherapeuten die zich hebben geschoold in de behandeling van dergelijke klachten herkennen en behandelen deze patiënten. Deze problematiek vraagt om een andere benadering dan bij patiënten met klachten die niets met stress te maken hebben. De Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM) heeft een verzoek ingediend bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om de prestatie psychosomatische oefentherapie vast te stellen. Momenteel is dit verzoek bij de NZa in behandeling.

In dit kader heeft het NPi in 2010 een systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd naar bewezen effecten van interventies die veelal in de psychosomatiek worden toegepast. Daarnaast zijn in een pilotonderzoek geanonimiseerde behandelgegevens verkregen

van 183 patiënten, met 'informed consent'. Deze gegevens zijn aangeleverd door 15 psychosomatisch werkende oefentherapeuten verspreid over Nederland.

Onderzoeksvragen

Twee parallel lopende onderzoeksvragen zijn opgepakt:

1. Wat is vanuit de literatuur bekend over effecten van interventies die ook door oefentherapeuten en fysiotherapeuten worden toegepast bij patiënten met stressgerelateerde klachten?
2. Hoe zijn de patiënten die in de praktijk bij een psychosomatisch oefentherapeut worden behandeld te kenmerken en wat zijn de uitkomsten van de behandeling?

Resultaten literatuuronderzoek en praktijkonderzoek Psychosomatische Oefentherapie

Auteurs: Dorine van Ravensberg, Lonneke van Berkel, Sylvia van den Heuvel, Marlous Buining, Ria Wams

Uitkomsten literatuuronderzoek

De vraag naar wat bekend is vanuit de literatuur over effecten van gangbare interventies bij patiënten met stressgerelateerde klachten is beantwoord met een systematisch literatuuronderzoek dat is uitgesplitst in een vijftal patiëntencategorieën (zie hierna). Samengevat is de uitkomst van dit literatuuronderzoek:

- Voor patiënten met **fibromyalgie** is aangetoond dat gesuperviseerde aerobe training en een meervoudige (samengestelde) behandeling inclusief cognitieve gedragstherapie effectief zijn. Ook is het aannemelijk dat Mindfulness Based Stress Reductie (MBSR) depressieve symptomen kan verminderen,



Minder medicijngebruik, minder arbeidsverzuim, minder klachten



• Voor patiënten met **overspanning en burn-out** is het aangemerkelijk dat cognitief gedragsmatige interventies en ontspanningstraining de klachten verminderen; in mindere mate geldt dat ook voor MBSR-training.

Uitkomsten patiëntgericht onderzoek

De vraag naar hoe de patiënten van de psychosomatisch oefentherapeut zijn te kenmerken en wat de uitkomsten van de behandeling zijn is beantwoord door een onderzoek met herhaalde metingen: bij de start van de behandeling, bij afsluiting en 3 maanden na afsluiting van de behandeling. Uitkomsten zijn vastgelegd met zes gevalideerde meetinstrumenten die standaard door de psychosomatisch oefentherapeut worden gebruikt (zie Kader 1).

Kenmerken van de patiënten

De gemiddelde leeftijd van de 183 patiënten is 40,6 jaar; de verhouding man-vrouw is respectievelijk 19,7% en 81,5%. De patiënten zijn als groep relatief hoog opgeleid: 35,0% heeft hoger beroepsonderwijs of wetenschappelijk onderwijs genoten; 41,0% heeft een MBO-opleiding. Het grootste deel van de patiënten (68,3%) heeft betaald werk waarvan 56% voor meer dan 28 uur per week; gemiddeld werken zij 29,6 uur per week; 44,0% van de werkenden heeft zich in de voorafgaande 4 weken ziek gemeld (arbeidsverzuim).

De gezondheidsproblemen van de patiënten zijn ingedeeld als 'stressgerelateerde klachten' (48,7%), 'overspanning / surmenage en burn-out' (25,1%) en 'angst- en panieklachten met hyperventilatie' (24,0%).

Ruim de helft van de patiënten (53,0%) gaf aan dat de huidige gezondheidsproblemen recideerden of chronisch aanwezig waren, en van deze groep was bijna iedereen (96,9%) eerder behandeld: 41,5% door een psycholoog, 51,1% door regulier werkende fysio- of oefentherapeuten, 21,3% door verschillende andere disciplines waaronder bijvoorbeeld psychiaters en alternatieve genezers, 8,5% door psychosomatisch werkende fysio- of oefentherapeuten en 3,2% door maatschappelijk werk. Bijna 32% slijkt medicijnen in verband met de huidige klachten. Het is goed om deze gegevens in het achterhoofd te houden bij het lezen van de uitkomsten van dit onderzoek: het

gaat hier voor een groot deel om patiënten met gezondheidsklachten die blijven voortduren ondanks eerder verkregen zorg.

Interne en externe stressoren

De psychosomatisch oefentherapeuten besteden in hun anamnese en patiënteducatie uitgebreide aandacht aan de factoren die stress opwekken bij hun patiënten. Daarin onderscheiden zij externe stressoren: factoren van buitenaf, en interne stressoren: factoren die vanuit de patiënt zelf komen.

De top-3 van externe stressoren bij de patiënten zijn stressoren gerelateerd aan dagelijkse bezigheden als huishouden, arbeid, sport of opleiding (61,7%), 'gezinsomstandigheden' (38,3%: partner, kinderen) en 'familieomstandigheden' (36,1%).

Meer dan de helft van de patiënten gaf aan dat er, naast de actuele stressoren, ernstige stressoren zijn uit het verleden die nog steeds opspelen.

De interne stressoren worden benoemd naar cognities, emoties en gedrag.

De top-3 van disfunctionele cognities: 'moestisme': het gevoel van alles zelf moeten doen, snel klaar moeten hebben (56,8% van de patiënten), een negatief zelfbeeld (45,4%) en onjuiste, herstelbelemmerende opvattingen over de ervaren gezondheidsproblemen (25,7%). De top-3 van disfunctionele emoties: ingehouden emoties als faalangst, boosheid (54,6%), een overmatig verantwoordelijkheidsgevoel (51,9%) en weinig zelfvertrouwen (42,6%). De top-3 van disfunctioneel gedrag: te weinig assertiviteit (62,3%), perfectionisme (55,2%) en zichzelf forceren of 'roofbouw plegen' op zichzelf (53,6%).

Behandeling

Zie Kader 2 voor een overzicht van de inhoud van de verschillende behandelvormen. 'Therapeutisch lichaamswerk' (95,1%) werd het meest frequent toegepast, gevolgd door 'Cognitieve gedrags-

Kader 1 Overzicht van de in het pilotonderzoek gebruikte meetinstrumenten.

- Vierdimensionale klachtenlijst (4-DKL),
- SF36/RAND 36 (algemeen functioneren en gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven),
- VAS-klachten (ernst van de hoofdklacht),
- Meetlat Algemeen Functioneren (MAF; beoordeling door patiënt van zijn algemeen functioneren),
- Maslach Burnout Inventory (MBI; symptomen van burn-out),
- Nijmeegse Hyperventilatielijst (NHL; ernst hyperventilatiesymptomen).

De MBI en NHL worden alleen afgenomen bij vermoeden van een burn-out of hyperventilatieproblemen.

therapie' (92,9%), 'Psycho-educatie' (82,5%) en 'Taakgerichte hulpverlening' (78,1%). Patiënten kregen verschillende combinaties van deze behandelvormen. Dit komt overeen met wat in de literatuur bewezen effectief is. Gemiddeld werden 10,2 behandelzittingen gegeven.

Situatie bij afsluiten van de therapie en drie maanden later

Bij het afsluiten van de therapie en ook drie maanden daarna was de gezondheidstoestand van de patiënten als volgt:

- De scores op alle gebruikte meetinstrumenten bleken significant te zijn verbeterd, het merendeel met een klinisch relevant verschil van 30%;
- Bij 84,7% van de patiënten gaf de therapeut aan dat het behandelgoal was bereikt;
- Bij het afsluiten van de behandeling gaf bijna 90% van de patiënten aan dat de gezondheidsproblemen sterk waren verminderd; slechts één patiënt (0,5%) gaf géén vermindering van klachten aan; de overigen noemden de ervaren verbetering 'matig' of 'licht'. En nog mooier: bij de meting drie maanden na het afsluiten van de behandeling gaven bijna alle patiënten (180 van de

183) aan dat de gezondheid nog verder was verbeterd of stabiel was gebleven. Slechts drie patiënten (1,6%) gaven aan dat zij na afsluiting van de behandeling weer iets meer klachten hadden gekregen;

- Het arbeidsverzuim bleek significant te zijn afgenomen zowel wat betreft het gemiddelde aantal verzuimde uren per week. De patiënten gingen weer (meer) aan het werk in de loop van de behandeling en ook na afloop van de behandeling daalde het arbeidsverzuim (zie Figuur 1 en Figuur 2);
- Eenzelfde beeld van verbetering is te zien in afname van het medicijngebruik voor de stressgerelateerde klachten (zie Figuur 3).

De visuele weergave van de scores op de meetinstrumenten toont de verbetering van de totale groep op de drie verschillende meetmomenten: zie Figuur 4.

Oefentherapeut of psycholoog

Door het literatuuronderzoek is duidelijk welke interventies bewezen effectief zijn bij patiënten met de genoemde psychosomatische klachten

en aandoeeningen. Deze interventies kunnen door verschillende disciplines worden toegepast. De psycholoog wordt relatief vaak ingeschakeld bij dergelijke klachten. De psycholoog beschikt over specifieke competenties zoals het stellen van psychologische diagnoses, het uitvoeren van specifieke psychologische tests en andere vormen van diagnostiek, en het voorschrijven of aanbevelen van medicatie. Bij behandeling van de patiënt en bij de inventarisatie van de problematiek volgt de psycholoog uit de aard van zijn competenties een psychologische benadering.

De ingang van de probleeminventarisatie door de psychosomatisch oefentherapeut is in eerste instantie voor een groot deel vanuit het lichamelijk / bewegend functioneren en de problemen die de patiënt daarin ervaart.

Kader 2. Psychosomatische oefentherapie en de verschillende vormen van interventies.

De psychosomatisch oefentherapeut (PSOT) richt zich op het opsporen, bewerken en neutraliseren van psychosociale oorzaken achter stressgerelateerde (lichamelijke) klachten, met als doel de klachten te verminderen en de patiënt te leren omgaan met stressvolle gebeurtenissen.

De PSOT volgt daarin de verschillende stappen van het methodisch handelen waarin het klinisch redeneren een belangrijke plaats inneemt. Het identificeren van externe, omgevings- en werkgerichte stressoren en van interne stressoren - zoals disfunctionele opvattingen/cognities, emoties en gedrag van de patiënt - is essentieel voor diagnose en behandeling, naast het reguliere oefentherapeutische onderzoek naar de lichamelijke aspecten van de klachten. Voor de indicatiestelling volgt de oefentherapeut de 'beslisboom PSOT', waarbij de uitkomsten van een specifieke set van diagnostische en evaluatieve meetinstrumenten leidend zijn. De PSOT-diagnose vormt de basis voor het behandelplan, waarin de doelen samen met de patiënt worden geformuleerd. De psychosomatisch oefentherapeut hanteert een viertal specifieke interventies:

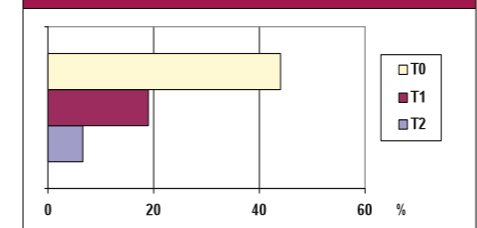
I *Therapeutisch lichaamswerk* met onder andere Ontspanningstherapie, Ademtherapie en vaak ook Mindfulness Based Stress Reductie.

II *Psycho-educatie* zoals het geven van informatie en voorlichting over het ontstaan van stress en de samenhang tussen emoties, stress en klachten en het adviseren en begeleiden van de patiënt in het omgaan met problemen, emoties en klachten en het verdelen van de energie over de dagelijkse taken.

III *Cognitieve gedragstherapie* met technieken zoals cognitieve herstructurering en re-labeling, herconditionering en assertiviteitstraining.

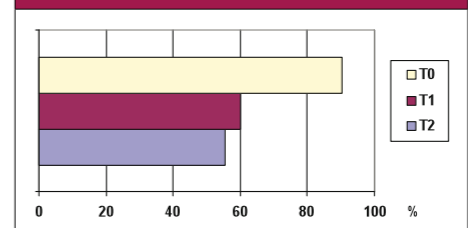
IV *Taakgerichte hulpverlening*: het stellen van doelen en taken, geven van opdrachten en het opstellen van stappenplannen die de patiënt moet uitvoeren ter oefening in het effectief leren omgaan met problemen.

Figuur 1
Percentage patiënten met arbeidsverzuim van degenen met betaald werk.



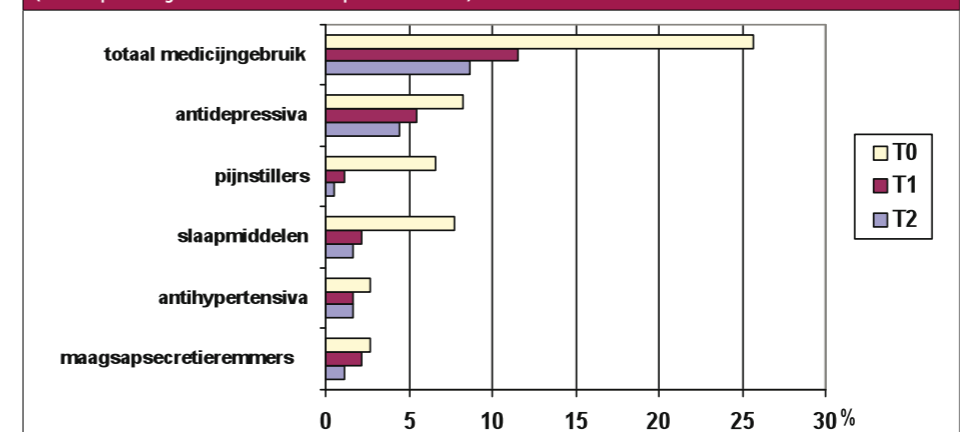
(Gemiddeld Arbeidsverzuim over 4 weken voorafgaand aan de metingen; dus bij T0 het gemiddelde verzuim over de 4 weken voor de eerste behandeling, bij T1 gemiddeld over 4 weken voor afsluiting van de behandeling, en bij T2 het gemiddelde verzuim over ongeveer 9-13 weken na afsluiting van de behandeling.)

Figuur 2
Percentage arbeidsverzuim: aantal uren verzuim (in uren) ten opzichte van de reguliere werktijd (in uren). Dit geldt alleen voor patiënten met arbeidsverzuim (T0 n=55, T1 n=23, T2 n=8).



(Gemiddeld arbeidsverzuim over 4 weken voorafgaand aan de metingen; zie uitleg bij Figuur 1).

Figuur 3
Medicijngebruik voor psychosomatische klachten op drie meetmomenten: totaal en per soort medicatie (alles als percentage van het totale aantal patiënten: n=183).



Minder medicijngebruik, minder arbeidsverzuim, minder klachten

De oefentherapeut gaat daarnaast uitgebreid in op de stressoren die ten grondslag zouden kunnen liggen aan de klachten.

Sommige patiënten zijn overgevoelig voor de suggestie dat hun klachten gerelateerd zijn aan psychologische factoren, en zij willen zich niet laten behandelen door GGZ of psycholoog. Het 'voordeel' van de psychosomatische therapeut is dat deze het dagelijks bewegend functioneren als aangrijpingspunt voor de behandeling neemt en daarbij cognitief gedragsmatige principes hanteert. Dit zullen sommige patiënten eerder accepteren dan een behandeling bij GGZ: zij hebben immers klachten over hun bewegend functioneren. Naast de

belangrijke cognitief gedragsmatige interventies zijn graded exercise, aerobe training, spierversterkende oefeningen, ademtraining en ontspanningstraining in de literatuur aangeduid als effectieve interventies voor deze patiëntencategorieën. Dit soort interventies zijn bij uitstek het terrein van de oefentherapeut of fysiotherapeut, en deze werden toegepast in combinatie met cognitief gedragsmatige – en andere interventies.

Uit het patiëntgerichte onderzoek blijkt dat de psychosomatische oefentherapeut de minder complexe patiënten vanuit de onderscheiden diagnosegroepen behandelt, conform de 'beslisboom voor indicaties psychosomatisch oefentherapeut'.

Expertise van psychosomatisch oefentherapeut: voorwaarde voor verantwoorde behandeling

De expliciete aandacht die de therapeuten geven aan de interne en externe stressoren in de anamnese en in het behandelproces vereist een patiënt die in staat is om zijn eigen situatie en gevoelens goed te analyseren en te reflecteren op gebeurtenissen en zijn of haar reactie daarop. De therapeuten moeten goed zijn opgeleid in het hanteren van de meetinstrumenten en in de behandelvormen.

Conclusie

Dit onderzoek geeft een stevige onderbouwing vanuit zowel de literatuur als uit een patiëntgericht onderzoek van de effectiviteit van de behandeling, zoals die door psychosomatisch werkende oefentherapeuten wordt toegepast. De uitkomsten in termen van het realiseren van de behandoelen, het zeer sterk en klinische relevant verbeteren van de scores op de meetinstrumenten, het significant verminderen van het arbeidsverzuim en van het medicijngebruik met betrekking tot de psychosomatische klachten zijn zonder meer uitstekend te noemen.

Dit hangt zeker samen met het gebruik van de beslisboom waarmee een goede indicatiestelling wordt gerealiseerd. Niet alle patiënten met psychosomatische klachten hebben een indicatie voor psychosomatische oefentherapie: via de PSOT-beslisboom wordt duidelijk welke patiënten problematiek hebben die door de psychiater of psycholoog moet worden behandeld. Patiënten met stressgerelateerde klachten als slapeloosheid, depressiviteit of angststoornissen die géén fysieke klachten hebben komen niet in aanmerking voor psychosomatische oefen- of fysiotherapie. ●

Met dank aan alle patiënten voor het geven van informed consent voor gebruik van hun (geanonimiseerde) gegevens.
Met dank aan de registrerende oefentherapeuten: A. Breukers (Roermond), J.G.M. Buskermolen (Aalsmeer), A. Buurman (Opeinde), D.M. van Gils-Harkmans (Heerhugowaard), M. Kaptein (Amsterdam), H. Koopmans (Hippolytushoef), M. Kwetters (Veenendaal), W.K. Ligtermoet (Den Helder), M.C. de Lint (Lent), R. Molenaar (Wolvega), R. Pöpping (Eerbeek), E. Smeeten (Varsseveld), F. van den Wijngaard (Winschoten), F.G. Versteeg (Borne) en M.S.H. Wortman (Warmenhuizen).
Met dank aan mw. F.G. Versteeg, dhr. M.M. Klaver en dhr. K. Meijer voor hun inbreng bij het ontwikkelen van het registratieformulier voor het patiëntgericht onderzoek.

Oefentherapie en

neurorevalidatie

Op de toppen van je kunnen

Auteur: Saskia van der Drift
sdrift@hotmail.com

Om een inzicht te geven waarom ik dit stuk schrijf, wil ik mijzelf kort introduceren.

Mijn doel bij het beginnen van de opleiding oefentherapie Cesar was om me in de richting van de neurorevalidatie te specialiseren. Direct na het afstuderen ben ik bewegingswetenschappen aan de Vrije Universiteit Amsterdam gaan doen. Twee jaar na het behalen van mijn diploma oefentherapie Cesar had ik eindelijk de baan waar ik voor gestudeerd had: op de revalidatie/stroke afdeling van een verpleeghuis. Na een half jaar kreeg ik toestemming van mijn werkgever om de opleiding neurorevalidatie/CVA van het NPi te volgen. Een week voor de opleiding startte kreeg ik ook het fiat van het NPi. Ik ben als eerste oefentherapeut in Nederland bij uitzondering toegelaten tot deze opleiding en hoop door dit artikel de neurorevalidatie meer toegankelijk te maken voor de oefentherapeuten in Nederland.

Het doel

Door dit artikel zou ik de collega oefentherapeuten en de VVOCM attent willen maken op het werkveld dat voor de oefentherapie open ligt. Door het enthousiasmeren van andere oefentherapeuten hoop ik dat we samen meer vorm kunnen geven aan oefentherapie Cesar en Mensendieck in de neurorevalidatie. Voor de opleidingen oefentherapie Cesar / Mensendieck kan dit stuk eveneens een eyeopener zijn om zich sterker te maken in de richting van de neurorevalidatie met betrekking tot het verbeteren van de kennis van pas afgestudeerde studenten en het werven van goede stageplaatsen in instellingen. Het stuk is vooral vanuit het oogpunt van de oefentherapie Cesar geschreven, gecombineerd met mijn visie op bewegingstherapie. Mijn visie is onderbouwd met literatuur en de KNGF-richtlijn die ik tijdens mijn opleidingen bestudeerd heb. Daarnaast vormt ervaring een deel van de onderbouwing van mijn visie.

Mijn werk

Tijdens mijn werk behandel ik patiënten met alle vormen van neurotraumata. Van subacuut (2e tot 4e week na ontstaan) (KNGF richtlijn beroerte, 2006) tot jaren na het CVA. Van zeer complex, gecompliceerd met orthopedische pre-existerende problematieken, tot redelijk eenvoudig waarbij slechts een (basale) functie verminderd is en de patiënt cognitief nog goed functioneert. Ieder CVA, enkele uitzonderingen daargelaten, heeft een combinatie van een fysieke en cognitieve verandering in het functioneren van een persoon tot gevolg. Bij velen zullen de beschrijvingen van patiënten door Oliver Sacks bekend zijn. Bijvoorbeeld

de man die zijn been keer op keer het bed uitgooit omdat dit niet van hem is of de vrouw die haar lichaam niet voelde (Sacks, 1986). Deze beelden kom ik ook regelmatig tegen, maar wel gecombineerd met motorische problemen zoals parese, clonus en spasme. Door de veelzijdigheid aan symptomen heeft iedere patiënt een unieke behandeling nodig die afgestemd is op het (vaak) complexe pathologische beeld. Dit maakt het werk binnen de neurorevalidatie uitdagend en afwisselend. Geen dag is hetzelfde en de samenwerking met de vele disciplines maakt dat het mijn werk in alle facetten levendig houdt. Succes worden afgewisseld met tegenslagen. De vechtlust die mensen hebben om beter te worden is enorm. Soms duurt het een paar weken in verband met de verwerking van het trauma of vanwege andere problemen, maar bijna altijd komt er een soort overlevingsdrang in mensen naar boven. Ter illustratie: een afatische patiënt met flinke parese kwam drie maanden geleden bij mij onder behandeling. Tussen het verdriet van het verwerken en accepteren door, zag ik bij deze man een enorme dosis humor en eigenwijsheid. Toch was het vertrouwen in zijn zelfstandigheid bij mijn collega's minimaal. Inmiddels loopt bij mijn collega's minimaal. Inmiddels loopt meneer zelfstandig en zet hij non-verbaal de afdeling op stelten. Zonder zijn doorzettingsvermogen en maximaal mogelijke therapie had hij dit niet gekund. En dat heeft best wat tranen gekost.

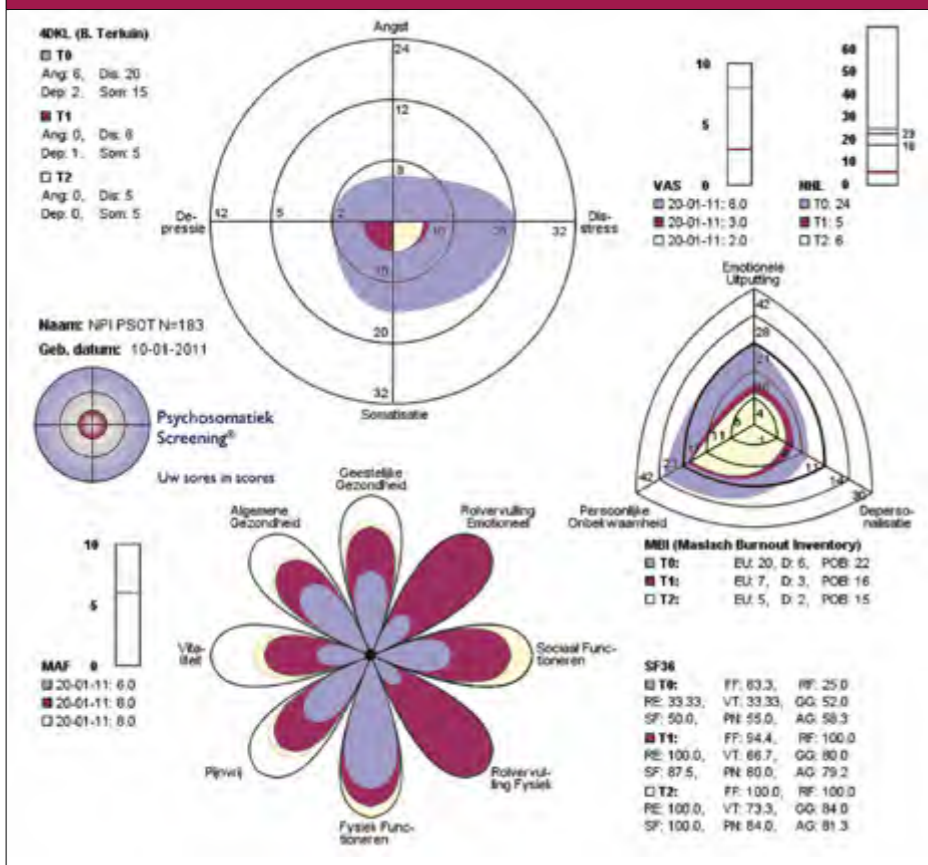
In de optimale situatie zou een patiënt meerdere uren therapie per dag moeten krijgen (Kwakkel, 2006). Helaas is dat binnen het huidige zorgstelsel niet mogelijk. Dit betekent dat de therapietijd, in het geval van de instelling

waar ik werk een half uur per dag, optimaal benut moet worden. Meten en evalueren, behandelplannen opstellen en optimale therapietijden bepalen moeten ervoor zorgen dat de patiënt zo goed mogelijk behandeld wordt. Daarnaast betrek ik de verzorging en familie of mantelzorgers zoveel mogelijk bij de behandeling. Zij kunnen taken overnemen zoals mobiliseren, spasmereductie en eventueel het stimuleren van geforceerd gebruik van de aangedane zijde op basis van de 'constraint-induced movement therapy'.

Het werkveld

Binnen de neurorevalidatie bestaat een scepsis tegenover oefentherapie Cesar en Mensendieck. Deze scepsis heeft naar mijn mening te maken met het idee dat oefentherapie Cesar / Mensendieck over onvoldoende neurologische achtergrond beschikt. Ik merk de onbekendheid met de mogelijkheden van de oefentherapie niet alleen bij verwijzers en instellingen, maar ook bij collega fysiotherapeuten. Tijdens mijn stage in Finland werd mij de mogelijkheid ontnomen om stage te lopen op de neurologieafdeling van het ziekenhuis wegens de onbekendheid met het vak oefentherapie Cesar. Ik was van mening dat, als de opleiding oefentherapie Cesar een beter beroepsprofiel opgesteld had voorafgaand aan de stage, ik wel op deze plek had kunnen werken. Toen ik na het afstuderen ging solliciteren werden mijn (open) sollicitaties allemaal afgewezen. Zelfs geen uitnodiging voor een gesprek terwijl collega-oefentherapeuten onder de indruk van mijn CV waren. Oefentherapie Cesar / Mensendieck profileert zich goed als eerste lijntherapie maar in de intramurale setting is

Figuur 4
Visuele weergave van de gemiddelde scores van de totale groep (n=183) op de meetinstrumenten op de drie verschillende meetmomenten*.



Toelichting van de figuren met de klok mee:

- * Vierdimensionale klachtenlijst (4DKL). De binnencirkel omvat scores die wijzen op normale alledaagse stress, de middencirkel omvat matig afwijkende scores, en de buitencirkel ernstig afwijkende scores. De verkleining van de klachtvlek toont de verbetering op de vier dimensies.
- * VAS-klachten. Meetwaarden van 0 (geen klachten) – 10 (ondraaglijke klachten).
- * Nijmeegse hyperventilatielijst (NHL). Een score >23 punten wijst op een grote mate van zekerheid dat de patiënt lijdt aan hyperventilatie.
- * Maslach Burnout Inventory (MBI). Een burn-out wordt gedefinieerd door een score op de dimensie 'Emotionele uitputting' >21 in combinatie met of een score op de dimensie 'Depersonalisatie' >11 of een score op de dimensie 'Persoonlijke onbekwaamheid' > 17, of met beide.
- * Short Form Health Survey (SF36) / RAND 36. Een hoge score op de verschillende dimensies betekent een betere kwaliteit van leven en een hogere mate van algemeen functioneren dan een lage score ('opbloeien').
- * Meetat algemeen functioneren (MAF). Schaal van 0 (uitermate slecht functioneren) tot 10 (uittmuntend functioneren).



Oefentherapie en neurorevalidatie

de participatie nog ondermaats. Bij overleggen met verwijzers en collega's ben ik continue bezig om mezelf te verantwoorden voor mijn werk. Zij weten vaak niet wat oefentherapie Cesar/Mensendieck kan bieden binnen de neurorevalidatie. Ik zie bij symposia en in de ketenzorg zelden het logo van de VVOCM. Op symposia en tijdens de cursus die ik volg ben ik de enige oefentherapeut Cesar terwijl er voor de beroepsgroep een enorm terrein met werk open ligt. Om deze redenen wil ik mijzelf graag ontwikkelen tot neurorevalidatietherapeut met een oefentherapeutische achtergrond.

Ik ben ook terughoudend in het verwijzen van patiënten naar eerste lijns oefentherapeu-

ten omdat op de site van de VVOCM geen mogelijkheid staat om deze groep patiënten als doelgroep aan te merken. Met de praktijkzoeker van de website <http://www.oefentherapeut.nl> was het mogelijk om de keuzemogelijkheid 'ouderen' in te voeren, echter, iedereen die één oudere per tijdseenheid behandelt of zich in de oudere patiënt wil verdiepen, kan dit werkveld aanvinken. De doelgroep 'ouderen' omvat ook onder anderen osteoporose, reumatische aandoeningen, diabetes, long- en vaatlijden. Omdat ik het belangrijk vind dat de therapie in de eerste lijn optimaal gecontinueerd wordt, verwijs ik mijn patiënten veelal naar een voor mij bekende therapeut of de patiënten blijven onder behandeling via de dagopvang of andere instellingen.

De onoverzichtelijkheid in neurologische kennis is ook een reden dat ik het belangrijk vind dat er meer specialisatiemogelijkheden komen voor oefentherapeuten Cesar/Mensendieck, Ondermeer door middel van de openstelling van de opleiding neurorevalidatie/CVA voor oefentherapeuten Cesar/Mensendieck.

De opleiding: neurorevalidatie/CVA

Sinds 2008 is de eenjarige opleiding Neurorevalidatie/CVA gestart om de resultaten van het onderzoekconsortium 'CVA-lopen' te implementeren in het post-HBO onderwijs voor (para)medici (cursusinformatie www.neurorevalidatie.eu). Het doel van de opleiding is het optimaliseren van de behandeling van mensen met niet aangeboren hersenletsel en in het bijzonder CVA. De cursus is opgebouwd uit drie blokken: de diagnostiek/prognostiek, het behandelen en de evaluatie van de behandeling. Deze drie blokken worden in omgekeerde volgorde aangeboden waardoor de opbouw in de praktijk eenvoudiger toe te passen is dan wanneer er gestart wordt met de diagnostiek. Belangrijke onderwerpen in de cursus zijn het meten en de ADL-vaardigheden zoals lopen, het maken van transfers, wassen en aankleden. De ICF-functies die hieraan ten grondslag liggen worden per cursusdag uiteengezet in de vorm van een casus en een praktijkdeel. De studiedagen zijn uitdagend opgezet, zodat de studenten geprikkeld worden om in hun dagelijks werk de geleerde stof toe te passen. Dit zorgt ervoor dat je alert bent tijdens het werk doordat je elementen uit de cursus herkent en deze in de praktisch handelen kunt toepassen. Daarnaast worden er vijf centrale theoriédagen georganiseerd waarbij gastsprekers uit het wetenschappelijk veld hun kennis met de cursisten delen. Deze dagen bieden wetenschappelijke informatie waar je in het dagelijkse werk baat bij hebt.

De cursusedagen zijn niet op zichzelf staand. Bij iedere bijeenkomst wordt de stof van de vorige bijeenkomst besproken en geëvalueerd. Dit maakt dat je verplicht bent een actieve leerhouding aan te nemen. Deze houding heb je ook nodig voor het portfolio dat opgesteld moet te worden naar aanleiding van de leerdoelen. Ter illustratie een paar praktijkvoorbeelden die aangeven dat ik door de opleiding in staat ben adequater te handelen. Balans is een belangrijk aspect binnen de neurorevalidatie. Voorheen behandelde ik mensen met balansstoornissen op basis van de KNGF-richtlijn 'Beroerte'. Ik gaf hieraan

mijn eigen interpretatie. Tijdens de cursus heb ik minder belastende houdingen en grepen geleerd om voorwaarden-scheppende (ondermeer angst-reducerende) hands-on oefeningen toe te passen. Daarnaast pas ik evidence based-practice oefentherapie toe op basis van actuele wetenschappelijke literatuur.

Een ander voorbeeld: Inzichtelijk werken is een veelgeprezen begrip binnen de (para) medische wereld. Toch is het geen tastbaar begrip. Zonder consensus over het hanteren van meetinstrumenten, zullen de resultaten en conclusies in twijfel te trekken zijn. Door de eerste twee maanden van de opleiding heb ik inzicht gekregen in het gebruik en de hanteerbaarheid van meetinstrumenten en ben ik in staat om efficiënte keuzes te maken tussen de beschikbare verplichte en aanbevolen meetinstrumenten. Daarnaast heb ik binnen het team fysiotherapeuten werkafspraken gemaakt over het gebruik van meetinstrumenten en wordt binnenkort het protocol opgesteld zodat de kwaliteit van het behandelen binnen het team verbeterd kan worden.

Het is waarschijnlijk goed voor te stellen dat het lastig is om je identiteit als oefentherapeut Cesar te behouden binnen een team van fysiotherapeuten. Toch onderscheid ik mij met mijn behandelwijze omdat ik zeer hulpvraag gericht werk als oefentherapeut. De hulpvraag heeft bij mij altijd betrekking op de patiënt, zijn karakter en de omgeving. Het biopsychosociaal model zoals mij in de opleiding aangereikt werd, gebruik ik als uitgangspunt voor het formuleren van behandeldoelen. Ik merk wel dat de grenzen van de oefentherapie en fysiotherapie binnen dit gebied van de revalidatie vervagen. De beide disciplines groeien naar elkaar toe en dat maakt het samenwerken efficiënt en effectief. Oefenstof zoals Marie Cesar aangereikt heeft, gebruik ik in mijn werk weinig. Wel zijn de basisprincipes zoals ritme, totaliteit, paraatheid en efficiënt spiergebruik van belang. Niet omdat het vanzelfsprekend is dat ze gebruikt worden, maar omdat ik continue moet nadenken over hoe ik compensatietechnieken kan aanleren zodat mensen zoveel

mogelijk zelfstandig kunnen functioneren. Het gedrag achter het bewegen is mijn sterke punt binnen het team. Ik laat mijn patiënten zo snel het mogelijk is, meedenken over strategieën en oplossingen voor beperkingen, maar dat is niet altijd mogelijk.

Epidemiologie

Per jaar worden ruim 32.000 mensen in Nederland getroffen door een CVA en er wordt een toename in incidentie verwacht van 30-45% in 2015 (Poos M.J.J.C., 2006). Na ontslag uit het ziekenhuis verblijft 41,3% thuis en wordt 33% opgenomen in een verpleeghuis. Na zes maanden betreft dit respectievelijk 42,5 en 8%. De morbiditeit zes maanden na het CVA bedraagt 26.1% (Nieboer et al. 2005 via Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2009). Dit zijn grote percentages en hieruit kan geconcludeerd worden dat de groep patiënten met een CVA een belangrijke zorgbehoevende groep voor de bewegingstherapie is.

Er zijn twee typen CVA, het ischemische en hemorragisch, oftewel het infarct en de bloeding. Beide hebben schade aan de hersenen tot gevolg. De symptomen zijn zeer sterk afhankelijk van de regio van de bloeding. De bloedvoorziening in de hersenen wordt door diverse vertakkingen vanuit de cirkel van Willis geregeld (zie figuur 1). De arteria vertakken zich vanaf de hals (de a. carotis vertakt zich in de interne en externe carotis) waarna ze bij de cirkel van Willis weer samenkomen om kort daarna weer te vertakken in de a. Cerebri anterior, media en posterior (resp. bloedvoorziening voorste, middelste en achterste deel van het cerebrum). Doordat de informatiestroom in de hersenen procesmatig verloopt, kan niet gesteld worden dat de beschadiging van een bepaald hersengebied automatisch tot bepaalde symptomen leidt, zoals de kenmerken bij fracturen of artrose duidelijker aanwijsbaar zijn. Informatie wordt in de hersenen via miljarden synapsen verwerkt. Indien er een schakel wegvalt, wordt deze door de plasticiteit van het weefsel in veel gevallen weer opgevangen. Maar, bij een grote beschadiging (lesie) is deze opvang door plasticiteit geringer

en zal er een alternatieve route gevormd moeten worden om de informatiestroom toch op gang te houden.

Het herstel verloopt via een grote variatie aan herstelpatronen. Bij het CVA beschadigt een bepaald gebied. Dit wordt de penumbra (letterlijk: herstel van metabolisme in het weefsel rondom het infarct) (Van Delden, et al. 2009) genoemd. Echter, in de directe omgeving van dit gebied vindt ook een verandering plaats. Doordat neuronen geen informatie meer krijgen, verandert de signaalverwerking in dit gebied ook. Dit wordt diaschisis genoemd. De eerste tijd na het CVA is veel functie verloren, maar door spontaan herstel kan een deel van deze functie weer terugkomen (Gharbawie, O.A., Whishaw, I.Q., 2006). Het grootste deel van de patiënten laat spontaan, maar incompleet herstel zien in de acute fase (Kwakkel, et al. 2006). Daarna is er uitsluitend nog sprake van compensatie ten gevolge van ervaring om functies terug te krijgen, de zogenaamde neuro-anatomische reorganisatie (Van Delden, et al. 2009). Naast deze reorganisatie vindt compensatie ook plaats in de uitvoering van bewegingen. Men gaat op een andere manier handelen en bewegen. Shumway-Cook en Woollacott definiëren compensatie als 'een gedragsmatige substitutie, oftewel het aannemen van een alternatieve gedragsstrategie om een taak te volbrengen' (Shumway-Cook & Woollacott, 2007). Dit behoeft niet de meest economische of efficiënte manier van bewegen te zijn. Deze verandering komt tot stand doordat de keten van informatieverwerking via andere gebieden gaat verlopen zoals Van Delden et al. (2009) beschrijven. Daarnaast zal iemand gedragsmatige aanpassingen vertonen (Kwakkel, 2006 citeert Cirstea, 2000 en 2003). Ter illustratie: een man kan de arm en hand vanuit het gleno-humerale gewricht niet meer volgens een vloeiend synergistische beweging volledig extenderen. De persoon compenseert deze tekortkoming door onder meer de rug en schoudergordel bij de beweging te betrekken. Op deze manier wordt het doel toch bereikt.

Hogere cognitieve functiestoornissen kunnen het bewegingsgedrag echter ook sterk

Het doel van de opleiding is het optimaliseren van de behandeling van mensen met niet aangeboren hersenletsel en in het bijzonder CVA



Oefentherapie en neurorevalidatie

factoren, grootte en snelheid van de lesie en genetische factoren. Omgevingsfactoren (exogeen) hebben betrekking op de mate van beweging, verrijking van de omgeving en restricties wat betreft voeding (factoren voorafgaand aan het letsel), en de farmaceutische behandeling (factoren ten gevolge van het letsel) (Chapman & McKinnon, 2000).

Als oefentherapeut draag ik bij in deze multidisciplinaire aanpak door de holistische benadering zoals de oefentherapie deze aanbiedt gecombineerd met mijn visie op basis van kennis uit de diverse stromingen neurorevalidatie. Door middel van de cursus neurorevalidatie/CVA ben ik in staat om de (voornamelijk) hands-off therapie zoals de oefentherapie Cesar / Mensendieck aanbiedt te combineren met hands-on technieken om in alle stadia van het CVA-hersteltraject optimaal te kunnen behandelen.

Oefentherapie in de neurorevalidatie

Sinds decennia wordt fysiotherapeutische oefentherapie binnen de neurorevalidatie als

belangrijk principe voor functieherstel gezien. Binnen de huidige KNGF richtlijn Beroerte wordt oefentherapie zoals de fysiotherapie dit beoogt zelfs als belangrijkste behandelmethode gezien. Waar voorheen diverse revalidatieopvattingen waren (Brunnstrom, NDT, Bobath) die elkaar tegenspreken worden diverse principes uit de stromingen tegenwoordig met elkaar verweven om een optimaal resultaat te bereiken (KNGF richtlijn 2006). De richtlijn pleit voor hands-off technieken zoals oefentherapie. Hesse et al (1998) tonen met hun onderzoek aan dat hands-on technieken onvoldoende bijdragen aan blijvend herstel (Hesse et al, 1998).

Op basis van deze gegevens is het vreemd dat er binnen de oefentherapie Cesar / Mensendieck weinig actie is ondernomen om te integreren in de neurorevalidatie. Deze hands-off therapieën kunnen veel positieve, langdurige effecten bewerkstelligen bij deze patiëntengroep. Zeker als men kijkt naar de gedragsmatige aspecten van de revalidatie. Het bewegingsgedrag is van groot belang omdat de grootste compensatiestrategieën zich op gedragsniveau bevinden (Kwakkel, 2006). ●

Er zijn twee typen CVA, het ischemische en hemorragisch, oftewel het infarct en de bloeding. Beide hebben schade aan de hersenen tot gevolg. De symptomen zijn zeer sterk afhankelijk van de regio van de bloeding. De bloedvoorziening in de hersenen wordt door diverse vertakkingen vanuit de cirkel van Willis geregeld (zie figuur 1). De arteria vertakken zich vanaf de hals (de a. carotis vertakt zich in de interne en externe carotis) waarna ze bij de cirkel van Willis weer samenkomen om kort daarna weer te vertakken in de a. Cerebri anterior, media en posterior (resp. bloedvoorziening voorste, middelste en achterste deel van het cerebrum). Doordat de informatiestroom in de hersenen procesmatig verloopt, kan niet gesteld worden dat de beschadiging van een bepaald hersengebied automatisch tot bepaalde symptomen leidt, zoals de kenmerken bij fracturen of artrose duidelijker aanwijsbaar zijn. Informatie wordt in de hersenen via miljarden synapsen verwerkt. Indien er een schakel wegvalt, wordt deze door de plasticiteit van het weefsel in veel gevallen weer opgevangen. Maar, bij een grote beschadiging (lesie) is deze opvang door plasticiteit geringer en zal er een alternatieve route gevormd moeten worden om de informatiestroom toch op gang te houden.

Bronnen

- Chapman SB & McKinnon L. (2000), 'Discussion of developmental plasticity: factors affecting cognitive outcome after pediatric traumatic brain injury', *Journal of communication disorders*, vol.33(4), pp. 333-44
- Cursusinformatie Neurorevalidatie/CVA. <<http://www.neurorevalidatie.eu/cva>>Viewed 08-01-2010
- Gharbawie OA & Whishaw IQ (2006), 'Parallel stages of learning and recovery of skilled reaching after motor cortex stroke: "oppositions" organize normal and compensatory movements', *Behavior Brain Research*, vol.175(2), pp.249-62
- Hesse, S. (1998), 'Immediate effects of therapeutic facilitation on the gait of hemiparetic patients as compared with walking with and without a cane', *Electroencephalography and clinical neurophysiology*, vol.109, pp.515-522
- Kwakkel, G. (2006), 'Impact of intensity of practice after stroke: Issues for consideration', *Disability and Rehabilitation*, vol.28(13-14); pp.823-830. Citeert Cirstea MC, Levin MF, (2000), 'Compensatory strategies for reaching in stroke', *Brain*, vol.123(Pt5), pp.940-953, en Cirstea MC et al., (2003), 'Arm reaching improvements with short-term practice depend on the severity of the motor deficit in stroke', *Experimental brain research*, vol.152(4), pp.476-488.
- Kwakkel, G, Kollen, B, Twisk, J (2006), 'Impact of time on improvement of outcome after stroke', *Stroke*, vol. 37(9), pp.2348-2353
- Nieboer et al. 2005 via: Franke CL, Wieren S van, Poos MJJC, 2005, 'Welke zorg gebruiken patiënten en wat zijn de kosten?' *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\ Ziekten en aandoeningen\ Hartvaatstelsel\ Beroerte, 19 augustus 2008. viewed: 05-01-2010
- Poos, MJJC, (2006), 'Prevalentie, incidentie, ziekenhuisopnamen en sterfte naar leeftijd en geslacht. Volksgezondheid toekomst verkenning'. Bilthoven: Nationaal Kompas Volksgezondheid, RIVM, 2006
- Van Peppen RPS, et al. (2006), 'KNGF Richtlijn Beroerte' Viewed 20-12-2009 / 08-01-2010 <<https://www.kngfrichtlijnen.nl/index.php?NODE=2004&richtlijn=5>>
- Van Delden, AEQ, et al (2009), 'Comparing unilateral and bilateral upper limb training: The ULTRA-stroke program design', *BMC Neurology* (9:57) viewed 29 december 2009, <<http://www.biomedcentral.com/1471-2377/9/57>>
- Sacks, O 1986, *De man die zijn vrouw voor een hoed hield*, Meulenhoff Informatief New York
- Shumway-Cook, A & Woollacott, MH, 2007, *Motor Control: Translating*

beïnvloeden. Er hoeft geen motorische en/of sensorische uitval aanwezig te zijn om kwalitatief minder goed te bewegen. Neglect en hemianopsie kunnen de motoriek dermate verstoren dat een patiënt niet in staat is om zelfstandig te functioneren.

In de praktijk ben ik dit tegengekomen bij een patiënt met een occipitaal hemorragisch CVA.

Neurorevalidatie

Op basis van het werkveld en het stukje anatomie, kan een inzicht gegeven worden in de neurorevalidatie. Bij neurorevalidatie wordt getracht de gevolgen van Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH) optimaal te herstellen. Dit verloopt via een proces van intensieve therapieën zoals (fysiotherapeutische) oefentherapie, ergotherapie, logopedie, diëtiëk en soms een psycholoog of maatschappelijk werk. Nauwe samenwerking tussen de disciplines is essentieel om de hulpvraag en behandeldoelen optimaal te kunnen beantwoorden (richtlijn beroerte, KNGF, 2006).

Belangrijke onderdelen van de revalidatie hebben betrekking op de balans, uithoudingsvermogen, spierfunctie (kracht, voorkomen/vermindern van contracturen), coördinatie van bewegen (richtlijn KNGF beroerte, 2006). Deze basisprincipes van het bewegen uit zich in de functionele mijlpalen 'liggen', 'zitten' en 'staan en lopen' (KNGF richtlijn beroerte 2006). ADL-gerichte handelingen als (trap)lopen, persoonlijke verzorging, eten en boodschappen doen zijn toepassingen van deze functionele mijlpalen. Per discipline worden de belangrijke aspecten bepaald en zo streeft een team er samen naar om het optimale resultaat te bereiken.

Diverse determinanten hebben invloed op functieherstel. Biologische (endogene) factoren zijn onder meer leeftijd, geslacht, premorbide

Medical kinetics in de markt!

Auteurs:
Ria Mennik en
Tamar Schermer

Gebleken is dat sommige oefentherapeuten Cesar en Mensendieck na de cursus Medical Kinetics Teacher moeite hebben om het bijbehorende product in de markt te zetten. Een afstudeeropdracht was de ideale gelegenheid om uit te zoeken waarom sommigen hier moeite mee hebben en hoe het in de markt zetten van een nieuw product verbeterd kan worden. De aanbevelingen die in dit artikel beschreven worden, zijn ook van toepassing voor oefentherapeuten die de cursus niet hebben gevolgd. Zij zijn tenslotte allemaal ondernemer!
Medical Kinetics is een nascholingscursus voor oefentherapeuten Cesar en Mensendieck. Het oefenprogramma, gebaseerd op driedimensionale bewegingsvormen en op de filosofie van oefentherapie Mensendieck, is bedoeld voor mensen die op een verantwoorde manier aan hun fysieke gezondheid willen werken.

Probleemomschrijving

Tot nu toe heeft het Paramedisch Bij- en Nascholingscentrum in Tilburg ongeveer 60 oefentherapeuten Cesar en Mensendieck opgeleid tot Medical Kinetics Teacher. Het is gebleken dat sommige Teachers moeite hebben om Medical Kinetics succesvol in de markt te zetten. Het gevolg daarvan is dat Medical Kinetics onbekend is en weinig patiënten en cliënten aan Medical Kinetics doen. Hierdoor is het niet meer rendabel voor de Teachers en haken sommigen daardoor af. Dit kan er voor zorgen dat de cursus minder aantrekkelijk wordt voor oefentherapeuten Cesar en Mensendieck.

Doelstelling

Vanuit deze probleemomschrijving werd een vraagstelling opgesteld:

Vraagstelling: welke factoren zorgen ervoor dat het sommige Medical Kinetics Teachers niet lukt om het product succesvol in de markt te zetten en hoe kan dit verbeterd worden?

Om antwoord te kunnen geven op deze vraag is een literatuurstudie gedaan. Daarnaast is in april 2010 een enquête verspreid onder 60 werkende en gestopte Medical Kinetics Teachers, om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van de praktijksituatie. De enquête kunt u vinden op het Beweegplein onder de pijler Bekendheid => Beweegreden => enquête Medical Kinetics.

Methode

Voordat de enquête werd opgesteld, hebben we ons verdiept in de literatuur omtrent ondernemen in de (paramedische) zorg en marketing. Er is gebruik gemaakt van het studieboek *Ondernemen in de zorg*, een competentie gerichte benadering (Van Lienden en Van der Poel, 2009) en het studieboek *Zorgmarketing in de praktijk*, succesvol invoeren van marketing in de gezondheidszorg (Van Leeuwen, 2007). Om een gedegen enquête te kunnen ontwerpen is ook gebruik gemaakt van literatuur over het opstellen van 'goede' vragen en 'juiste' antwoordmogelijkheden. Daarvoor werd het 'Basisboek Enquêteeren, Handleiding voor het maken van een enquête en het voorbereiden en afnemen van enquêtes' (Baarda, De Goede & Kalmijn, 2007) bestudeerd. Deze literatuur gaf voldoende informatie voor het opstellen van een

Student

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

enquête voor Medical Kinetics Teachers. Het stappenplan uit het 'Basisboek Enquêteeren' (Baarda, De Goede & Kalmijn, 2007) is gebruikt om vragen en antwoordalternatieven te kunnen formuleren. Het daagde uit tot het doen van overwegingen, het maken van keuzes en het uitvoeren van controles die leidden tot concrete, begrijpelijke en neutrale vragen en realistische en relevante antwoordalternatieven. Door het volgen van deze stappen werd de kwaliteit van de vragen en de antwoordalternatieven verhoogd. Besloten werd om twee versies van de enquête te ontwerpen, één voor reeds werkende en één voor Medical Kinetics Teachers die gestopt waren. Het includeren van de laatste groep werd belangrijk gevonden, omdat de drijfveren van hen die gestopt of nooit begonnen zijn als Teacher meer inhoud geven aan de beantwoording van de vraagstelling. De verwachting was dat zich onder hen personen bevonden die gestopt of nooit begonnen waren, omdat zij moeite hadden met het in de markt zetten van Medical Kinetics.

In beide versies werden diverse vragen gesteld over het voorbereiden voordat gestart wordt met een onderneming, het ondernemen zelf en persoonlijke kwaliteiten die van belang zijn voor een ondernemer. Er is onderscheid gemaakt in vragen voor werkende en Teachers die gestopt zijn. Ook is nagedacht over het benaderen van de doelgroep. Na raadplegen van literatuur over enquêtes (Baarda, De Goede & Kalmijn, 2007), is besloten om de enquêtes digitaal te verspreiden. De voornaamste redenen hiervoor waren de beperkte tijd en financiën om andere midelen van enquêtering toe te passen. Beide versies werden ingevoerd in Google Documenten, een applicatie van de zoekmachine Google. Tot slot is gekozen voor het verspreiden van een persoonlijk referentienummer, om de anonimiteit van de deelnemers te kunnen waarborgen.

Respons

Nadat de enquête twee weken online heeft gestaan werd hij gesloten. Van de 45 werkende Teachers hebben 31 personen de enquête geretourneerd, wat neerkomt op een respons van 69%. De enquête voor Teachers die gestopt zijn, is naar 12 personen verstuurd. Van de 12 Teachers die gestopt zijn, hebben 8 personen de enquête geretourneerd, wat neerkomt op een respons van 67%.

Op de online enquête kwam een respons van bijna 70%.

Medical kinetics in de markt!

VAN DE Student

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

“Zorgen moet je doen, niet maken!”

contract binnen is (Van Lienden & Van der Poel, 2009). Stel betalingsvoorwaarden op (Van Lienden & Van der Poel, 2009; Kamer van Koophandel 2010). Spreek termijnen af voor betaling (Van Lienden & Van der Poel, 2009). Stel een kortingsregeling in voor snelle betalingsaanbieders (Van Lienden & Van der Poel, 2009). Hierdoor wordt het voor de deelnemers aantrekkelijker om snel te betalen.

• Aanbeveling klanttevredenheidsonderzoek:

Het is aan te raden om een klanttevredenheidsonderzoek uit te voeren. Hierdoor kan de klanttevredenheid en de klantenbinding versterkt worden (Van Leeuwen, 2007). Door het afnemen van een klanttevredenheidsonderzoek wordt duidelijk wat de klant wil. U kunt dan inspelen op diens behoeften. De promotie kan dan ook beter aansluiten op de doelgroep.

Persoonlijke kwaliteiten

Een ondernemer met een paramedisch beroep moet voldoen aan een aantal persoonlijke kwaliteiten, die bepalend zijn voor de effectiviteit van het handelen op HBO-niveau (Van Lienden & Van der Poel, 2009). De volgende aanbevelingen – met betrekking tot persoonlijke kwaliteiten – worden gedaan, naar aanleiding van de onderzoeksresultaten.

• Aanbeveling commercieel denken en handelen:

Denk na over hoe u patiënten werft en behoudt, probeer het verschil tussen de concurrent en uw collega's duidelijk te krijgen en praat over de veranderde relatie tussen zorgaanbieders en verzekeraars. Streef doelgerichtheid na. Toon besluitvaardigheid en daadkracht. Probeer dit alles te doen zonder het vooroordeel dat commercie eng en vies is, iedereen moet tenslotte zijn of haar boterham verdienen (Van Lienden & Van der Poel, 2009).

• Aanbeveling onderhandelen:

Als u een eindresultaat wenst waarbij u ook tevreden bent, zorg er dan voor dat u goed weet wat uw eigen wensen zijn (Van Lienden & Van der Poel, 2009). Schrijf deze bijvoorbeeld op.

• Aanbeveling innovatief vermogen en creativiteit:

Inzien dat de wereld voortdurend verandert, is het begin om zelf de wereld te veranderen naar eigen inzicht, dat is een ondernemende spirit. Koester al uw ideeën: er zitten altijd goede bij. Creativiteit komt als u daar de tijd voor neemt, hard aan werkt en er bewust mee bezig bent. Als laatste is het belangrijk om goed op de hoogte te zijn: ideeën moeten passen in bestaande situaties (Van Lienden & Van der Poel, 2009).

Handleiding en Verantwoording

De afstudeeropdracht heeft geleid tot het maken van twee producten. De Handleiding Medical Kinetics in de markt met de bijbehorende Verantwoording. De Handleiding is een compact boekje met daarin de belangrijkste aanbevelingen en uitleg over het maken van een marketingplan. Op die manier kan snel duidelijk worden, welke stappen ondernomen moeten worden om het product beter in de markt te zetten. In de Verantwoording Medical Kinetics in de markt worden de aanbevelingen onderbouwd. Daarnaast wordt aandacht besteed aan ondernemen, het onderzoek en de onderzoeksresultaten. De Handleiding en de Verantwoording zijn te verkrijgen via de HBO Kennisbank.

concurrenten (Van Leeuwen, 2007). Zoek en benoem de kerncompetenties (kernvaardigheden en basissterkten) van de organisatie om daarmee duurzaam concurrentievoordeel te behalen (Van Leeuwen, S. 2007).

“Maak van je roeping ook je inkomen!”

Ondernemen

Als een onderneming eenmaal in de markt is gezet en de onderneming loopt goed, is het zaak om te blijven luisteren, te blijven praten en vooral verder te blijven denken. Blijf de omgeving analyseren, houd belangrijke ontwikkelingen in de gaten en probeer tijdig in te spelen op deze ontwikkelingen (Van Lienden & Van der Poel, 2009).

• Aanbeveling promotie en (nieuwe) aanmeldingen:

Het marketingplan vormt de basis voor doelgerichte promotie. Het marketingplan zorgt voor gefundeerde keuze voor de totale bedrijfsvoering: o.a. een heldere visie, een ondernemingsstrategie, een goede positionering. Met behulp van het marketingplan wordt stapsgewijs de eigen praktijk en de marktsituatie geanalyseerd (Van Lienden & Van der Poel, 2009). Op basis daarvan kan worden bekeken waar het goed en fout gaat in de onderneming.

Op het moment dat de eigen praktijk en de marktsituatie zijn geanalyseerd, kunt u overgaan tot doelgerichte promotie (Van Lienden & Van der Poel, 2009; Van Leeuwen, 2007). Promotie zonder een van te voren vastgestelde doelstelling is per definitie weggegooid geld. Het is belangrijk om na een periode van een aantal maanden, van intensieve promotie, de boodschap te herhalen in één of twee media per jaar (Van Leeuwen, 2007). Op die manier worden potentiële klanten geprikkeld. Steeds meer mensen baseren hun keuze voor een zorgaanbieder op informatie die men vindt op internet (SCP, 2005 e.a.). Het gebruik maken van een website wordt aanbevolen.

• Aanbeveling naamsbekendheid:

Een boodschap komt het beste over wanneer deze duidelijk, overtuigend en onderscheidend is (Van Lienden & Van der Poel, 2009). Merkstrategie is essentieel bij zorgmarketing. Het ontwikkelen van een sterk zorgmerk zorgt ervoor dat de aanbieder zich beter profileert. Het is belangrijk om als beroepsgroep dezelfde boodschap uit te dragen (Van Leeuwen, 2007).

• Aanbeveling wanbetalers:

U dient een offerte te maken en deze te laten tekenen door de deelnemers. Begin in principe niet met de lessen voor een ondertekend

Resultaten en aanbevelingen

Uit de onderzoeksresultaten van de enquêtes bleek dat minimale voorbereiding, niet volledige bedrijfsvoering en beperkte ontwikkeling van een aantal persoonlijke factoren ervoor zorgen dat er moeite is met het in de markt zetten van het product. In dit artikel ligt de focus op de aanbevelingen die gedaan zijn, ten einde het ondernemen te verbeteren. De aanleiding tot het doen van deze aanbevelingen is uitgebreid beschreven in de Verantwoording, maar is op deze plaats minder van belang.

Vorbereiden

Belangrijkste resultaten: minimale voorbereiding, niet volledige bedrijfsvoering en beperkte ontwikkeling van aantal persoonlijke factoren.

Voordat u als ondernemer een product in de markt zet is het belangrijk om u goed voor te bereiden. Dit doet u door een marketingplan te maken. De volgende aanbevelingen – met betrekking tot voorbereiden – worden gedaan, naar aanleiding van de onderzoeksresultaten.

• Aanbeveling doelgroep:

Voor er gestart wordt met de onderneming dient u een marktanalyse gemaakt te hebben, waarin duidelijk naar voren komt wat de doelgroep is, waar deze zich bevindt en hoe groot de doelgroep is. Pas als al deze zaken duidelijk zijn, weet u wat de potentiële marktomvang is (Van Lienden & Van der Poel, 2009). Het analyseren van de markt en omgeving is belangrijk. Bedenk welke klanten via welke kanalen bereikt dienen te worden en met welke producten (Van Leeuwen, 2007). Op het moment dat u een marktanalyse gemaakt heeft, kunt u de marketing daarop aanpassen.

• Aanbeveling verwachte omzet:

Voor er gestart wordt met de onderneming dient u in beeld te hebben gebracht wat de verwachte omzet is. Dit kan met behulp van het maken van een marketingplan. Het is van groot belang dat u inzicht hebt in uw eigen financiële situatie (Van Lienden & Van der Poel, 2009).

“Een goed begin is het halve werk!”

• Aanbeveling concurrentie:

Het is van groot belang om te kijken naar wat de concurrent doet. Dit moet zowel gedaan worden voor u start met de onderneming als wanneer u al werkt. Met een concurrentieanalyse vergelijkt u op een systematische manier uw eigen onderneming met andere ondernemingen waarvan mogelijk concurrentie te verwachten is (Van Lienden & Van der Poel, 2009). Op die manier wordt het verschil duidelijk en kunt u zich onderscheiden. Kijk waarin de organisatie uitblinkt en duidelijk beter is dan (potentiële)

Evaluatie

De eindproducten hebben voor oefentherapeuten Cesar en Mensendieck, en met name voor degenen die de cursus Medical Kinetics Teacher hebben gevolgd, een hoge waarde omdat de aanbevelingen praktisch toepasbaar zijn. In de Handleiding staat heel concreet beschreven wat er gedaan moet worden om een onderneming in de markt te zetten. Een kanttekening is dat de aanbevelingen niet onderbouwd zijn met wetenschappelijke literatuur. De gebruikte literatuur is echter wel geschreven op basis van diverse theorieën en modellen die (wetenschappelijk) bewezen zijn. ●

Literatuurlijst

- Baarda, D.B., Goede, M.P.M., de, Kalmijn, M., (2007). Basisboek Enquêtes, Handleiding voor het maken van een enquête en het voorbereiden en afnemen van enquêtes. Tweede druk. Wolters-Noordhoff, Groningen/Houten.
- Jansen, E.P.W.A., Joostens, Th.H., (1998) Enquêtes, het opstellen en gebruiken van enquêtes. Tweede druk. Wolters-Noordhoff, Groningen.
- Leeuwen, S., van, (2007) Zorgmarketing in de praktijk. Succesvol invoeren van marketing in de gezondheidszorg. Eerste druk. Koninklijke Van Gorcum BV.
- Lienden, H., van, Poel, M., van der, (2009). Ondernemen in de zorg, een competentiegerichte benadering. Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen.

Advertentie

Verbreed uw visie

Cursussen voor balans in stabiliteitstraining

vandaag leren,
morgen toepassen

Oefeningen doen? Oefenstof beleven!

- 3-daagse basiscursus te Eindhoven (start april 2011)
- 3-daagse basiscursus te Heerenveen (start sept. 2011)
- Verdiepingsdagen
- NIEUW: REDCORD neurac 1, signaaltraining
- incompany-mogelijkheden in overleg

voor informatie en aanmelding, zie:
www.balansenstabiliteit.nl



HVA



Hogeschool van Amsterdam
Creëer je eigen kansen

Dé opleiding voor werkende oefentherapeuten

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

Kijk dan op onze site voor meer informatie over de verkorte route voor je bachelor degree. Of kom naar de open dag op zaterdag 16 april 2011. De verkorte route is goed te combineren met werk of gezin.

We kijken naar jouw kennis en ervaring en hebben alle lessen ingepland op vrijdagen.

www.hva.nl/werkende-oefentherapeuten



BOEKBESPREKING

Gretha Halvorsen, Mensendieckutdanning i Norge 1912-2008, En faghistorisk reise

Oslo 2009, Forlaget Vett & Viten as.
(370 blz)
ISBN 978-82-412-0532-3

Gelezen door:
Pauline Luijnenburg-Kroes

Met een stipendium van de Hogeschool in Oslo heeft Gretha Halvorsen, oud-docent van de Noorse Mensendieck/fysiotherapie opleiding een zeer informatief en goed gedocumenteerd boek geschreven over de geschiedenis en ontwikkeling van oefentherapie Mensendieck in Noorwegen en over met name de inhoudelijke ontwikkeling van de Noorse opleiding. Ze zoekt hierbij antwoord op twee leidende vragen: Wat is Mensendieck en wat is het verschil tussen Mensendieck en andere vormen van fysiotherapie?

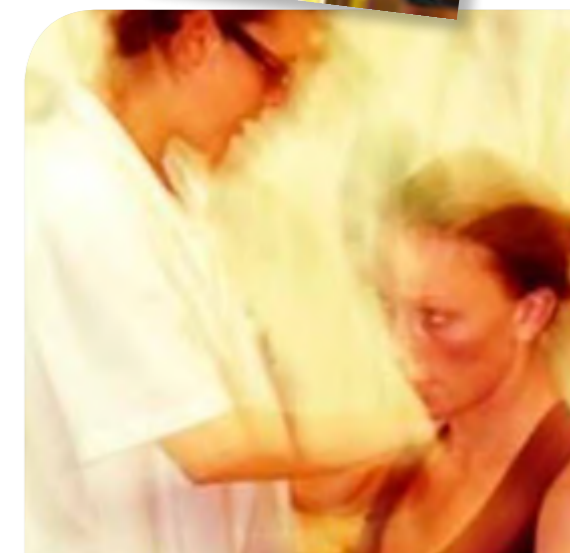
In de 20 hoofdstukken van het boek beschrijft ze achtereenvolgens de historie van de Noorse Mensendieckopleiding en van de grondlegger Bess Mensendieck, daarna gedetailleerd de ontwikkeling van de opleiding op vakinhoudelijk gebied tot 2008, daarna gaan de hoofdstukken 10-15 nader in op de specifieke werkwijze en onderbouwing van de Mensendieck praktijkvakken, ook onderscheidend van de fysiotherapie. In de hoofdstukken 16-20 worden verschillende werkomgevingen beschreven, van de polikliniek op de opleiding tot gezondheidscentra.

Al vanaf 1912 werden er Mensendieckleraressen in Noorwegen opgeleid door Halldis Stabell en Bao Bergmann, beiden opgeleid door Bess Mensendieck, o.a. in Berlijn. Aagot Normann leidde vanaf 1923 Mensendieckleraressen op, vanaf 1927 tot 1964 als directrice van de officiële Noorse opleiding. Veel van de ontwikkelingen van deze, in Noorwegen nog altijd zeer hoog gewaardeerde, maar getalmatig kleine opleiding, heeft zij aangestuurd. Van 1927 tot 1979 was het een particulier gefinancierde opleiding, daarna viel deze onder de staat en werd in 1984 onderdeel van de Hogeschool in Oslo. Sinds 2001 leidt deze opleiding op tot Bachelor of Health. Uitgebreid wordt beschreven hoe de beroepsgroep en opleiding gestreden hebben voor wettelijke erkenning en het voortbestaan als opleiding gericht op actief oefenende "sykegymnastene" apart van de fysiotherapie opleidingen, waarvan veel, meer passieve behandeltechnieken onderdeel uitmaakten. Vanaf 1974 kregen de afgestudeerde therapeuten de titel (Mensendieckopgeleide) fysiotherapeut, hetzelfde diploma als de andere fysiotherapeuten. In hoofdstuk 10 wordt de verhouding tussen Mensendieck en fysiotherapie beschreven. Als

één van de kenmerkende verschillen wordt genoemd dat Mensendiecktherapeuten anders werken omdat ze de oefenstof zelf grondig beheersen, wat enkele jaren van oefenen tijdens de opleiding vergt en een enorme ervaring in het zien van details van lichamen oplevert.

In de hoofdstukken 13 en 14 wordt de ontwikkeling van het leerplan van de opleiding beschreven tot 1974, in relatie met de gelijkenschakeling met de eindtermen fysiotherapie en wat er daarna nog veranderd is, zowel voor de Mensendiecktheorie- en praktijk als voor de Sykegrep en massage. Hier blijkt dat Aagot Norman al zeer vroeg als aanvulling op de "hands off" oefenstof volgens de strikte bewegingsleer van Mensendieck de "Sykegrep" techniek ontwikkelde. De Sykegrep heeft als doel met passieve, geleid actieve en actieve manueel ondersteunde technieken het leerproces van de patiënt te bevorderen in combinatie met het oefenen. Ondersteunend vak daarbij was massage, omdat Mensendieckleraressen door het zelf oefenen daarvan "een goede handvatting ontwikkelden en gevoelvolle handen". Vanaf 1927 worden de termen "Sykegrep" en "massage" naast en door elkaar gebruikt in de beschrijvingen van de lesprogramma's, terwijl in correspondentie met een ministerie uit 1937 benadrukt wordt dat Mensendieckleraressen patiënten uitsluitend onderwijzen via oefeningen en niet behandelen met massage (NB: de nadruk op onderwijzen itt behandelen!) (blz. 212). Door de veranderende onderwijskundige inzichten komen er vooral na 1998 steeds minder lessen beschikbaar voor het aanleren van het vak, waardoor enkele oudere docenten wat gefrustreerd afhaken. Aan het eind van het boek staan alle oefen-

therapeuten (Noorse, Zweedse en Deense) opgenoemd die tussen 1923 en 2008 een Noors Mensendieck diploma ontvangen hebben en een tabel met de uitstekende cijfers uit verschillende evaluaties door de jaren heen. Ook worden alle docenten van de opleiding opgesomd. Het is zeker de moeite waard om alle discussies over de vakinhoud nog eens na te pluizen om een beter beeld te krijgen van de identiteit van de oefentherapie. ●



Recensies

De recensies zijn van Joke Schat

Begrijp je pijn

Auteur: Peter Heijligenberg
Uitgeverij: Ank-Hermes
ISBN: 9789020204148
Prijs: € 24,90



De auteur is psychotherapeut en heeft zich toegelegd op het in kaart brengen van niet verklaarbare medische pijnen. Deze psychosomatische pijnen blijken bij de patiënten die hij heeft behandeld op exact dezelfde plaatsen gelokaliseerd te zijn. Ze zijn gerelateerd aan hun achtergrond: de oorzaak van de pijn. De locaties zijn zo exact dat hij deze in dit boek door middel van nummering op de afbeeldingen van het menselijk lichaam heeft aangegeven. Hij komt hierbij tot meer dan 180 punten.

Bedoeling van dit boek is verduidelijking en zelfhulp voor mensen die lijden aan medisch onverklaarbare pijnen, met een duidelijke waarschuwing om bij klachten altijd eerst een arts te raadplegen. Het boek is helder, duidelijk leesbaar en de vele casussen maken het levendig.

Het managen van de maatschap

Adviesburo Damhuis Elshout Verschure
ISBN: 978-90-812560-2-5
Prijs: € 41,34



In 2001 is het boek voor het eerst uitgekomen en met name gebruikt door medisch specialisten. Dit boek, gedrukt in 2009, is herzien en aangepast. De term 'maatschap' zal worden vervangen door andere samenwerkingsvormen en daaraan wordt aandacht besteed. De titel dekt de lading, ook daar waar het om een vennoot-

schap of andere samenwerkingsafspraken gaat. Door de toenemende druk vanuit de maatschappij, de steeds uitgebreider wordende taken en het managen van een praktijk, kan samenwerking de oplossing zijn om het hoofd boven water te houden. Dit niet alleen voor wat betreft het kostenplaatje, maar ook wat betreft energieverdeling en waarborgen van kwaliteit van zorg. Maar...hoe ga je samenwerken, wat is er voor nodig, wat moet er op papier worden gezet, hoe spreek je zaken af, en wat doe je, als er verschil in opvattingen en karaktereigenschappen tussen de leden bestaat?

Hierop geeft dit boekje antwoord. Bij het boek krijg je een registratiecode waarmee op de site tal van formulieren te downloaden zijn, zoals een POP voor elk maatschapslid, een Quickscan voor de vitaliteit van de maatschap, enzovoorts. Een heel bruikbaar boek, praktisch en met tal van handige tips

Jaarboek Fysiotherapie Kinesithérapie 2010

Onder redactie van:
C. Veenhof, P. Calders,
J.J.X.R. Gerats, J. Nijs, E.E.H.
van Wegen, C.P. van Wilgen
Uitgeverij: Bohn Stafleu
van Loghum
ISBN: 9789031364756
Prijs: € 64,50



Het thema van dit jaarboek is Neurorevalidatie. Er worden o.a. de volgende diagnosegroepen besproken: CVA, Cerebrale parese, dwarslaesie en er zijn hoofdstukken over pijnbeleving, vestibulaire revalidatie en 'ouderen'. In dit boek zijn de laatste evidence based gegevens weergegeven, bevindingen worden uitgediept en waar mogelijk komen praktische tips voor de dagelijkse praktijk aan de orde. Het boek is uitgevoerd in zwart-wit met afbeeldingen en schema's in grijstinten, wat het boek goed leesbaar maakt met een rustige uitstraling op niet-glimmend papier.



Sobotta deel I en deel II 3e editie

Uitgeverij: Bohn Stafleu
van Loghum
ISBN: 9789031347124
Prijs: € 190,00



Prachtige anatomische atlanten, luxe ingebonden, mooi mat papier. Duidelijke indeling en organisatie van onderwerpen en afbeeldingen. In deze twee delen geeft de anatomische atlas van Sobotta (en wie is er niet mee groot geworden?) een gedetailleerde, complete macroscopische anatomie van de mens in bijna 2000 afbeeldingen. Deze 3e druk bevat meer dan 200 nieuwe illustraties en is er qua indeling en afbeeldingen op vooruit gegaan vergeleken bij de vorige drukken. De atlas is ingedeeld naar lichaamsgebieden. Eenvoudige nieuwe inleidende tekeningen en overzichtsafbeeldingen helpen de meer complexe afbeeldingen en de samenhangen stap voor stap te begrijpen. Ook bevatten deze boeken nog meer klinische afbeeldingen: illustraties die met beeldvormende technieken zijn vervaardigd (röntgen, MRI, CT), endoscopische beelden, intra-operatieve kleurenfoto's van interne organen, patiëntenaafbeeldingen van veel voorkomende verlammingen enzovoorts. Een praktisch en beknopt boekje met tabellen voor spieren, gewrichten en zenuwen is in het eerste deel bijgesloten. Dit blijven mooie studie- en naslagboeken!

Mindfulness

Auteur: Thomas Roberts
Uitgeverij: Thema
ISBN: 9789058713506
Prijs: € 21,95



Een heel praktisch en duidelijk werkboek waarin duidelijk stapje voor stapje wordt uitgelegd wat mindfulness is en kan inhouden. Dankzij de handige tips en oefeningen is het goed bruikbaar in de praktijk. Zowel voor jezelf als om advies of oefeningen te geven aan je cliënten. De opgenomen casussen maken het boek nog praktischer en zeer leesbaar.

Je bent oefentherapeut geen administrateur



Intramed, complete praktijksoftware voor de Oefentherapeut Cesar/Mensendieck!

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

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

En er is nog veel meer!

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

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



Intramed



Het gemak van Intramed



VvOCM
Vereniging van
Oefentherapeuten
Cesar en Mensendieck

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

BESTUUR:

Micha van Veggel
Voorzitter

Maartje van Hooft
Portefeuille Professionaliteit en Wetenschap

Frans Koornberg
Portefeuille Samenwerking en Bekendheid

Debby van Rijn
Secretaris

Pieter Scholten
Penningmeester