

FP

Hartrevalidatie op maat



Koninklijk Nederlands
Genootschap voor Fysiotherapie

De fysiotherapeuten van Nederland

>>> Coach2Move

Ouderen komen in beweging met dit programma.

>>> 'Ik heb echt diep moeten gaan'

Fysiotherapeut Jelle Heisen wordt softwareondernemer.

>>> Klachten

'Zie het als gratis advies', zegt de klachtenfunctionaris.

Tapen doe je met Leukotape®



Ga naar een van onze video's om te zien hoe!

Tapen van
de enkel:



Tapen van
de vinger:



KNVB
VOETBALMEDISCH
CENTRUM

Leukotape®
Official partner

Hartrevalidatie

'Hartrevalidatie is meer dan een beweegprogramma. Het omvat ook psychische en leefstijlbegeleiding. Dat maakt het zo effectief.'

Dat zegt tweedelijns fysiotherapeut Sandra Verhagen in deze editie van FysioPraxis. Ze benadrukt de cruciale rol van fysiotherapie bij hartrevalidatie. Samen met een multidisciplinair team stelt ze persoonlijke revalidatieplannen op, rekening houdend met de doelen en beperkingen van elke patiënt. Dit verbetert de zorg en verhoogt de therapietrouw.

Hartrevalidatie is dus maatwerk, mede vanwege de diverse patiëntengroep: van jonge mensen met aangeboren hartafwijkingen tot ouderen met meerdere chronische aandoeningen. 'We willen niet van iedereen een topsporter maken,' vat Verhagen samen. 'Het gaat ons erom: wat heeft iemand nodig om de eigen activiteiten weer op te pakken? Hoe kunnen we iemand, als dat nodig is, gezonder laten leven en hoe kunnen wij die persoon hierin begeleiden?'

Dit sluit aan bij de vernieuwde richtlijn Hartrevalidatie van het KNGF. Deze legt de nadruk op persoonsgerichte zorg, wat betekent dat fysiotherapeuten samen met patiënten beslissen over de best passende behandeling. Een belangrijke wijziging in de richtlijn is de nadruk op fysiotherapie in de eerste lijn. Daardoor kunnen patiënten dichter bij huis worden geholpen, wat de toegankelijkheid en continuïteit van de zorg verbetert.

Regionale samenwerking is daarbij cruciaal. Patiënten met een laag risico kunnen vaker naar de eerste lijn worden verwezen, terwijl de tweede lijn zich richt op complexe zorg, bijvoorbeeld voor harttransplantatiepatiënten. 'We hebben goed contact met de eerste lijn en zij sluiten op indicatie aan bij het MDO-overleg. Fysiotherapeuten uit de eerste lijn weten ons steeds beter te vinden, wat ons netwerk versterkt,' aldus fysiotherapeut Sabine Haaksman, eveneens in deze FysioPraxis.

Hartrevalidatie is al met al een gezamenlijke inspanning. Door de krachten te bundelen en de zorg op maat af te stemmen, kan iedere patiënt de best mogelijke ondersteuning krijgen. Meer dan een beweegprogramma, dus.

Bert Bukman



Inhoud

JAARGANG 33 >>> NR. 4 >>> JUNI 2024



22

Ouderen in beweging met Coach2Move

6 Kort

Overzicht van het laatste nieuws.

7 Column: 'Kort(er)'

Column van Jeroen van Egmond, docent, onderzoeker en zorgheticus.

8 'Zie een klacht als gratis advies'

Jaarlijks bemiddelen klachtenfunctionarissen van het KNGF in ongeveer 75 zaken. Wat is hun ervaring?

18 Patiënt in beeld

Fysiotherapeut Maria Roelofsen helpt Hans met zijn balans.

21 Op weg naar minimumtarieven

Blog van Lodi Hennink, voorzitter van het KNGF.



12

Fysiotherapie bij hartrevalidatie

En verder

33 **Over de grens: Bonaire**

Toen Robert Smaal net na zijn afstuderen vertrok naar Bonaire, wist hij nog niet dat hij er nooit meer weg zou willen.

34 **Oefentherapie bij lage rugpijn**

Intramusculair vet in de paraspinale spieren niet reduceerbaar met oefentherapie.

Ik heb echt diep moeten gaan

Fysiotherapeut en voormalig topsporter Jelle Heisen werkte jaren in de praktijk voordat hij zijn eigen softwarebedrijf begon. Met Verne Health schopte hij het tot de finale van de Nationale Zorginnovatieprijs 2024.

Pagina 28

FP Wetenschap

38 **Beeldbellen lijkt geen blijvertje**

Hoewel fysiotherapeuten de meerwaarde zien, zegt slechts een klein deel beeldbellen te blijven gebruiken.

44 **De kloof dichten**

Bekkenfysiotherapie leidt tot sneller herstel en minder pijn bij chronische anale fissuur.

Kort

Tweede Kamer bespreekt uitstroom fysiotherapeuten

Kamerlid Daniëlle Jansen (Nieuw Sociaal Contract) uitte in de Tweede Kamer haar zorgen over de hoge uitstroom van jonge fysiotherapeuten uit het vak.

Veel fysiotherapeuten verlaten vroegtijdig het beroep, vaak al na drie tot vijf jaar. Jansen benadrukte dat de uitstroom leidt tot een tekort aan fysiotherapeuten, wat op termijn kan resulteren in wachtlijsten en zelfs

gesloten deuren voor patiënten. Dit tekort zou ook de multidisciplinaire zorg in wijk samenwerkingsverbanden onder druk zetten.

Reactie minister

Minister Dijkstra voor Medische Zorg erkende het probleem en bevestigde dat de hoge uitstroom van jonge fysiotherapeuten bekend is. 'Jonge fysiotherapeuten zijn de toekomst voor de zorg en spelen een belangrijke rol in het versterken van de

eerstelijnszorg en het ontlasten van de tweede lijn.

De minister benadrukte dat de onderhandelingen tussen fysiotherapeuten en zorgverzekeraars vaak moeizaam verlopen. Zij pleitte voor een constructieve dialoog en gaf aan dat er mogelijkheden zijn voor gezamenlijke onderhandelingen tussen fysiotherapeuten en zorgverzekeraars. Om de positie van fysiotherapeuten te verbeteren, werkt de minister



samen met het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) aan een traject naar een passende aanspraak op fysio- en oefentherapie. De minister gaf verder aan dat het versterken van de onderhandelingsmacht van kleine zorgaanbieders een prioriteit is. Ze zal blijven inzetten op een constructieve dialoog tussen fysiotherapeuten en zorgverzekeraars om tot betere afspraken te komen. Het KNGF vindt dat de NZa de aangewezen instantie is die moet ingrijpen in de tarieven.

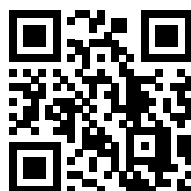
Leefstijl in ruim helft van de richtlijnen

Leefstijl komt voor in ruim de helft van de richtlijnen blijkt uit een analyse van de Coalitie Leefstijl in de Zorg, maar het kan concreter.

Het streven naar integratie van leefstijl in de zorg houdt tegelijk in dat leefstijl -waar nodig en waardevol- een plek moet hebben in de kwaliteitsstandaarden en richtlijnen.

In hoeverre komen leefstijlfactoren daarin aan bod, hoe zijn die adviezen geformuleerd? Een werkgroep waarin, naast het KNGF, ook medisch specialisten, huisartsen, andere paramedici en GGZ zijn vertegenwoordigd, ging aan de slag met een inventarisatie. In twee maanden namen ze 195 (para)medische richtlijnen door, met meer dan 10.000 modules. De inzichten van de analyse zijn een mooie uitgangspunt voor vervolgstappen.

[Lees het hele artikel hier:](#)



Operatie en fysiotherapie bij torticollis

Een operatie gecombineerd met fysiotherapie geeft goede resultaten bij musculaire torticollis bij kinderen, blijkt uit onderzoek van het Radboudumc. Bij deze aandoening staan hoofd en nek scheef door een verkorte halsspier. Door deze behandeling vermindert de asymmetrie in het gezicht, hebben kinderen minder pijn en kunnen ze zonder beperkingen bewegen. *(Bron: Radboud UMC)*

35%

van de Nederlandse volwassenen heeft onvoldoende of beperkte gezondheidsvaardigheden. *(Bron: Nivel)*

Preventie artrose staat nog in de kinderschoenen

Voor artrose zijn momenteel geen effectieve behandelingen. Inzet op preventie zou goed zijn, maar dat is lastig, blijkt uit onderzoek van Nivel. Er zijn diverse onbeantwoorde vragen, zoals hoe kun je mensen motiveren om aan preventie te doen, terwijl ze nog geen klachten hebben? Ook is er weinig inzicht in de risicofactoren voor het ontstaan van artrose. *(Bron: Nivel)*

Verlaging vergoeding ongecontracteerde zorg

Demissionair zorgminister Conny Helder stuurde een wetsvoorstel naar de Tweede Kamer waarin wordt geregeld dat vergoedingen voor ongecontracteerde zorg worden verlaagd.

De minister wil hiermee stimuleren dat patiënten zoveel mogelijk gebruik maken van gecontracteerde zorg. Het KNGF is voorstander van contracteren, aangezien dit één van de fundamenten van ons zorgstelsel is. Maar daarbij moet er wel een balans zijn tussen waardering en belasting. Omdat die balans er niet is, kiest een aantal praktijken voor het niet tekenen van contracten met zorgverzekeraars. Ook vanwege onvrede over de inhoud daarvan.

Het KNGF ondersteunt al haar leden in het maken van afwegingen om te komen tot een keuze die het beste past bij de situatie van hun eigen praktijk. Om die reden heeft het KNGF (samen met o.a. de LHV) vorig jaar al een brief aan de minister van VWS gestuurd, waarin onze bezwaren tegen dit wetsvoorstel zijn verwoord. Het wetsvoorstel is in de eerste plaats van toepassing op wijkverpleging en delen van de geestelijke gezondheidszorg. Maar de minister stelt dat het ook in andere sectoren kan gaan gelden wanneer het aandeel ongecontracteerde zorg zo groot wordt dat het afbreuk doet aan kwaliteit, toegankelijkheid of betaalbaarheid van deze zorg. Met andere woorden: de wet kan ook op fysiotherapie van toepassing worden als te veel praktijken ongecontracteerd werken.



Kort(er)

Mijn column moet korter door de restyle van Fysio-Praxis. Dat doet pijn. Maar goed, het gaat niet om mij, maar om jou. Ook jij moet regelmatig zaken kort opschrijven. Bijvoorbeeld in je dossier. Daar is een spanningsveld tussen enerzijds complexiteit en diepgang en anderzijds tijd, energie en, geef toe, de gevoelde noodzaak. Want er zijn nu eenmaal eisen, en mogelijke consequenties als je daar niet aan voldoet. Het gevaar van focussen op normen, invullen om het invullen, is dat waarden uit beeld verdwijnen. Die waarden komen niet uit een meetinstrument, die zitten verpakt in verhalen. 'Meten is weten' heeft dus bijwerkingen.

Een extreme vorm van 'korter' zie je in het EPD. Een verhaal van een patiënt met lage rugpijn wordt 'code 3426'. Een persoon reduceren tot code is onmenselijk en kan leiden tot morele ont koppeling, waardoor we minder verantwoordelijkheid voelen. Een ethisch appel dat juist essentieel is in de zorg voor anderen. Dit komt waarschijnlijk vaker voor bij beleidsmakers dan bij therapeuten. Want veel zorgverleners doen juist meer dan ze gevoelsmatig 'mogen', of kunnen verantwoorden. Die verantwoording vergt nu eenmaal taal en cijfers. Tegelijkertijd is het onmogelijk om alles wat je weet van je patiënt daarin te vatten. Bovendien schrijf je sommige dingen misschien liever niet op. Deels uit bescheidenheid, want hoe zeker weet je dat déze psychosociale factor dominant is? Soms uit angst, bijvoorbeeld bij verdenking van misbruik; wat als mijn patiënt dit leest?

Kortom: vaak heb je aan een paar woorden in je dossier wel genoeg om je te herinneren wat de patiënt je heeft verteld. Maar je kwaliteit uitdragen naar anderen, zoals beleidsmakers, dat is een langer verhaal.

Jeroen van Egmond, docent, onderzoeker en zorger



Vaak heb je aan een paar woorden genoeg

‘Zie een klacht als gratis advies’

Jaarlijks bemiddelen klachtenfunctionarissen van het KNGF in ongeveer 75 zaken. Veel klachten zijn terug te voeren op communicatie tussen fysiotherapeut en patiënt. De manier waarop je reageert op een klacht, kan een langshepende klachten- en eventueel geschillenprocedure voorkomen.

‘Een cliënt diende een klacht in na het ontvangen van een factuur. Die wilde hij niet betalen, hij was namelijk niet aangeraakt. Niet iedereen weet dat fysiotherapeuten ook hands-off werken,’ vertelt Johan Peeters. Hij was tot 2016 praktiserend fysiotherapeut. Sinds de invoering van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), die een betere en snellere aanpak van klachten regelt, werkt hij als klachtenfunctionaris, beschikbaar gesteld door het KNGF. Hij vervult deze taak samen met Hans Welp, fysiotherapeut en voormalig docent op onder meer de Hogeschool Rotterdam. Hun jarenlange en brede ervaring helpt hen met verschillende typen fysiotherapeuten en cliënten te communiceren.

Vaker gemeld

De klachten die sinds 2017 binnenkomen bij de klachtenfunctionarissen zijn in aard en omvang niet veel veranderd. Wel is de invloed van #Me-

Too merkbaar op alle plekken waar een klacht kan worden ingediend over zorgverleners, zoals bijvoorbeeld de tuchtcolleges en de IGJ en dus ook in de klachtenregeling (zie kader). Peeters: ‘Het is niet per se zo dat grensoverschrijdend gedrag vaker voorkomt, maar patiënten zijn er alerter op en het wordt vaker gemeld.’

Gebrekkige communicatie

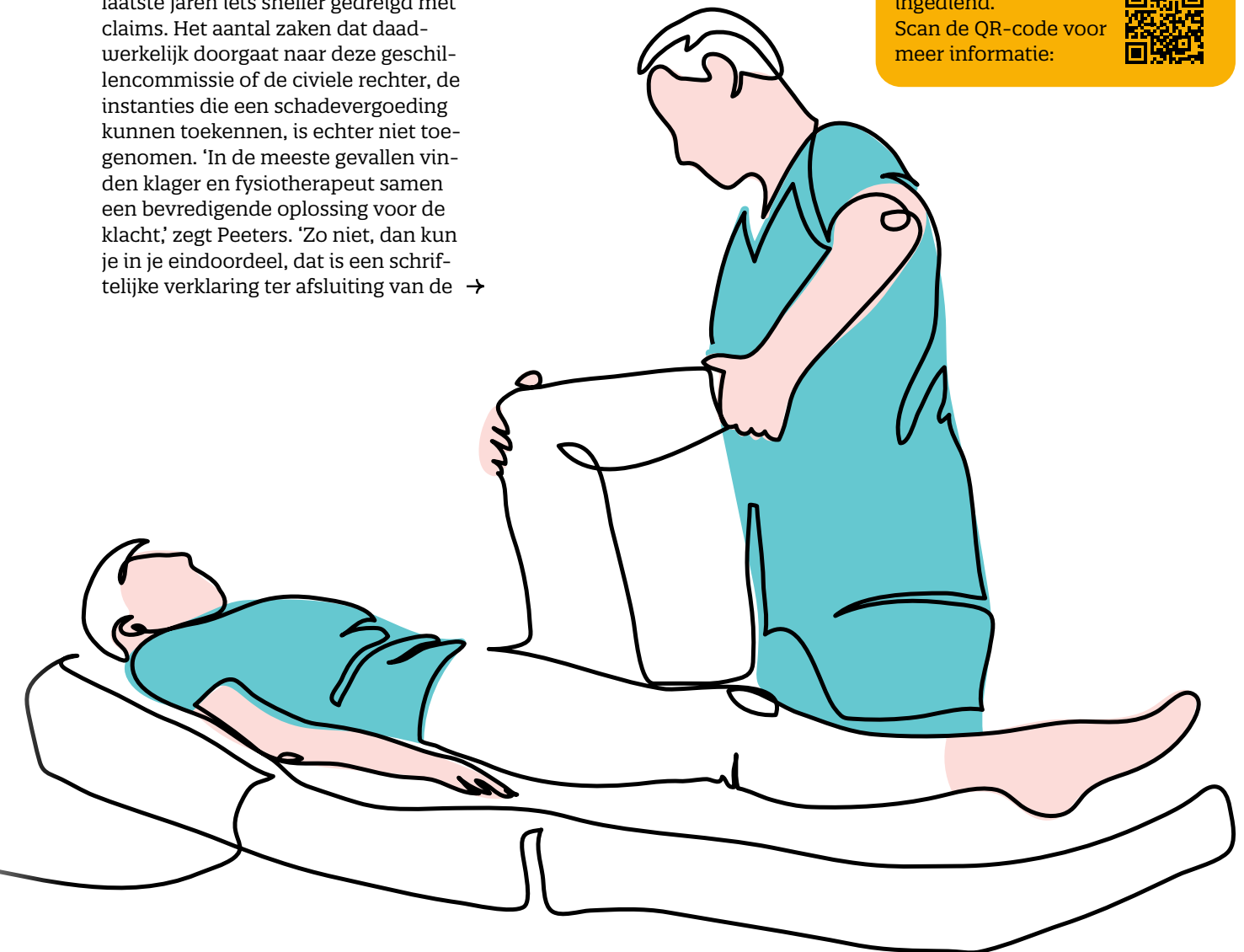
Veel klachten ontstaan door gebrekkige communicatie tussen fysiotherapeut en patiënt, bijvoorbeeld door onvoldoende uitleg over de behandeling. Het is vanuit de wet verplicht om patiënten uitleg te geven over hun aandoening, en hen mee te laten beslissen over de behandeling. Toch zien de klachtenfunctionarissen dat dit soms onvoldoende gebeurt en dat de patiënt achteraf ontevreden is over de behandeling. Als je een patiënt betreft bij beslissingen over de behandeling, vergroot dit het begrip

en het gevoel van autonomie. Dat kan eventuele misverstanden of onvrede voorkomen. Welp: ‘De betekenis van communicatie wordt bepaald door de reactie van de ander. Probeer je in te leven in je patiënt en wat het effect kan zijn van jouw handelen. Check ook of jouw uitleg begrepen wordt. Fysiotherapeuten en patiënten spreken niet altijd dezelfde taal en dat kan voor misverstanden zorgen.’

Oplossing zoeken

Mocht een patiënt toch een klacht indienen, dan kan de klachtenfunctionaris daar een onafhankelijke rol in spelen. Hij bekijkt de klacht, adviseert de klager over het indienen en formuleren van een klacht en de fysiotherapeut over hoe deze erop kan reageren. Daarnaast bemiddelt hij bij het zoeken naar een oplossing. Wanneer de klager ontevreden is over de geboden oplossing of de klachtafhandeling door de Klachtenregeling,

dan kan hij terecht bij de Geschillencommissie Fysiotherapie. Hier kan hij ook vragen om een schadevergoeding tot maximaal €25.000. Naar Amerikaans voorbeeld wordt de laatste jaren iets sneller bedreigd met claims. Het aantal zaken dat daadwerkelijk doorgaat naar deze geschillencommissie of de civiele rechter, de instanties die een schadevergoeding kunnen toekennen, is echter niet toegenomen. 'In de meeste gevallen vinden klager en fysiotherapeut samen een bevredigende oplossing voor de klacht,' zegt Peeters. 'Zo niet, dan kun je in je eindoordeel, dat is een schriftelijke verklaring ter afsluiting van de →



Klachtenregeling

Het is voor iedere fysiotherapeut verplicht een klachtenregeling te hebben en aangesloten te zijn bij een geschilleninstantie. Informatie hierover moet toegankelijk zijn voor je patiënt, dus vermeld dit op je website en/of in je wachtruimte. Als een patiënt naar je klachtenregeling vraagt, vertel dan op welke wijze een klacht kan worden ingediend.

Scan de QR-code voor meer informatie:



Achtergrond

Enkele voorbeelden van klachten:

Krak

Voordat ik het wist hoorde ik een krak en voelde ik een felle pijn. Ik ben nog steeds niet van de pijnklachten af.

Hernia

Ik gaf steeds aan dat het veel pijn deed en kon vaak niet opstaan na de behandeling. Nu heb ik een hernia. Ik geef mijn fysiotherapeut de schuld.

Stagiar

Een stagiair behandelde mij meestal, maar op de factuur stonden behandelingen van de fysiotherapeut, die ik zelden heb gezien.

Uitkleden

Mijn huisarts vond ook dat ik meer kleding moest uittrekken dan strikt noodzakelijk voor de behandeling door de fysiotherapeut.

Aan huis

Alle behandelingen zijn aan huis gedeclareerd, terwijl de fysiotherapeut maar een paar keer bij mij thuis is geweest.



klachtenbehandeling, opnemen dat je je niet in de klacht herkent.'

Omgaan met klachten

De manier waarop je reageert op een klacht, kan een langsturende klachten- en eventueel geschillenprocedure voorkomen. Welp: 'Probeer een klacht te zien als gratis advies.' Dit sluit ook aan bij het doel van de Wkkgz: openheid over klachten en ongewenste gebeurtenissen en ervan leren, om zo gezamenlijk de zorg te verbeteren. Wat kun je doen om klachten zo soepel mogelijk af te handelen? Allereerst: stel je empathisch en compassievol op. Natuurlijk mag je principieel zijn, maar zet niet je hakken in het zand. Een patiënt heeft het recht om te klagen. Luister naar wat iemand te zeggen heeft en schiet niet direct in de verdediging. Wees oplossingsgericht.

Documentatie

Zorg verder voor nauwkeurige en gedetailleerde documentatie van de behandelingen, evaluaties, voortgang en afspraken met de patiënt. Houd je dus aan de dossierplicht en de Richtlijn Fysiotherapeutische dossiervoering. Met je dossier kan je, ook jaren na het handelen, aantonen wat er is gedaan, waarom voor deze behandeling is gekozen en wat er met de patiënt is besproken. Dit kan helpen om eventuele geschillen achteraf te verduidelijken. En tot slot: zorg dat je op de hoogte blijft van de nieuwste ontwikkelingen en *best practices* in de fysiotherapie en toets je handelen aan de Beroepscode. Blijf jezelf ontwikkelen door bij- en nascholing te volgen en te reflecteren op je handelen. Zo zorg je ervoor dat je kwalitatief goede en veilige zorg levert. ●

BIG3 PADELBLESSURES

INCL. GRATIS TICKET
VOOR PREMIER PADEL

MEER INFORMATIE?



SCAN DE QR CODE

10 SEPTEMBER 2024 - PREMIER PADEL AHOY ROTTERDAM

4 PUNTEN

BIG5 VOETBALBLESSURES - JEUGD

MEER INFORMATIE?



SCAN DE QR CODE

11 OKTOBER 2024 - FC UTRECHT DE GALGENWAARD

5 PUNTEN

HYROX CONGRES

Inclusief gratis
HYROX
spectator ticket

MEER INFORMATIE?



SCAN DE QR CODE

12 OKTOBER 2024 - RAI AMSTERDAM

5 PUNTEN

Hartrevalidatie is meer dan een beweegprogramma

Fysiotherapeut Sandra Verhagen helpt patiënten bij de hartrevalidatie. 'We willen niet van iedereen een topsporter maken.'

'Bij hartfalen is het hart niet meer in staat om het bloed rond te pompen of goed te verwerken', vertelt Sandra Verhagen, fysiotherapeut op de afdeling cardiologie en cardiothoracale chirurgie van het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein. 'Deze verminderde pompfunctie van de linker- of de rechterhartkamer kan veel verschillende oorzaken hebben, zoals een hartinfarct, hartkleplijden, hoge bloeddruk of een hartspierziekte. Op den duur zorgt dit er onder andere voor dat de spieren te weinig zuurstof krijgen. Sandra: 'Patiënten krijgen last van vermoeidheid en kortademigheid. Met als gevolg dat ze minder gaan bewegen, wat juist niet bevorderlijk is voor de conditie van het hart. De aandoening is chronisch en progressief. Gelukkig kan een patiënt veel doen om de voortgang van de ziekte tegen te gaan, zoals het aanpassen van de leefstijl.'

Betere behandeling

Binnen het spectrum van hartziekten zijn mensen met hartfalen de grootste en snelst groeiende patiëntengroep. Sandra: 'We hebben steeds betere medicijnen en medische ingrepen. Patiënten met hartfalen blijven daardoor langer leven. Vroeger kregen patiënten na een hartinfarct zes weken bedrust opgelegd, nu gaan ze

vanuit de ambulance rechtstreeks naar de dotterkamer. De keerzijde is wel dat we steeds meer opnames hebben en daardoor stijgende zorgkosten.'

Wie met hartklachten op tijd naar het ziekenhuis komt, krijgt medicijnen of wordt gedotterd. Dit houdt in dat er een veertje ('stent') in de kransslagader wordt geplaatst, waardoor het bloed weer goed kan doorstromen en een infarct kan worden voorkomen. Sandra: 'Een patiënt is er daarna helaas niet vanaf, die moet zijn leven lang medicijnen slikken, maar er hoeft geen schade aan het hart te zijn.'

Het 'vrouwenhart'

Sandra benadrukt dat hartziekten zich bij vrouwen vaak anders openbaren dan bij mannen. 'Bij vrouwen zie je vaak geen stolsel of een vernauwing in de kransslagaders, maar zijn de afwijkingen heel diffuus. Je spreekt dan van vaatspasmen of coronaire vaatdysfunctie. Bij stress of inspanning ontstaan angina pectoris-klachten (hartkramp). Vaak lopen deze vrouwen al heel lang rond met klachten, maar wordt er geen of een verkeerde diagnose gesteld. Terwijl er tegenwoordig goede testen zijn. Deze vrouwen worden van het kastje naar de muur gestuurd, wat zorgt voor stress, angst en onzekerheid.'



A woman with blonde hair tied back, wearing a red t-shirt, is smiling broadly while using a piece of gym equipment. The background is a blurred gym setting with various machines.

Na een hartoperatie
zijn mensen soms
angstig en onzeker

Vrouwen zijn tot de overgang beschermd door hun hormonen. 'Daarna werken die juist tegen hen en hebben ze meer kans op hartziekten,' vertelt Sandra. 'De klachten die zij ervaren zijn vaak wat vager dan bij mannen: ze zijn moe, lusteloos, kortademig. Dit wordt vaak onterecht geïnterpreteerd als overgangsklachten. Het wordt dus niet altijd op tijd gezien. Uiteindelijk is de ernst daardoor vaak groter en overlijden meer vrouwen dan mannen aan hartziekten. Gelukkig neemt de kennis en belangstelling omtrent het 'vrouwenhart' toe, zowel in de tweede als in de eerste lijn.'

Hartrevalidatie in de tweede lijn

Er is veel onderzoek gedaan naar de effecten van revalidatie bij mensen met hartziekten of chronisch hartfalen. Daaruit blijkt dat hartrevalidatie zorgt voor 50 procent minder kans op nieuwe hartproblemen en 35 procent minder kans om te overlijden door hartproblemen.

Hartrevalidatie is het beweeg- en leefstijlprogramma onder begeleiding van een gespecialiseerde fysio- of oefentherapeut in een hartrevalidatiecentrum/ziekenhuis in de tweede of derde lijn. Daarbij is er ook aandacht voor het mentale deel. Na een hartoperatie is een kwart van de mensen angstig en onzeker, aldus Sandra. 'En dat begrijp ik heel goed: het gaat wel om je hart, de motor van je lijf.'

Hoe start zo'n hartrevalidatieprogramma op? 'Wij nodigen patiënten uit die bij ons waren opgenomen voor een hartoperatie of acuut coronair syndroom. Dit laatste is een verzamelnaam voor (instabiele) angina pectoris en een hartinfarct. Ze moeten wel onder behandeling zijn bij een cardioloog in ons ziekenhuis en wonen meestal in de buurt. Het programma begint met een intakegesprek, ongeveer twee weken na ontslag. Tijdens deze screening stellen we vragen als: hoe gaat het met je, welke activiteiten voer je alweer uit, wat wil je bereiken met hartrevalidatie? Deze mensen



stromen in als ze een fietstest hebben gehad, vier tot zes weken na hun ontslag – afhankelijk van de ingreep of operatie die ze hebben ondergaan. Bij een operatie via het borstbeen wachten we zes weken met het beweegprogramma, bij een klein infarct kan je al eerder beginnen.'

Je hebt ook mensen die niet zijn opgenomen, maar wel met hartklachten op de poli bij de cardioloog komen. Sandra: 'Deze groep komt helaas niet altijd in beeld voor hartrevalidatie, terwijl zij hier wel bij gebaat zouden zijn, bijvoorbeeld om een hartinfarct te voorkomen.'

Zorgmijding

Ondanks de goede resultaten is er ook een groep die niet deelneemt aan het hartrevalidatieprogramma. Sandra: 'Gelukkig gaat dit bij ons om een kleine groep. Het kan komen omdat ze zelfstandig hun activiteiten oppakken. Maar er zijn ook mensen die nog niet helemaal weten waar ze qua bewegen moeten beginnen. Dit komt vaak voort uit onzekerheid en angst. Daarnaast zijn er mensen die aangeven niet te kunnen komen omdat ze bijvoorbeeld geen tijd of vervoer hebben, mantelzorg verlenen of de kosten niet kunnen opbrengen. Een hartrevalidatieprogramma in de tweede en derde lijn wordt vergoed vanuit de basisverzekering, maar er zitten bijvoorbeeld wel parkeerkosten bij een bezoek aan een ziekenhuis of revalidatiecentrum.'

Bekostiging

De bekostiging van hartrevalidatie is complex, aldus Bas Verkes van het KNGF. 'De bekostiging in fases 1 en 2, de acute en de revalidatiefase, gaat via een klinische en poliklinische DBC, dus via het ziekenhuis. Declareren in de eerste lijn is niet mogelijk omdat er daarvoor momenteel geen wettelijke aanspraak is. Tenzij de fysiotherapeutische revalidatie in de DBC wordt uitgevoerd door een eerstelijnspraktijk op basis van onderaannemerschap met afspraken tussen ziekenhuis, medische specialistische revalidatie en de eerste lijn. Voor fase 3, de postrevalidatiefase, zijn er wel mogelijkheden voor bekostiging in de eerste lijn.'

Mensen die lijden aan meerdere (chronische) aandoeningen, denk aan COPD, diabetes of etalagebenen, en/of in de risicogroep vallen doordat ze roken of overgewicht hebben, voelen volgens Sandra vaak een drempel om te komen. 'Terwijl je juist deze groepen in het revalidatieprogramma wil hebben.' Ook mensen met een migratieachtergrond ziet Sandra minder vaak. Zij mijden zorg om verschillende redenen. Dat kan komen doordat zij de Nederlandse taal (nog) niet voldoende beheersen of omdat zij andere

ideeën of gewoonten hebben rondom gezondheid. Andere patiënten hebben psychosociale problematiek en lijken daarom niet of minder gemotiveerd. Sandra: 'Zij zijn bijvoorbeeld somber of depressief. In de nieuwe KNGF-richtlijn Hartrevalidatie bij coronair lijden en chronisch hartfalen hebben we daarom beschreven hoe je het beste met deze groep kunt omgaan. Hartrevalidatie is meer dan alleen een beweegprogramma, het omvat ook psychische en leefstijlbegeleiding. Patiënten met lage gezondheidsvaardigheden

hebben bijvoorbeeld meer aandacht en uitleg nodig. We hopen met de nieuwe richtlijn het bewustzijn hierover onder zorgverleners te vergroten.' Sandra was samen met professionals uit andere zorgdisciplines betrokken bij de ontwikkeling van de richtlijn.

Diverse patiëntengroep

Een deel van de mensen die worden opgeroepen voor hartrevalidatie geeft aan liever naar de eerstelijns fysiotherapeut te gaan, waar ze al bekend zijn. Sandra: 'Dat is begrijpelijk, →



Nieuwe richtlijn Hartrevalidatie



Hartrevalidatie in het MMC.

De vernieuwde KNGF-richtlijn Hartrevalidatie legt nadruk op persoonsgerichte zorg voor patiënten met coronairlijden of chronisch hartfalen. Dit betekent dat de therapeut samen met de patiënt beslist over de best passende behandeling. De richtlijn adviseert dat deze aanpak niet alleen in ziekenhuizen en revalidatie-instellingen wordt toegepast, maar ook in eerstelijnspraktijken.

Norbert Bosmans is eerstelijns fysiotherapeut bij Van Hoof centrum voor therapie & gezondheid in Valkenswaard. Een van de grootste veranderingen ten opzichte van de oude richtlijn is de nadruk op persoonsgerichte zorg, zegt hij. 'Dit houdt in dat we samen met de patiënt beslissen over de best passende behandeling. Het is een stap vooruit ten opzichte van de meer uniforme aanpak van de vorige richtlijn. Persoonsgerichte zorg betekent rekening houden met de individuele behoeften en omstandigheden van elke patiënt. Dit verhoogt de therapietrouw, omdat de zorg beter aansluit bij wat de patiënt nodig heeft.'

Eerste lijn

De richtlijn benoemt nadrukkelijk zorg in de eerste lijn. 'Dit is belangrijk

omdat veel mensen ook geholpen kunnen worden dicht bij huis. Voorheen werden veel patiënten naar de tweede lijn verwezen, wat niet altijd nodig was en de continuïteit van de zorg kon verstoren. In de eerste lijn neem je de barrière van het vervoer naar het ziekenhuis weg. Veel patiënten zijn enthousiast doordat we beter aansluiten bij hun dagelijkse realiteit. Dit vergroot de instroom en vermindert de uitstroom, wat betekent dat meer patiënten de volledige behandeling afronden.'

Een uitdaging is dat sommige patiënten moeite hebben met gedragsverandering, zoals stoppen met roken. 'Het is belangrijk dat we hier goede ondersteuning voor bieden. Daarnaast moeten we rekening houden met regels vanuit de verzekering, die soms beperkingen opleggen aan wat er vergoed wordt in de eerste lijn.'

Regionale samenwerking

Bosmans neemt deel aan een regionaal samenwerkingsverband, waarbij ook Sabine Haaksman, fysiotherapeut bij Máxima Medisch Centrum, betrokken is. 'Ons revalidatieprogramma, dat onlangs een belangrijke Europese accreditatie kreeg, is op

maat gemaakt,' licht ze toe. 'Het kan helpen bij ADL-doelstellingen zoals kleine huishoudelijke taken tot aan het lopen van een halve marathon. Dit sluit mooi aan bij de herziene richtlijn, die een persoonsgerichte aanpak bevordert. 'Tijdens de intake bespreken we samen met de patiënt wat ze willen bereiken. Een leefstijlcoach en een actief beweegprogramma helpen hierbij.'

Meer patiënten kunnen naar de eerste lijn worden verwezen. Het gaat dan om laag risicopatiënten, aldus Sabine. 'De zorg in de tweede lijn wordt steeds complexer, bijvoorbeeld met harttransplantatiepatiënten. We hebben goed contact met de eerste lijn en zij sluiten op indicatie aan bij MDO-overleg. Fysiotherapeuten uit de eerste lijn weten ons steeds beter te vinden, wat ons netwerk versterkt.'

Telerevalidatie

Telerevalidatie is eveneens onderdeel van de herziene richtlijn. 'Voor sommige patiënten is de reis naar het ziekenhuis een hele opgave. Telerevalidatie is dan een uitkomst. Sommige fysiotherapeuten zijn huiverig vanwege veiligheidszorgen, maar met de juiste indicatie kan telerevalidatie vooral voor eenvoudige problematiek heel effectief zijn.'

Uitdagingen

Specifieke uitdagingen bij de tweede lijnsrevalidatie zijn er natuurlijk ook. 'Sommige mensen verliezen hun vertrouwen en moeten ervaren dat ze het kunnen. Andere mensen krijgen paniekaanvallen en blokkeren. Goede begeleiding met ademhalingsoefeningen helpt bij hyperventilatie. Als het te complex is, gaan we een traject in met hulp van een psycholoog uit het multidisciplinaire team. Gemiddeld duurt de revalidatie zeven weken, omdat we goed kijken naar wat iemand nodig heeft om optimaal te revalideren.'

De nieuwe richtlijn hartrevalidatie:



en in sommige gevallen ook een goede keuze als bijvoorbeeld een andere aandoening meer op de voorgrond staat. Wij leggen wel uit dat hun fysiotherapeut het vaak prettig vindt als zij eerst bij ons in het ziekenhuis komen, al is het maar voor de fietstest en een paar trainingen. Na zo'n fietstest weet je precies waar je staat: wat doen de hartslag en de bloeddruk bij inspanning? Krijg je klachten? Het is echt een maximaaltest waarbij je even goed je best moet doen, en die we gebruiken om de intensiteit van de training nauwkeurig te kunnen bepalen. Daarbij wordt de fysiotherapeut in de eerste lijn bij uitzondering vergoed vanuit de basisverzekering, en is niet iedere fysiotherapeut geschoold om dit type patiënt effectief te begeleiden.' De groep die hartrevalidatie volgt, is volgens Sandra heel divers. 'Een hartaandoening kan iedereen treffen. We trainen hier mensen van 25 tot 90 jaar, van sportief tot helemaal niet. De een is slank en de ander heeft overgewicht of obesitas. Soms is de oorzaak een aangeboren hartafwijking, denk aan mensen met een niet goed functionerende hartklep. Die zijn vaak al op jonge leeftijd bij ons in beeld. En er zijn mensen die een ontstoken hartspier hebben als gevolg van een virus. Dit kan al na een paar weken zorgen voor hartfalen en ritmestoornissen, als het hart door de ontsteking erg beschadigd is. Dat is heel schrijnend: die mensen staan midden in het leven en zijn opeens hartpatiënt.'

De patiëntengroep is zeer divers en de hulpvragen dus ook. 'Hier is ook aandacht voor in de nieuwe richtlijn', zegt Sandra 'Je kijkt als zorgverlener echt naar iemands persoonlijke doelen. De één wil weer zo snel mogelijk de eigen sport kunnen doen, denk aan hardlopen of voetballen. Maar

die moet nu ineens pillen slikken die de hartfrequentie beïnvloeden, en heeft daarbij klachten als kortademigheid en verlies van conditie. Die wil weten: kom ik ooit weer op mijn oude niveau? De ander wil weer wekelijks op de kleinkinderen passen en tochtjes kunnen maken op de e-bike.' Sandra benadrukt dat zij en haar collega's niet van iedereen een topsporter willen maken. 'Het gaat ons erom: wat heeft iemand nodig om de eigen activiteiten weer op te pakken, hoe kunnen we iemand als dat nodig is gezonder laten leven en hoe kunnen wij die persoon hierin begeleiden?'

Revalidatietraject op maat

In hoeverre kan een behandeling op maat gemaakt worden? Sandra: 'Dat doet het multidisciplinaire hartrevalidatieteam, in goed overleg met de patiënt. Het begint met een intakegesprek met de verpleegkundige en/of een fysiotherapeut. De cardioloog is eindverantwoordelijke, die beoordeelt de fietstest. En we nemen vragenlijsten af om iemands lichamelijke, sociale en mentale staat vast te stellen. Zo komen we erachter of mensen stress of belemmeringen ervaren in hun omgeving, bijvoorbeeld door een partner die hen afremt.' Ze vervolgt: 'De meeste patiënten volgen een beweegprogramma onder leiding van een gespecialiseerde fysiotherapeut of oefentherapeut. Daarbij hoort ook een stuk voorlichting. Er wordt getraind in groepen van zes tot acht personen. Bij de samenstelling ervan kijken we naar leeftijd, sportverleden, belastbaarheid en iemands voorkeuren en behoeftes. Belangrijke onderdelen zijn conditietraining op de fiets of de loopband, en kracht oefeningen voor de grote spiergroepen. Bij functionele training simuleren we juist bewegingen die

De een moet je stimuleren, de ander juist terugfluiten

je in het dagelijks leven uitvoert of in je werk, denk bijvoorbeeld aan een brandweerman die snel trappen op- en af moet kunnen lopen met veel gewicht. Het mooie van trainen in groepen is de dynamiek: mensen trekken zich aan elkaar op en stimuleren elkaar om gezonder te leven. Verder laten we iedereen kennismaken met ontspanningstherapie; de een gaat daarmee verder, de ander niet. En sommigen doen een cursus, bijvoorbeeld in stressmanagement of stoppen met roken.'

Blijvende gedragsverandering

'Onze rol is om mensen in het ziekenhuis of in het revalidatiecentrum in zes tot acht, soms twaalf weken weer op de rit te krijgen. Patiënten pakken tijdens dit traject hun dagelijkse leven weer op. In dit stadium monitoren wij hen nog: de een moet je stimuleren, de ander juist terugfluiten. En we bespreken: wat ga je doen na de afronding van het traject, hoe denk je blijvende gedragsverandering te realiseren? Het kan voelen als fietsen zonder zijwieltjes, maar het belangrijkste is dat mensen hun eigen grenzen leren kennen. Wij hebben gemerkt dat het niet werkt om iedereen hetzelfde advies te geven, bijvoorbeeld om drie keer per week naar de sportschool te gaan. Gaat jouw buurman regelmatig naar het zwembad? Is er een loopgroepje bij jou in de buurt? Sluit je aan! Het gaat erom dat mensen onderzoeken waar ze blij van worden en wat bij ze past, alleen op die manier houden ze een aangepaste leefstijl vol.' ●

Opgeven is geen optie

Hans: 'Ik had al een tijd enorme hoofdpijnen en kreeg de zeldzame diagnose **durale arterioveneuze fistel (DAVF) graad 3**. Na een ingrijpende hersenoperatie revalideerde ik in het ziekenhuis. Daarna werd ik terugverwezen naar Academas, waar ik al jaren fitness. Samen met mijn zwager ga ik twee keer per week. Ik start dan met fietsen en vertel Maria hoe het met mij gaat, want dat verschilt van dag tot dag. Ik heb blijvende hersenbeschadiging. Mijn oriëntatie, evenwicht, gezichtsveld en parallax zijn verstoord. Verder ben ik sneller overprikkeld door licht en geluid, daar moet ik ook rekening mee houden, want dat kan epilepsieaanvallen uitlokken. Ik kan inmiddels zelfstandig routine-oefeningen op de apparaten doen. Met Maria oefen ik mijn balans. Dit verbetert superlangzaam, maar opgeven is geen optie. Maria geeft mij alle aandacht die ik nodig heb. Ik voel me heel zeker bij haar. Op dagen dat ik niet naar Maria ga, wandel ik of fiets ik op mijn driewieler. Ik wil in beweging blijven, want verder kan ik niet veel. Ik zou het liefst weer op mijn motor zitten en eraan sleutelen, maar ik heb geaccepteerd dat dit niet meer kan. Na een training kom ik altijd voldaan en opgewekt weer thuis.'

Maria: 'Hans gaf aan dat hij moeite heeft met balans. Ik doe met hem lunges op de balansschijf en grond oefeningen om zijn core te verbeteren. Ook doen we oefeningen gericht op zijn uithoudingsvermogen en functionele kracht. Een maand geleden gaf hij aan dat zijn lijf stijf aanvoelde. Toen ben ik met hem oefeningen gaan doen waarbij spierlengte en kracht worden gecombineerd, waaronder de deadlift. Zijn kortetermijngeheugen is aangetast. Op slechte dagen weet hij de oefeningen niet meer en kan hij ze moeilijker uitvoeren. Dan zoek ik een rustige plek en houd mijn mond. En ik versimpel de oefeningen. Zijn doel is behouden wat hij heeft en zijn balans verbeteren zodat hij zich zekerder voelt bij lopen en fietsen. Hij leert snel. Als hij zelf blijft trainen, denk ik dat hij qua conditie prima zal blijven. Maar hij heeft echt iemand nodig om zijn balans te trainen. Als ik dat niet zou doen, kan hij de oefeningen niet uitvoeren. Dan gaat hij ook mentaal achteruit. Het functionele trainen vind ik het belangrijkste. Ik ben echt een mensen-mens en wil dat Hans zich op zijn gemak voelt.'

Maria Roelofsen is fysiotherapeut bij Academas Fysio Training & Health in Leusden.

Ik wil dat Hans zich op zijn gemak voelt



U kent Chemodol,
de hypo-allergene
afwasbare massage-olie.
Maar Chemodis heeft
meer massage-oliën.
Zoals Chemotherm,
een massage-emulsie
met milde en
verantwoorde warmte-
werking. Het zuiver
plantaardige Olivine,
zonder conserveer-
middelen en emul-
gatoren. Chemovine,
speciaal voor de sterk
behaarde huid.

Over de **rug** van Chemodol.

En, speciaal voor de
overgevoelige huid,
Chemoderm met
natuurlijke werkstoffen
en de ongeparfumeerde
Baselin Emulsion
met biologische
eigenschappen.
Uw leveranciers
kunnen u er alles
over vertellen.

Of bel voor meer
informatie:
+31 (0)72 - 520 50 83
www.chemodis.nl



CHEMODIS
Dat ligt voor de hand



Chemodis B.V.
Para-medische Farmacie
Postbus 9160
NL-1800 GD Alkmaar
Tel. +31 (0)72 - 520 50 83
E-mail: sales@chemodis.nl

Op weg naar minimumtarieven

Fysiotherapeuten die al wat langer geleden zijn afgestudeerd, herinneren zich nog hoe moeilijk het was om werk te vinden. In die jaren gingen collega's naar het buitenland om hun beroep uit te oefenen. Dat beeld van een onuitputtelijke voorraad aan fysiotherapeuten is sindsdien blijven hangen. Maar de werkelijkheid is anno 2024 compleet anders. We staan aan de vooravond van structurele tekorten, waar de nationale ambitie om de eerstelijns te versterken onder lijdt. Uiteindelijk zal de patiënt daar de dupe van worden.

De enorme uitstroom komt niet alleen door pensionering. De situatie is ernstiger. Juist veel jonge collega's stoppen ermee omdat de beloning achterblijft en ze makkelijk meer kunnen verdienen buiten de zorg. En dat komt door de belabberde tarieven. Voor het KNGF zijn de tarieven al jaren een speerpunt. Gefrustreerd en tandenknarsend constateren we dat verzekeraars het laten afweten. We mogen wettelijk niet collectief onderhandelen en de ervaring leert dat te hoop lopen tegen de verzekeraars geen euro oplevert. Daarom is het tijd voor een koerswijziging en het bestuur van het KNGF gaat die in de komende maanden inzetten.

Als we met een economische bril naar het probleem kijken, zien we dat de lage tarieven het gevolg zijn van marktfalen. Dit gebeurt wanneer marktwerking maatschappelijk ongewenste uitkomsten oplevert. In ons geval leidt het tot een grote uitstroom van fysiotherapeuten en een verzwakking van de eerstelijns door de veel te lage tarieven.

De zorg kent een toezichthouder, de NZa. Deze kan als marktmeester ingrijpen als zaken uit de rails lopen door marktfalen. Nu is de NZa dus aan zet! Onze lobby zal erop gericht zijn om de NZa minimumtarieven te laten vaststellen waar verzekeraars zich aan moeten houden. We willen reële tarieven. Voor én achter de schermen gaan we voor jullie aan de slag om via deze nieuwe route de zaak in beweging te krijgen.

Lodi Hennink,
Voorzitter KNGF





Coach2Move brengt ouderen in beweging

Het programma Coach2Move helpt om ouderen weer in beweging te krijgen. Geriatriefysiotherapeut Michelle Fransen werkt al acht jaar met dit programma.



Iedereen heeft wel iets om voor in beweging te komen



'Doel van het Coach2Move programma is om kwetsbare ouderen, die fysiek inactief zijn of dreigen te worden, weer in beweging te krijgen', zegt klinisch wetenschapper en fysiotherapeut Lieke Sweerts die werkt aan de implementatie van het Coach2Move programma bij het KNGF. Ze begeleidt cursussen over de aanpak en onderzoekt de effectiviteit.

Bij ouderen spelen vaak meer problemen. Ze hebben soms chronische aandoeningen of een beperkt sociaal vangnet. Door een persoonlijk benadering, speelt Coach2Move hierop in. 'Dat doen we door samen te kijken wat een patiënt de moeite waard vindt om voor in beweging te komen', legt Sweerts uit. 'Oudere patiënten stoppen vaak met bewegen omdat ze angstig zijn of denken het niet te kunnen. Dat kan veranderen als ze een mooi doel hebben om naartoe te werken.'

Iemand duurzaam lichamelijk actief krijgen heeft positieve effecten op de fysieke en geestelijke gesteldheid. 'Bij gewone fysiotherapie help je mensen om in beweging te komen. De

gedachte bij Coach2move is net iets extra', zegt Sweerts. 'Het gaat om wat iemand leuk vindt, in plaats van wat nuttig zou zijn. Omdat je samen met de patiënt op zoek gaat en contacten in de nabije omgeving erbij betrekt, worden de activiteiten beter ingebed in het leven van de patiënt.'

Duurzaam resultaat

Geriatricfysiotherapeut Michelle Fransen werkt al acht jaar met Coach2Move. 'Ik pas de methode eigenlijk altijd toe bij mijn nieuwe patiënten. Het begint met een verlengde intake. Die verlenging is nodig om kwetsbaarheid op verschillende domeinen in kaart te brengen en samen met de patiënt inspirerende, betekenisvolle doelen te formuleren.' Met Coach2Move is het resultaat niet alleen beter, maar ook duurzamer. Ouderen presteren beter op de Timed Up & Go Test (TUG), waarbij iemand opstaat van een stoel, drie meter loopt, terugloopt en weer gaat zitten. Ook is het aantal minuten activiteit per dag hoger na een Coach2Move traject, dan na reguliere fysiotherapie.

En het groeit zelfs nog even door en blijft langer hoog. 'Dat komt omdat je stuurt op eigen regie en door het gestelde doel', legt Fransen uit. 'Mensen willen de activiteit waar ze naartoe werken, blijven uitvoeren. Denk bijvoorbeeld aan een oma die graag weer haar kleinkinderen uit school wil halen. Nu doet haar partner dat. Die neemt ze mee en zij zorgt thuis voor de limonade, gezelligheid en de koekjes. We gaan kijken wat ervoor nodig is om ze zelf weer op te halen en daar gaan we op trainen. Zodra het lukt, geniet oma zoveel van het ophalen van de kleinkinderen, dat ze het zo lang mogelijk wil blijven doen. Daar blijft ze zich dus voor inzetten.'

Krant

Veel ouderen zijn best kwetsbaar. Dan is de winst groot als ze weer in beweging komen. 'Een van mijn patiënten is bijvoorbeeld een oudere dame, die haar appartement niet meer uitkwam', zegt Fransen. 'Haar buurman haalde elke dag de krant voor haar uit de brievenbus, maar dat deed hij de ene dag om negen uur →



's ochtends en de andere dag misschien pas om twee uur 's middags. Mevrouw wilde heel graag zelf weer in staat zijn de krant te halen. Daar moest ze wel een trap voor op en af. We hebben net zo lang geoefend, stap voor stap, tot ze dat kon. In het begin met haar dochter erbij, inmiddels kan ze het zelf. Behalve dat ze in beweging is gekomen en gebleven, heeft ze ook weer een beetje regie terug.'

Schort

Coach2Move begint met een verwijzing van bijvoorbeeld de huisarts of praktijkondersteuner. 'We nemen bij een eerste intake extra tijd om te kijken wat een doel zou kunnen zijn', vertelt Sweerts. 'Zo kunnen we samen bekijken wat ervoor nodig is om dat doel te halen en hoe we dat kun-

nen aanpakken, eventueel met hulp van een naaste. De fysiotherapeut is heel betrokken, maar de patiënt gaat ook veel zelf aan de slag.' Iedereen heeft wel iets om voor in beweging te komen, al is het voor sommige patiënten lastig. 'Het is mooi om de gedachten van de patiënt te volgen', zegt Sweerts. 'Er komen soms verrassende dingen naar voren.' Het doel hoeft niet groot te zijn. Zo kwam Fransen onlangs op huisbezoek bij de 94-jarige mevrouw Van der Meer-Buckers. 'Hoewel ze nog behoorlijk actief was, nam haar onzekerheid toe. Ze werd bang om te vallen en in huis verloor ze regelmatig haar balans. Ook het reiken om iets uit een keukenkastje te pakken, is nog maar met één hand en veel moeite mogelijk. Maar ze wil graag in haar appartement blijven wonen.'

Fransen maakte een plan om de balans te herstellen. 'Al na een week merken we allebei vooruitgang. Stap voor stap herwon ze haar kracht, balans, mobiliteit en zelfvertrouwen. Ze kan nu weer met beide handen koken en na afloop haar schort aan een haakje hoog in de kast hangen. Dat schort staat voor haar symbool voor de groei die ze heeft doorgemaakt.'

Regie

Voor patiënten is het heel fijn dat ze weer zelf de regie kunnen nemen. 'Als je ouder wordt, verlies je rollen in het leven', zegt Fransen. 'Je werkt niet meer, je telt niet meer mee op veel gebieden. Maar je kan ook weer nieuwe rollen aannemen, zoals grootouder of betrokken buur, zodat je je weer zinvol voelt. Ik had bijvoorbeeld een patiënt die heel graag



Geriatricfysiotherapeut Michelle Fransen op huisbezoek bij mevrouw Van der Meer-Buckers (94).

bakte. Koekjes, boterkoek, speculaas. Door een amputatie aan zijn voorvoet kon hij echter niet langer voldoende balans houden om in de keuken te staan. We hebben heel veel geoefend, totdat hij weer kon staan en bakken. Zo kon hij weer de rol van goede gastheer aannemen.'

Fransen kreeg een oudere dame zover om vrijwilligerswerk te gaan doen. 'Ze hield van fietsen, maar had onvoldoende balans. Een duofiets is dan een goede oplossing. Er zijn echter veel ouderen die dat willen, maar onvoldoende vrijwilligers als begeleider. Dat is deze vrouw gaan doen. Behalve dat ze er lichamelijk beter van werd, was het ook een reden om de deur weer uit te gaan.'

Fransen betreft vaak de partner, kinderen of andere naasten bij de behandeling. 'Soms vindt de partner het

gewoon leuk om samen oefeningen te doen. Betrokken kinderen geef ik voorbeelden om samen in beweging te zijn. Zoals samen boodschappen doen of in de tuin werken, in plaats van deze taken volledig uit handen te nemen.'

Effect

Om de effecten van Coach2Move te onderzoeken werden twee studies uitgevoerd; een gerandomiseerde gecontroleerde studie en een implementatiestudie. Uit het eerste onderzoek bleek dat de 64 mensen in de Coach2Move groep, zes maanden na de interventie lichamelijk actiever en minder kwetsbaar waren dan de 66 deelnemers in de reguliere fysiotherapiegroep. Deze resultaten werden bevestigd in de implementatiestudie. 'Die kwetsbaarheid meten we aan de hand van de gezondheid en het fy-

siek, sociaal en psychologisch functioneren', zegt Sweerts. 'Beide groepen werden lichamelijk actiever, maar het effect was groter bij de Coach2Move-groep. Bij die groep bleef het effect ook langer. Patiënten hadden ook na een jaar nog een mindere kwetsbaarheid, bewogen meer en rapporteerden een hogere kwaliteit van leven.'

Samenwerken

Bij Coach2Move wordt veel samengewerkt met andere zorgverleners. 'Bijvoorbeeld met een ergotherapeut, als aanpassingen in huis nodig zijn', zegt Fransen. 'Of met een diëtist, bij mensen die al veel spierkracht zijn verloren, zodat de krachtopbouw ook wordt gevoed met een bijpassend dieet. Regelmatig zoek ik ook contact met het →

sociale domein, bijvoorbeeld ouderenwerkers en buurtcentra.' Er wordt nog gewerkt aan meer bekendheid onder verwijzers. 'Die is nog te klein', zegt Sweerts.

Vergoeding

'Daarnaast wordt de langere intake nog niet door alle zorgverzekeraars vergoed. We zijn nu druk in gesprek met al die zorgverzekeraars om dat voor elkaar te krijgen. We zijn klaar voor de grote verspreiding van de methode. De gesprekken lopen en gelukkig zijn sommige zorgverzekeraars enthousiast.' Fransen krijgt al

Voor patiënten is het fijn zelf regie te nemen

een vergoeding via een addendum contract bij zorgverzekeraar DSW. 'Elk jaar evalueren we de samenwerking en Coach2Move is niet duurder dan reguliere fysiotherapie. Je investeert in het begin, maar bespaart later in de therapie. Het is dus ook kostenefficiënt. Steeds meer collega's mogen deze methode declareren.'

Zelfredzaam

Met de toenemende vergrijzing en met de tendens om ouderen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen neemt de zorgvraag toe. 'Daarom zijn maatregelen nodig waarmee senioren zo lang mogelijk vitaal en zelfredzaam blijven', meent Sweerts. 'Naarmate de kwetsbaarheid toeneemt wordt die wens uitdagender. Omdat fysiek en sociaal functioneren van invloed is op het verminderen van kwetsbaarheid, kan de eerstelijns fysiotherapeut met Coach2Move hier een belangrijke rol spelen.' ●

Coach2Move heeft de hoogste waardering voor effectiviteit van het RIVM Loket Gezond Leven.

Bron: Loketgezondleven.nl

Energie, spieren of concentratie welk magnesium product kies jij?

NIEUW



- ✓ Magnesium is goed bij concentratie, geheugen en leerprestatie
- ✓ Organisch gebonden aan aminozuur L-taurine
- ✓ Goed opneembaar, mild voor het lichaam



- ✓ Magnesium ondersteunt het energieniveau, de spieren en het zenuwstelsel
- ✓ Hooggedoseerde gummies
- ✓ Makkelijk in te nemen
- ✓ Lekkere bessensmaak

ORTHICA
VOEDINGSSUPPLEMENTEN
orthomoleculaire suppletie voor iedereen



(ADVERTORIAL)

EV FYSIO DELDEN

Martijn Eijkholt is een van de leden van de maatschap van EV Fysio Delden, die naast een succesvolle praktijk, ook een zeer succesvolle fitness heeft weten te realiseren. Of nou ja, naast elkaar... het is één geheel waar de twee werelden vloeiend samenkomen. In oktober 2023 openden zij hun vernieuwde vestiging in Delden.

Martijn, die na zijn studie niet bij zijn vader Martin in de praktijk wilde gaan werken omdat "in die behandelkamer mijn wereld te klein is", besloot eerst aan de slag te gaan als freelance projectmanager, iets wat hem een kleurrijkere wereld leek. Dat was ook zo. Tot op een dag zijn vader hem vroeg om een businesscase uit te werken: Hoe kunnen wij onze oefenruimte verder uitbreiden? Een leuke opdracht die Martijn deed beseffen dat hij toch ook wilde bijdragen aan de evolutie van EV Fysio Delden.

Als we vragen naar het succes van EV Fysio, noemt Martijn met stip: "Goed voor elkaar. Dat is onze missie en dat zit in alles wat we doen."

Zo ontstond ook het idee in 2016 om de oefenruimte verder uit te breiden, want hoe mooi is het als ze naast behandelingen hun cliënten kunnen ondersteunen bij het bereiken van een vitaler leven. Cliënten worden vitaler en EV Fysio kan via deze weg alternatieve inkomsten genereren. Een win-win situatie. Dit was een groot succes, maar hoe konden ze de volgende stap zetten? EV Fysio bleef steken op 300 leden, maar een veel groter aantal leden was ook niet haalbaar.

"We verkopen begeleiding, maar hoe kunnen we de protocollen waarborgen en de leden volgen?" Om deze volgende stap te realiseren is EV een samenwerking aangegaan met Technogym, waar ze naast de producten ook het gehele ecosysteem met MyWellness CRM hebben afgenomen. Via het MyWellness CRM nemen ze de leden mee op een op maat gemaakte reis en zijn ze in staat om deze volledig te monitoren. De win-win is hier dat de cliënt fitter wordt en zijn of haar doelen behaalt en EV Fysio nog betere zorg kan leveren dan ze al deden.

Een klantreis kan er als volgt uitzien: het begint met de intake, van daaruit wordt een trainingsschema opgesteld, de trainer stelt samen met de klant de apparatuur in en het schema kan beginnen. Telkens wanneer de cliënt komt trainen, logt hij in op de apparatuur en verschijnen de oefeningen automatisch. De voortgang wordt bijgehouden in het MyWellness CRM-systeem. Komt de klant niet opdagen, dan krijgt de trainer automatisch een melding. Bovendien krijgt de patiënt interessante informatie over bijvoorbeeld voeding of een lezing gebaseerd op zijn of haar interesses.

Maar hoe gaat het dan met de fysiotherapie?

Dat loopt uitstekend. Als een fysiotherapeut een vrij uurtje heeft en de zaal in loopt, keert hij terug met een patiënt, dat kan ik je verzekeren. "Hoe gaat het met je?" "Wel goed, maar een beetje last van mijn nek." "Loop even mee, dan maken we een afspraak en zien we elkaar vrijdag." Super geregeld. Klant blij en jij blij.

Door te investeren in slimme fitnessproducten en een MyWellness CRM-systeem was EV Fysio in staat om de beoogde groei te realiseren waarbij de kwaliteit is gewaarborgd. Momenteel heeft de praktijk 600 leden. Daarnaast vullen de trainers van de gym fysiotherapeuten aan op het gebied van o.a. kracht en conditietraining. En de fysiotherapeuten vullen trainers aan o.b.v. begeleiding bij blessures en andere trainingscomplicaties. De metingen zijn betrouwbaar en eenvoudig uit te voeren op de apparaten en daardoor maken zij het onder andere mogelijk om revalidatie trajecten structureel te monitoren. Hierdoor zijn de patiënten in staat om meer uit hun revalidatie te halen zonder dat daarbij de therapeut continue aanwezig hoeft te zijn. Ondanks dit is de therapeut wel in staat om ze te blijven monitoren. Daardoor zien we dat patiënten die een positieve ervaring hebben met de revalidatie, in de meeste gevallen daarna kiezen voor een lidmaatschap.

Als je nog één advies zou mogen geven, wat zou je dan zeggen tegen je collega's?: "Kijk naar de mogelijkheden. We weten dat de marges niet groot zijn, maar kijk naar wat je eraan kunt doen. Hoe kun je alternatieve inkomsten genereren? Maak van jouw praktijk de vitale plek in de wijk."

En zeg nou zelf, wat is de meest veilige haven om te trainen: bij een sportschool waar de kennis van een fysiotherapeut door de gangen gonst.

VAN FYSIOTHERAPEUT NAAR SOFTWARE-ONDERNEMER

‘Ik heb echt diep moeten gaan’

Fysiotherapeut en voormalig topsporter Jelle Heisen werkte jaren in de praktijk voordat hij het roer omgooide en zijn eigen softwarebedrijf begon. Met Verne Health schopte hij het tot de finale van de Nationale Zorginnovatieprijs 2024.

Hoe ben je op het idee gekomen om deze weg in te slaan?

‘Corona brak uit, en tijdens de lockdown konden we onze patiënten niet meer fysiek zien. We moesten snel schakelen. Ik stelde mezelf de vraag: hoe zal de fysiotherapie eruitzien als we voor altijd in lockdown zitten? Patiënten zitten met vragen en willen graag geholpen worden. En dat begint zodra ze klachten ervaren. Ze willen weten: wat heb ik? Hoelang gaat dat duren? Hoe kan de fysio mij helpen en wat kan ik zelf al doen?’

Jullie ontwikkelden onder andere een chatbot. Hoe werkt dat?

‘Klopt. Via de chatbot-triage-tool krijgt een patiënt 24/7 persoonlijk advies, dus ook als de fysiopraktijk gesloten is. Het algoritme ontwikkelden we op basis van bestaande vragenlijsten, wetenschappelijke evidentie en expert opinions. Ik denk dat de vorm zeker bepalend is voor het succes. Een chatbot is interactiever en persoonlijker dan bijvoorbeeld een standaard vragenlijst.’

Wat heeft een fysiotherapeut daar aan?

‘Uit onderzoek blijkt dat iets meer dan een kwart van het werk van de fysio bestaat

uit administratie. Dat is maar liefst elf uur op een veertigurige werkweek. Dat is niet waarom we voor dit vak gekozen hebben. Je bent fysiotherapeut geworden omdat je mensen wilt helpen en er wilt zijn voor je patiënten. Ons platform zorgt voor verbinding tussen patiënt en fysiotherapeut. De chatbot vraagt bijvoorbeeld hoe het met de patiënt gaat en koppelt dat terug naar de fysiotherapeut. Zo ben je altijd up-to-date over de voortgang van je patiënt. Door slim gebruik van data kan de fysiotherapeut efficiënter werken. De patiënt gebruikt de triagetool om een eerste advies te krijgen. Die antwoorden worden vervolgens verwerkt, zodat de intake al is ingevuld voordat de patiënt in de behandelkamer zit. Je hoeft niet meer naar je beeldscherm te staren en tussendoor je verslag te typen, maar kunt al aandacht geven aan de patiënt. De intake is al ingevuld en je hoeft dan alleen nog aanvullende specifieke vragen te stellen.’

En de patiënt?

‘Op basis van de antwoorden krijgen patiënten direct advies over hoe ze met de klacht kunnen omgaan en oefeningen die ze kunnen doen. Ze kunnen zelf aan de slag met hun herstel en worden zo nodig

→



Ik krijg de kriebels van het woord 'digitaliseren'

Voordat Jelle Heisen als fysiotherapeut aan het werk ging, was hij topsporter en beoefende hij op hoog niveau atletiek. Als praktiserend fysiotherapeut legde hij zich toe op (top) sport en orthopedische revalidatie. Jelle was tien jaar de fysiotherapeut van het Nederlands dameshandbalteam en is onder andere naar de Olympische Spelen van Rio en Tokyo geweest. In 2023 startte hij zijn eigen softwarebedrijf Verne Health.

Data moeten niet alleen dienen als naslagwerk

doorverwezen naar de juiste zorgprofessional, zoals fysiotherapeut of huisarts. Voordeel is dat de patiënt niet hoeft te wachten tot de eerste afspraak om aan het herstel te werken, een tijd die normaal gesproken erg frustrerend is. Uiteraard is dit niet voor iedereen geschikt. Het leent zich met name voor laagcomplexiteit zorg. Daarnaast vraagt het een zekere mate van digitale vaardigheid van de patiënt. We vinden het belangrijk dat het zo toegankelijk mogelijk is. Daarom gebruiken we bijvoorbeeld taalniveau B1, zijn we meertalig en gebruiken we veel visuele ondersteuning.'

Komen ze dan nog wel naar de praktijk?

'Je kunt de chatbot-triagetool zien als de voordeur. Uiteindelijk willen we patiënten begeleiden door het gehele zorgproces. Een deel van de patiënten is hiermee wellicht geholpen en zal niet naar de fysiotherapeut gaan. De vraag is of deze groep anders wel zou zijn gegaan. Wij denken dat we juist mensen bereiken die wel fysiotherapie nodig hebben, maar die daar niet terecht waren gekomen als ze niet door de app waren doorverwezen.'

Hoe was de stap van fysiotherapeut naar fulltime softwareondernemer?

'Ik ben fysiotherapeut in hart en nieren. Maar in de praktijk vroeg ik me regelmatig af waar ik het voor deed. Het voelde meer als productiewerk. Er waren zoveel velden om in te vullen, zoveel klikken, zoveel handmatig werk. Wat levert het mij nu op? Terwijl ik het echt een supermooi vak vind. Ik ben altijd ondernemend geweest en ik had mijn eigen praktijk. Het was moeilijk om het hoofd boven water te houden. In 2022 is de praktijk gestopt en daarna stelde ik mezelf de vraag: hoe kan ik mijn kennis en ervaring gebruiken om het vak te helpen en écht toekomstbestendig

te maken? Het was niet makkelijk en in het begin worstelde ik met financiering. De meeste ondernemingen mislukken voordat ze überhaupt beginnen. Ik heb echt diep moeten gaan om uiteindelijk te komen tot waar ik nu sta.'

In hoeverre speelt jouw ervaring in de topsport hier een rol?

'Als fysiotherapeut en in de topsport ben ik altijd op zoek naar het beste. In mijn werk liep ik vaak tegen de belemmeringen van de software aan. Voor mij was software ontwikkelen nooit een doel, maar een middel om het vak vooruit te helpen. Ik wil de zorg verbeteren. Om van een idee een plan te maken en dat ook echt uit te voeren, dat is volhouden. Je komt veel drempels tegen als ondernemer. Al die drempels, daar moet je van leren en daar moet je mee door ontwikkelen. Die mindset neem ik mee uit de topsport.'

Mis je de praktijk nog wel eens?

'Ik mis de dynamiek en interactie met patiënten. Maar ik geloof in mijn visie en denk dat ik nu meer bijdraag voor collega's die nog in het vak zitten. Ik begon als praktiserend fysiotherapeut. Nu werk ik overstijgend en ik hoop dat ik praktijken en het vakgebied verder kan helpen. Dat is voor mij belangrijker dan het missen van mijn vak.'

Hoe zie jij de toekomst van AI in de fysiotherapie?

'Administratie zal er altijd bij horen, maar de manier waarop zal in snel tempo veranderen. Als je systemen slim maakt, kun je ze voor jou laten werken, in plaats van andersom. De data die we invoeren moeten niet alleen dienen als naslagwerk, maar ons helpen het zorgproces beter in te richten en behandelresultaten te verbeteren. Zo kan AI helpen met het automatisch inplannen van de

afspraken. Want op basis van de intake, het lichamelijk onderzoek en de diagnose kun je al inschatten hoeveel behandelingen er nodig zullen zijn. En spraak-naar-tekstsystemen kunnen de administratielast verlichten. Bijvoorbeeld met het invullen van velden in het EPD, terwijl jij in gesprek bent met je patiënt.'

Wat hoop je te bereiken?

'Technisch is al van alles mogelijk, maar het is ook een kwestie van cultuurverandering en dat duurt langer. Ik krijg de kriebels van het woord 'digitaliseren'. Voor mij betekent dit dat er fysieke handelingen worden gedaan, die uiteindelijk digitaal worden vastgelegd. Dat gaat niet ver genoeg. Wij willen een fysieke handeling, zoals het invullen van je dossier, echt vervangen door een digitale oplossing. Zo willen we graag de gegevens die we ophalen via de app direct koppelen aan het EPD. We proberen ook de zorgverzekeraars mee te nemen, zo werken we nu samen met Zilveren Kruis. Je kunt veel zeggen van zorgverzekeraars, maar ze zijn een integraal deel van ons zorgstelsel en door ze aan te haken kun je veel beter het gesprek voeren. Ik hoop dat wij met onze producten praktiserend fysiotherapeuten kunnen ondersteunen in een andere manier van werken. Door te laten zien dat je ook op andere manieren geld kunt verdienen, waardoor het vak financieel gezonder wordt en mensen ook langer in het vak blijven. Ik wil vooral dat fysiotherapeuten weer meer werkplezier krijgen.' ●

Evidence Based Practice in Health Care **MSc/Drs**

**TWEEJARIGE UNIVERSITAIRE DEELTIJD MASTERSTUDIE
TOT KLINISCH EPIDEMIOLOOG
(MEDISCH WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEKER)**

Geen premaster nodig!

START 23^E ACADEMISCH JAAR SEPTEMBER 2024

BRIDGING HEALTH CARE AND SCIENCE

- ▶ Een eersteklas carrièrestap als startpunt naar een hoog wetenschappelijk niveau.
- ▶ Modern en actueel onderwijs met een multidisciplinaire benadering.
- ▶ (Inter)nationaal gerespecteerd en NVAO-geaccrediteerd.
- ▶ Voor verpleeg- en verloskundigen, medici, paramedici en promovendi.

CONTACT, VOORLICHTINGSDATA, INFORMATIE EN AANMELDING: WWW.AMC.NL/MASTREBP



Koelenisbeter.nl
Sneller herstellen van uw operatie

Versterk uw fysiobehandeling met onze handzame koelapparaten, die de pijn en zwelling na een knie-, hand- of schouderoperatie kunnen verminderen en het herstel kunnen versnellen.



Scan & bekijk direct
de mogelijkheden

**Adverteren in
FysioPraxis?**

SENSOPRO LAUNCH EVENT

5 September
2024
■ namiddag en avond

**Utrecht Centraal
Station**

«Queen and King
of the court»

SAVE THE DATE

Meld je hier aan.



SENSOPRO



Nogal wat fysiotherapeuten werken in het buitenland. Sommigen vertrekken en keren na een tijd, een ervaring rijker, terug. Anderen blijven daar. In 'Over de grens' delen zij hun verhaal. Deze keer: Robert Smaal, eigenaar van gezondheidscentrum Bon Bida Bonaire ('Goed leven'). Samen met zijn vrouw, ook fysiotherapeut, en twee zoons van negen en elf woont hij in Kralendijk, Bonaire.

'Ik wilde terug naar de Caribische kneuterigheid'

Toen Robert Smaal net na zijn afstuderen vertrok naar Bonaire, wist hij nog niet dat hij er nooit meer weg zou willen.

'Een dag na mijn diploma-uitreiking stapte ik in het vliegtuig naar Bonaire. Ik werkte er zes jaar als fysiotherapeut en later als praktijkeigenaar. Daarna keerde ik terug naar Nederland, maar dat duurde niet lang. Ik miste de kneuterigheid van de Cariben. Hier heb ik meer woon- en werkplezier. In 2007 kocht ik mijn eigen praktijk op Bonaire, die inmiddels is uitgebreid tot een multidisciplinair gezondheidscentrum.

Personeel

Er zijn geen BIG-geaccrediteerde opleidingen in onze regio, daarom zijn alle fysiotherapeuten binnen ons team in Nederland opgeleid. Personeel werven en behouden is lastig. Het aanbod van opleidingen en stageplekken is beperkt. Fysiotherapeuten die bij ons komen werken vinden de lagere regeldruk een verademing, maar gaan na een tijdje toch weer terug naar Nederland.

Vrijheid

Ik houd de ontwikkelingen in de zorg in Nederland in de gaten. Ik heb veel vrijheid om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Binnen Bon Bida Bonaire hebben we verschillende specialismen. Veel lokaal gebruikte 'evidenced based' protocollen ontwikkelen wij. Een voorbeeld is het multidisciplinaire programma voor hart- en longrevalidatie, dat we in samenwerking met specialisten hebben ontwikkeld en geïmplementeerd.

Tijd en geduld

Wanneer ik kan aantonen dat initiatieven bijdragen aan de gezondheid van onze patiënten, krijg ik partijen als het zorgkantoor mee. Het kost meer tijd en geduld dan in Nederland, maar dat komt ook omdat we in de Cariben soms worden vergeten door het ministerie van VWS. Een voorbeeld is de GLI. Omdat de noodzaak nog hoger is onder de bevolking dan in Europees Nederland, werkten we al jaren aan leefstijlprogramma's. De GLI werd hier jammer genoeg pas veel later ingevoerd en eerst als pilot met een maximaal aantal deelnemers. Zo ontstond de situatie dat de GLI wél in de regeling 'aanspraken zorg' stond, maar niet meer mocht worden uitgevoerd door zorgverleners. Ik vind het onderdeel van mijn werk om dit soort situaties bespreekbaar te maken bij belanghebbenden. ●

*Lijkt het je ook leuk je verhaal te vertellen in deze rubriek?
Laat het ons weten via fysiopraxis@kngf.nl*

Robert Smaal >

Bonaire



OEFENTHERAPIE:

Effect op intramusculair vet in paraspinale spieren

Deze systematische review levert matig kwalitatief bewijs dat intramusculair vet in de paraspinale spieren niet reduceerbaar is door oefentherapie bij lage rugpijn.

De grootte, samenstelling en compositie worden gezien als belangrijke biologische markers voor de gezondheid van spieren.¹ Zo kan de gezondheid van de paraspinale spieren, als de lumbale multifidus en erector spinae, worden bepaald bij mensen met lage rugpijn (LRP).¹ Het bewijs voor spiergrootte en -vorm als biologische marker voor paraspinale spiergezondheid is echter tegenstrijdig.^{2,3} De spiercompositie, in het bijzonder de mate van intramusculair vet, zou naar verwachting een goede weergave zijn van verminderde paraspinale spiergezondheid.³ Niet-contractiel intramusculair vet lijkt de ruimte van atrofische spiervezels in te nemen. Het is vooral aanwezig tussen de epimysiale, perimysiale en lumbosacrale grenzen van de lumbale multifidus en de erector spinae.⁴ De verwachting is dat vervanging van spierweefsel door niet-contractiel vetweefsel, gerelateerd is aan verminderde spier functionele capaciteit.⁵ Dat kan leiden tot verminderde vermoeidheidsweerstand bij lichamelijke activiteiten.²

Intramusculair vet in de paraspinale spieren blijkt doorgaans in grotere mate aanwezig te zijn bij mensen met LRP in vergelijking met leeftijdsgenoten zonder LRP⁶ en is geassocieerd met fysieke inactiviteit,⁶ spierfunctie⁸ en mate van beperkingen.⁹ Het verminderen van intramusculair vet in de paraspinale spieren, gepaard gaande met het vergroten van de spiercontractiliteit en -functionele capaciteit, wordt erkend als een revalidatiedoel.⁷ Een eerdere systematische review¹⁰, gepubliceerd in 2014, bracht echter tegenstrijdig bewijs aan het licht over de omkeerbaarheid van de kwaliteit van de paraspinale spieren door middel van oefentherapie. Sindsdien zijn er geen updates meer gepubliceerd. Een nieuw systematisch literatuuronderzoek is gerechtvaardigd.

Methode

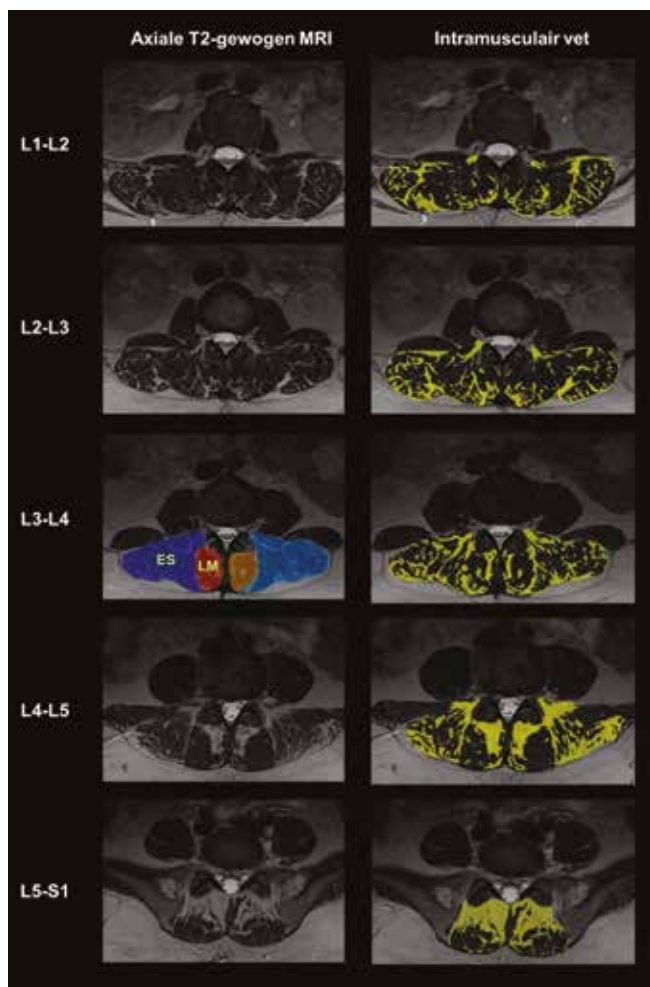
Pubmed, CINAHL en Embase werden vanaf het begin tot juli 2022 doorzocht. De PICO-benadering werd gebruikt om twee onderzoeksvragen te formuleren. De eerste vraag was: Is oefentherapie (I)



Dit artikel is tot stand gekomen onder verantwoordelijkheid van de NVMT.

effectiever dan controle (C) bij het verminderen van intramusculair vet in de paraspinale spieren (O) bij mensen met LRP (P)? En de tweede vraag was: Is intramusculair vet in paraspinale spieren omkeerbaar (O) door oefentherapie (I) bij mensen met LRP (P). Gerandomiseerde, niet-gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken (RCT en niet-RCT's) en enkel-armige cohortonderzoeken werden geïncludeerd als ze aan de volgende vier criteria voldeden: het onderzoek omvatte alleen mensen met LRP in de interventiegroepen, de patiënten waren achttien jaar en ouder, de kwantificering van intramusculair vet van de paraspinale spieren was gebaseerd op Magnetic Resonance Imaging (MRI) of Computertomografie (CT), en oefentherapie was opgenomen als een interventie om intramusculair vet in de paraspinale spieren om te keren. Een voorbeeld van de kwantificatie van intramusculair vet middels MRI is visueel weergegeven in Figuur 1. Enkel-armige cohortonderzoeken werden alleen geïncludeerd om de voor-en-na verschillen te onderzoeken van oefentherapie (onderzoeksvraag 2). De paraspinale spieren werden gedefinieerd als de lumbale multifidus en/of erector spinae (longissimus, iliocostalis en spinalis). Studies werden uitgesloten als ze echografie als beeldvormingsmethode gebruikten vanwege het lage contrast om intramusculair vet te onderscheiden van spierweefsel. De kwaliteitsbeoordelingen voor de RCT's werden uitgevoerd volgens de checklist van de Cochrane Collaboration¹¹, en de niet-RCT's en enkel-armige cohortonderzoeken werden beoordeeld met behulp van de ROBINS-I tool.¹² De geselecteerde artikelen werden onafhankelijk beoordeeld op kwaliteit door twee onderzoekers (EW en JP). Effectgroottes en statistische power werden berekend voor (1) oefentherapie versus controle, en (2) veranderingen vóór-en-na oefentherapie. Effectgroottes werden beschouwd als klein (Cohen's $d = 0,2$), gematigd (Cohen's $d = 0,5$) en groot (Cohen's $d = 0,8$).¹³ Beschikbare gegevens uit de RCT's werden indien mogelijk samengevoegd via meta-analyse. Anders werden de gegevens kwalitatief gesynthetiseerd. →

Figuur 1



Axiale T2-gewogen MRI opnames per discus niveau (links) en 2D visualisaties van intramusculaire vet (rechts). De anatomische cross-referenties en/of segmentaties zijn weergegeven voor de lumbale multifidus (LM) en erector spinae (ES) ter hoogte van de discus tussen L3-L4.

Resultaten

Twee RCT's^{14,15}, één niet-RCT¹⁶ en drie enkel-armige cohortonderzoeken^{4,17,18} voldeden aan de selectiecriteria. In totaal werden 161 patiënten opgenomen in deze review (41 procent (n = 66) vrouwelijk en 59 procent (n = 95) mannelijk). Van deze patiënten hebben er 118 een trainingsprogramma ondergaan. Verschillende beeldvormingstechnieken werden gebruikt in de opgenomen studies. De gegevens en kwantificatiemethoden zijn niet samengevoegd voor een meta-analyse vanwege aanzienlijke klinische heterogeniteit. Effectgroottes

uit de RCT's lieten geen significante verschillen zien voor oefentherapie versus controle. Eén RCT¹⁵ met een hoog risico op bias toonde een significant voor-en-na oefentherapie verschil met een matige effectgrootte, maar slechts op één (T12-L1: effectgrootte -0.68; statistische power = 0.61) van de onderzochte niveaus.

Discussie

Er is bewijs van matige kwaliteit dat intramusculair vet in de paraspinale spieren niet omkeerbaar is door oefentherapie bij mensen met LRP. Onze conclusie is gebaseerd op de volgende

observaties: (a) de berekende effectgroottes van de RCT's^{14,15} voor oefentherapie versus controlegroepen waren niet significant en hadden een lage statistische power, (b) slechts één van de zes studies toonde een significant voor-en-na oefentherapie verandering op het niveau T12-L1, maar had een matige effectgrootte en een lage statistische power. Deze studie¹⁵ was van lage methodologische kwaliteit. De vijf andere studies toonden geen significante voor-en-na oefentherapie veranderingen. Het ontbreken van gunstige resultaten voor oefentherapie in de huidige review kan te wijten zijn aan verschillende factoren. Deze factoren hebben betrekking op de generaliseerbaarheid of toepasbaarheid van de effectschattingen:

Kwantificeren van intramusculair vet

Deze systematische review omvatte klinische studies die intramusculair vet kwantificeerden met behulp van MRI of CT, met aanzienlijke meetvariabiliteit die de mogelijkheid beperkten om effectschattingen te combineren. Bijvoorbeeld vonden we grote verschillen in de gemeten niveaus (meerdere axiale opnames versus één axiale opname en op verschillende lumbale niveaus), zijden (unilateraal versus bilateraal) en segmentatie methoden (inclusie versus exclusie van epimusculair vet tussen de aponeurose van erector spinae en de thoracolumbale fascie). Een consistente en consensus gestuurde meetbenadering wordt aanbevolen om in toekomstig onderzoek de methodologische consistentie te vergroten en vergelijking van bevindingen tussen studies te verbeteren.¹⁹ Wij ontwikkelen momenteel een algemeen MRI-acquisitieprotocol voor spieren. Voortgang en gebruikte programmeercodes zullen openbaar beschikbaar komen op: <https://github.com/MuscleMap/MuscleMap>.

Duur van oefentherapie

De oefeninterventies omvatten korte behandelperiodes variërend van acht

Tabel 1. Bewijssynthese criteria voor niveau van bewijslast

Niveau van bewijs	Beoordeling	Criteria
Bewijslast van hoge kwaliteit	+++ OF ---	Meerdere onderzoeken met methodologische kwaliteit beoordeeld als ten minste "goed" OF één onderzoek met methodologische kwaliteit beoordeeld als uitstekend en consistente bevindingen (+ OF -) EN totale steekproefomvang > 100
Bewijslast van matige kwaliteit	++ OF --	Meerdere onderzoeken met methodologische kwaliteit beoordeeld als "redelijk" OF één onderzoek met methodologische kwaliteit beoordeeld als "goed" EN consistente bevindingen (+ OF -) EN totale steekproefomvang > 50
Bewijslast van lage kwaliteit	+ OF -	Één onderzoek met methodologische kwaliteit beoordeeld als "redelijk" EN consistente bevindingen (+ OF -)
Tegenstrijdig bewijs	+ / -	Meerdere studies en conflicterende resultaten
Geen bewijs	?	Alleen studies met methodologische kwaliteit die als 'slecht' beoordeeld is of alleen studies met onduidelijke bewijslast +: positief, -: negatief, ?: onbepaald.

+: positief, -: negatief, ?: onbepaald.

tot zestien weken. De optimale duur en intensiteit van een oefenprogramma om intramusculair vet effectief te verminderen blijft onbekend.²⁰ Er is gerapporteerd dat substantiële aanpassingen in de spierhomeostase pas na acht weken oefening duidelijk worden²¹ en mogelijk zelfs langer kan duren bij aanwezigheid van meerdere factoren, zoals een slechte conditie.²² Als zodanig blijft het twijfelachtig of een oefenperiode van acht tot zestien weken voldoende is om een afname van intramusculair vet in de paraspinale spieren te kunnen waarnemen bij mensen met LRP. Toekomstig onderzoek zou zich moeten richten op oefenprogramma's met een langere behandelduur.

Subpopulaties van patiënten

Het is waarschijnlijk dat elk type LRP wordt gekenmerkt door een unieke en tijdsafhankelijke fysiologische basis van spierweefsel.² Bijvoorbeeld hebben mensen met continu chronische LRP (LRP gedurende minstens drie maanden, zeven dagen per week pijn) een verhoogde mate van intramusculaire vet in de paraspinale spieren in vergelijking met mensen met recidiverende LRP (terugkerende pijn aanvallen van minstens 24 uur, gevolgd door een pijnvrije periode

van minstens een maand) en niet-continu chronische LRP (LRP gedurende minstens drie maanden, drie à vier dagen per week pijn).²³ Daarnaast werd in slechts één van de studies⁴ gecontroleerd voor populatie gerelateerde verstoringen zoals leeftijd, geslacht, ras/ethniciteit en lichaamssamenstelling. Intramusculair vet neemt in grotere mate toe bij vrouwen dan bij mannen.²⁴ Ook neemt het toe met leeftijd²⁵ en de grootte van toename kan verschillen tussen ethniciteiten.²⁶ Het is dus waarschijnlijk dat de omkeerbaarheid van intramusculair vet in de paraspinale spieren verschilt tussen patiëntsubpopulaties en dat effecten van oefentherapie worden gemaskeerd door 'normatieve' populatie gerelateerde factoren. Toekomstige prospectieve studies met goed gedefinieerde patiëntsubpopulaties moeten dit verder onderzoeken. Daarnaast moeten de effecten worden gecorrigeerd voor populatie-gerelateerde verstoringen.

Steekproefgrootte

Eén RCT¹⁵ dat een statistisch significant effect voor-en-na oefentherapie liet zien op niveau T12-L1, omvatte de grootste steekproefgrootte (n=61). De andere studies die geen

statistisch significante veranderingen door oefentherapie lieten zien, omvatten kleinere steekproefgroottes (n < 30). Een kleine steekproefgrootte kan hebben bijgedragen aan een statistisch ondergewaardeerde effectschatting (type II-fout).²⁷ Daarom zijn grotere steekproefgroottes nodig om de statistische kracht te vergroten.¹³

Conclusie

Deze systematische review levert matig kwalitatief bewijs dat intramusculair vet in de paraspinale spieren niet reduceerbaar is door middel van oefentherapie bij mensen met LRP. Meer klinische studies met een consistente en consensus gestuurde meetbenadering, grotere steekproefgroottes en langere behandelduur zijn nodig om stevige conclusies te trekken over de reduceerbaarheid van intramusculair vet door middel van oefentherapie bij mensen met LRP. ●



e.o.wesselink@vu.nl

Scan de QR-code voor de literatuurlijst:





Beeldbellen lijkt geen blijvertje

In coronatijd was er een duidelijke urgentie om beeldbellen te integreren, maar inmiddels ebt dit weg. Hoewel fysiotherapeuten de meerwaarde wel zien, zegt een klein deel dat ze beeldbellen blijven gebruiken. Het niet hands-on kunnen handelen, gebrek aan kennis en vaardigheden en de financiële vergoeding zijn belangrijke redenen.

Binnen de fysiotherapie is steeds meer aandacht voor 'blended care'; een combinatie van face-to-face consulten met tijds- en plaats onafhankelijke zorg.¹ De recentelijk verschenen KNGF-richtlijn 'zorg op afstand' definieert dit als: alle zorgactiviteiten tussen patiënt en zorgverlener die op afstand worden gegeven. Dit gaat zowel om asynchrone digitale zorg via bijvoorbeeld apps, wearables of websites als om synchrone zorg in de vorm van videoconsulten of telefonische consulten.²

In dit onderzoek richtte wij ons op beeldbellen, ook wel videobellen, videoconsult, e-consult of beeld(scherm)consult, waarbij een zorgverlener op afstand zorg verleent aan een patiënt. Beeldbellen kan een waardevolle en effectieve aanvulling zijn binnen het fysiotherapeutisch handelen.^{3,4} In Nederland is tijdens de coronapandemie een onderzoek uitgevoerd om meer inzicht te krijgen in beeldbellen vanuit het perspectief van fysiotherapeut en patiënt.⁵ Toen was de meerwaarde voor de fysiotherapeut duidelijk. Bijna de helft van het aantal respondenten uit dat onderzoek was zeer tevreden over het gebruik van videobellen, maar tweederde gaf aan beeldbellen niet meer te gaan gebruiken als de coronamaatregelen zouden afnemen.⁵ De respondenten zagen vooral meerwaarde in het niet hoeven reizen en de zelfredzaamheid die met beeldbellen

werd gestimuleerd bij de patiënt. Wij wilden weten hoe fysiotherapeuten na de coronaperiode tegen beeldbellen aankijken. Onze centrale vraag was: Hoe wordt de waarde van beeldbellen binnen het fysiotherapeutisch methodisch handelen (FMH) beoordeeld door fysiotherapeuten in de eerste lijn in Nederland? De centrale vraag in dit onderzoek luidt: "Hoe wordt de waarde van beeldbellen binnen het fysiotherapeutisch methodisch handelen (FMH) beoordeeld door fysiotherapeuten werkzaam in de eerste lijn in Nederland?"

Werving deelnemers

We verzamelden gegevens via een eenmalige schriftelijke enquête en semigestructureerde interviews onder eerstelijns fysiotherapeuten werkzaam in Nederland. Deelnemers wierven we via Google. Daarbij is gezocht naar fysiotherapiepraktijken die op hun website aangaven videobellen te gebruiken of in het verleden te hebben gebruikt. De gebruikte trefwoorden waren: "fysiotherapie", "zorg op afstand", "e-health", "videobellen" en "beeldbellen". De fysiotherapeuten ontvingen een informatiebrief en verzoek tot deelname aan de enquête via e-mail. Na twee weken is een reminder verstuurd. Aan het einde van de enquête werd gevraagd of de fysiotherapeuten wilden deelnemen aan een interview. →

Enquête

De enquête is opgesteld aan de hand van de Telehealth Usability Questionnaire (TUQ).⁶ Dit is een betrouwbare en valide vragenlijst bestaande uit 21 vragen, onderverdeeld in zes domeinen: bruikbaarheid, gebruiksgemak en leerbaarheid, interactieve kwaliteit, betrouwbaarheid en tevredenheid en toekomstig gebruik.⁶ We scoorden de enquête aan de hand van een zeven-puntsschaal, lopend van 1= 'niet mee eens' tot en met 7= 'mee eens'. Hoe hoger de score, hoe positiever de uitslag van de TUQ. Verder werden vier open vragen gesteld over het gebruik en de toepassing van beeldbellen. Eén van de vragen ging over de toepassing van beeldbellen binnen het Fysiotherapeutisch Methodisch Handelen; het stellen van een diagnose, opstellen van een behandelplan en uitvoering en evaluatie van de behandeling.⁷

Opzet interviews

De onderwerpenlijst voor de interviews is opgesteld aan de hand van het e-Health waardenmodel, dat de Erasmus Universiteit ontwikkelde.⁸ Met dit waardenmodel is het mogelijk om met stakeholders te discussieren over de waarde van een specifieke e-Health applicatie, aan de hand van een tiental thema's die voortkomen uit een uitgebreide literatuur-

 **53%**

gaf aan beeldbellen niet of nauwelijks meer te gebruiken

studie en interviews met experts.⁸ De antwoorden uit de enquête gebruikten we om verdiepende vragen te stellen in de interviews. Elke interviewdeelnemer ondertekende een informed consentformulier. De interviews zijn opgenomen met een audiorecorder of via Teams en zijn volledig getranscribeerd, waarna een tweede lid van de onderzoeksgroep de transcripten controleerde. Na het transcriberen zijn de gegevens door twee verschillende leden van de onderzoeksgroep, onafhankelijk van elkaar, open, axiaal en selectief gecodeerd. Als er geen consensus over de codering was dan werd een derde lid van de onderzoeksgroep geconsulteerd.⁹

Resultaten

Enquête

We benaderden honderd fysiotherapiepraktijken voor deelname

aan de enquête. Dit resulteerde in 34 volledig ingevulde en bruikbare enquêtes en één onvolledige enquête, waarvan de gegevens niet bruikbaar waren voor het onderzoek. De resultaten van de enquête zijn weergegeven in tabel 1.

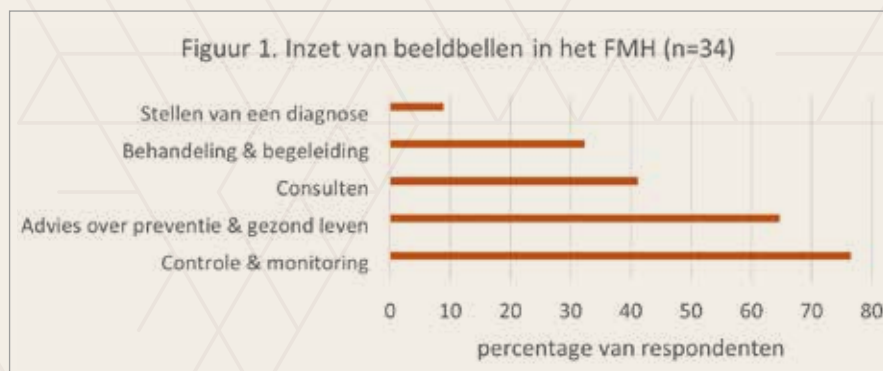
Over het algemeen beoordeelden de deelnemers het gebruik van beeldbellen positief (52 procent heeft een score van 5 of hoger). Zeker het gebruiksgemak en de technische kant van het beeldbellen werd positief beoordeeld. De waarde van beeldbellen werd minder gezien bij productiviteit en patiënt-therapeut relaties. Op het domein 'betrouwbaarheid' werd het laagst gescoord. Eén van de vragen bij dit domein was: "Ik denk dat de afspraak via het beeldbellen hetzelfde is als face to face afspraken". Hier werd laag op gescoord, namelijk (gem(sd): 2,3 (1,6)). Na 'betrouwbaarheid' werd relatief het laagst gescoord op 'bruikbaarheid' en 'tevredenheid/ toekomstig gebruik'. Wat opviel, was dat de spreiding hier het grootst was onder de respondenten. Bij 'toekomstig gebruik' gaf 35 procent aan beeldbellen in de toekomst niet meer te gaan gebruiken.

Gebruik in FMH-model

Eén van de open vragen uit de enquête was: "Waar in het Fysiotherapeutisch Methodisch handelen zet u beeldbellen het meeste in? Hier zijn meerdere antwoorden mogelijk." In figuur 1 staan de antwoorden op deze vraag. Beeldbellen wordt voornamelijk ingezet in het behandelproces. Het grootste gedeelte (73,5 procent) gaf aan beeldbellen het liefst toepast voor controles en monitoring. De antwoorden op de open vragen over de frequentie van toepassen van beeldbellen en bij welke patiënten dit wordt uitgevoerd staan, respectievelijk in figuur 2 en figuur 3.

Opvallend is dat 26 procent van de respondenten aangeeft beeldbellen

Figuur 1: Inzet van beeldbellen in het FMH (n=34)



FMH=Fysiotherapeutisch Methodisch Handelen

niet meer te gebruiken na de corona periode. Op een aanvullende vraag geeft slechts 18 procent van de respondenten aan beeldbellen nog regelmatig te gebruiken. Belangrijkste redenen waren: “beeldbellen hoort bij de zorg van nu”, “het is makkelijk in te zetten bij een follow-up” en “het biedt logistiek meer mogelijkheden”. Zoals te zien is in figuur 2 wordt beeldbellen hoofdzakelijk ingezet bij patiënten die niet naar de praktijk kunnen komen. Daarnaast benadrukt 21 procent van de respondenten dat het belangrijk is, dat patiënten digitaal vaardig zijn voor beeldbellen.

Uitkomst interviews

In de enquête gaven vijf fysiotherapeuten aan geïnterviewd te willen worden. Hieronder bespreken we de belangrijkste thema's die naar voren kwamen uit de analyse van de interviewgegevens.

Meerwaarde

De geïnterviewden gebruikten beeldbellen voor evaluatiedoelinden, controle afspraken en intake- en anamnesegeprekken. Het biedt volgens hen flexibiliteit voor zowel fysiotherapeut als patiënt en het bespaart kosten en reistijd. Beeldbellen is goed toe te passen als de patiënt niet in staat is om fysiek naar de praktijk te komen en het stelt de fysiotherapeut in staat om vanuit huis te werken. Ook gaven de geïnterviewden aan dat beeldbellen goed is voor intercollegiaal of professioneel overleg.

Randvoorwaarden

Om goed te kunnen beeldbellen is een goede (wifi)verbinding, goed camerabeeld en geluid een eerste vereiste. Ook de ruimte waarin het beeldbelgesprek plaatsvindt is belangrijk vanwege privacy. Verder is het belangrijk dat de patiënt de juiste gezondheidsvaardigheden en digitale vaardigheden bezit. Veiligheid voor de patiënt is daarbij ook een

Tabel 1. Resultaten uit de enquête (n=34)

	GEM	SD	% score ≥5
Totaal TUQ (0-7)	4,4	2,0	52
Domeinen:			
- Bruikbaarheid	4,1	2,3	43
- Gebruiksgemak en leerbaarheid	4,9	2,0	64
- Interface kwaliteit	4,9	1,9	65
- Interactieve kwaliteit	4,5	2,0	56
- Betrouwbaarheid	3,7	1,8	35
- Tevredenheid en toekomstig gebruik	4,2	2,1	46

TUQ = Telehealth Usability Questionnaire; 0 is de laagste score en 7 is de hoogste score; hoe hoger de score op de TUQ hoe positiever. Gem=gemiddelde; SD=standaarddeviatie.

Figuur 2: Hoe vaak past/ paste u beeldbellen toe in de praktijk (maandelijks)? (n=34)



Figuur 3: Bij welke patiënten past/ paste u beeldbellen toe? (n=34)



issue. Beeldbellen moet volgens de geïnterviewden worden gezien als een onderdeel van 'blended care'. Het is een tool in de gereedschapskist.

Nadelen

De nadelen van beeldbellen werden vooral gezien in de patiënt-therapeut relatie; het is lastiger een vertrouwensband te creëren, non-verbale communicatie en emoties op te merken. Daarnaast gaven geïnterviewden aan dat onderzoek moeilijker kan zijn voor de camera, omdat de therapeut dan niet hands-on kan handelen.

Wensen

Onder de geïnterviewden was duidelijk behoefte aan een handreiking over hoe beeldbellen op een juiste manier kan worden ingezet en geïntegreerd in het FMH. Ondersteuning in het toepassen van beeldbellen op e-Health in het algemeen zou welkom zijn. Daarnaast stelden geïnterviewden voor om beeldbellen te integreren in het curriculum van de opleiding fysiotherapie. Tot slot gaven zij aan dat een juiste financiële vergoeding voor beeldbellen nodig is.

Discussie

Met dit onderzoek wilden we een beeld krijgen welke waarde beeldbellen volgens de fysiotherapeut in de eerste lijn heeft als middel in het FMH. Hoewel de meerwaarde van beeldbellen wel degelijk wordt gezien, is de toepassing daarvan nog beperkt. Redenen zijn: een mogelijke negatieve impact op de patiënt-therapeut relatie, het niet hands-on

kunnen handelen en de financiële vergoeding. Daarnaast hebben fysiotherapeuten behoefte aan duidelijke informatie over het adequaat toepassen van beeldbellen binnen het FMH.

De bevindingen uit dit onderzoek komen overeen met eerder onderzoek bij Nederlandse fysiotherapeuten in de eerste lijn.^{5,10} In een onderzoek tijdens de coronapandemie⁵ gaf het grootste deel van de respondenten (93 procent) aan beeldbellen te gebruiken vanwege de coronamaatregelen. De meerwaarde lag vooral in het stimuleren van zelfredzaamheid en het niet hoeven reizen.⁵ Ook in ons onderzoek werd dit als meerwaarde gezien van beeldbellen, naast het op afstand kunnen monitoren en evalueren van de behandeling. Een groot deel van de fysiotherapeuten uit dit onderzoek⁵ (47 procent) was zeer tevreden over het gebruik van beeldbellen. Toch zou 63 procent er geen gebruik meer van maken als de maatregelen zouden afnemen. In ons onderzoek gaf 53 procent van de respondenten aan beeldbellen niet of nauwelijks meer te gebruiken na de coronaperiode.

In een studie¹⁰ uitgevoerd in de coronaperiode was de score op de TUQ vergelijkbaar met die uit ons onderzoek, namelijk gem(sd) 4,5 (1,1). Ook in dit onderzoek was het niet hands-on kunnen handelen één van de grootste barrières om beeldbellen toe te passen. Van de mensen die tevreden waren over beeldbellen, gaf 90 procent aan het in de toekomst te willen gebruiken. Dit onderzoek werd uitgevoerd in Canada en Nederland. Van de Canadese zorgprofessionals gaf 12 procent aan dat financiering een barrière was voor gebruik, terwijl dit voor de Nederlandse zorgprofessionals 37 procent was. Dit laatste percentage komt overeen met het resultaat uit onze studie. Dat financiering wordt gezien als een barrière is wel opmer-

Het is lastiger emoties op te merken

kelijk. Beeldbellen kan namelijk volgens de Nederlandse Zorg Autoriteit vergoed worden vanuit de aanvullende verzekering als aan de volgende voorwaarde wordt voldaan: "Als bestaande, verzekerde zorg in een digitale vorm wordt aangeboden, blijft dit verzekerde zorg als de samenstelling en de effectiviteit ervan niet wezenlijk wijzigt ten opzichte van de oorspronkelijke zorg."¹¹ De interpretatie van deze regel lijkt dus in de praktijk niet geheel eenduidig, zoals ook blijkt uit de score op het domein 'betrouwbaarheid' uit de TUQ.

Gebrek aan ervaring, kennis en vaardigheden om beeldbellen effectief en adequaat te kunnen inzetten binnen het FMH werd ook gevonden in een ander onderzoek.¹⁰ De onderzoekers constateerden dat ondanks een succesvolle implementatie van beeldbellen in de praktijk, therapeuten zich doorgaans onvoorbereid en onzeker voelden over het gebruik daarvan. Fysiotherapeuten zouden moeten worden getraind in het gebruik van e-Health en beeldbellen in het bijzonder.¹² Recentelijk is de KNGF-richtlijn 'Zorg op Afstand' verschenen, die mogelijk al een handreiking kan bieden voor het toepassen van beeldbellen.²

Verder zou het gebrek aan kennis en vaardigheden ervoor pleiten om een cursus beeldbellen aan te bieden aan fysiotherapeuten of binnen de opleiding fysiotherapie. Binnen het landelijk opleidingsplan fysiotherapie wordt technologie (zoals beeldbellen) ook genoemd als één van de aandachtspunten binnen de opleidingscurriculae.¹³ In een Delphi-

De KNGF-richtlijn Zorg op Afstand:



studie¹⁴ worden kerncompetenties voor de fysiotherapeut benoemd die hierbij van belang zijn. Deze zijn verdeeld over zeven domeinen: naleving regels rond videobellen; privacy en vertrouwelijkheid van patiënten; patiëntveiligheid; technologische vaardigheden; levering van telegzorg; beoordeling en diagnose en tot slot zorgplanning en management.

Kanttekeningen

De selectie van fysiotherapiepraktijken vond plaats via een Google zoekstring en de website van fysiotherapiepraktijken, waar expliciet werd aangegeven, dat gebruik werd gemaakt van beeldbellen. Dit leidde tot een responspercentage van 34 procent. Dit percentage komt overeen met de responspercentages die zijn gevonden in andere online surveys.¹⁵ Selectie-bias is niet geheel uit te sluiten, maar de resultaten laten een breed spectrum zien en zijn goed te verklaren in het licht van eerdere uitgevoerde onderzoeken. Vijf fysiotherapeuten gaven aan geïnterviewd te willen worden. Het is met dit aantal lastig te zeggen of saturatie volledig is behaald, maar veel thema's kwamen terug in de verschillende interviews en de antwoordrichting bij alle interviews was redelijk eenduidig. Ondanks het beperkte aantal respondenten, levert dit onderzoek toch waardevolle informatie op over hoe fysiotherapeuten momenteel de waarde zien van beeldbellen binnen het FMH.

Conclusie

Na de coronaperiode is het beeldbellen als onderdeel van het FMH lang niet altijd voortgezet of uitgebouwd. Hoewel fysiotherapeuten de meerwaarde ervan wel zien, geeft slechts een klein deel aan beeldbellen te blijven gebruiken. Het niet hands-on kunnen handelen, gebrek aan kennis en vaardigheden en de financiële vergoeding zijn belangrijke barrières voor het gebruik van beeldbellen. ●

 lotters.f@hsleiden.nl

Auteurs

1. Freek Lötters, Docent, opleiding Fysiotherapie, Hogeschool Leiden en senior onderzoeker, Lectoraat Eigen Regie bij Fysiotherapie en Beweegzorg, Hogeschool Leiden.
2. Manouk van den Berg, Dennis van Helden, Doris Matlock, Dijen Ongkiehong. Allen student, opleiding Fysiotherapie, Hogeschool Leiden.

Bekijk de literatuurlijst:



STIWELL[®] PROFES

Functional Electrical Stimulation
by MED-EL

THE NEXT STIWELL[®] GENERATION

The STIWELL med4 is replaced by our new electrical stimulation device: STIWELL[®] PROFES.

The name "PROFES" stands for professional, functional electrical stimulation and describes our innovative therapeutic approach: the focused stimulation of complex movement disorders.

The task-oriented and repetitive training promotes motor learning and helps to restore lost functions.

ALL IN ONE

- functional programs & focused stimulation for complex movement disorders
- intuitive & effective therapy through easy handling & usability
- EMG-triggered multichannel electrical stimulation
- biofeedback activities & 4-channel EMG analysis
- stimulation of denervated muscles
- help functions directly on the device

MED-EL Elektromedizinische Geräte GmbH
Fürstenweg 77a | 6020 Innsbruck, Austria
+43 5 77 88 | office@medel.com

MED-EL Care Center Utrecht
Parijsboulevard 209
3541 CS Utrecht
cc-utrecht@medel.com



BEKKENFYSIOTHERAPIE BIJ CHRONISCHE ANALE FISSUUR

De kloof dicht

Een chronische anale fissuur (CAF) is een pijnlijke veelvoorkomende aandoening die grote invloed heeft op kwaliteit van leven. Er rust dikwijls een taboe op anale klachten, waardoor mensen zich schamen om hiervoor naar de huisarts te gaan. Bekkenfysiotherapie kan de kloof dichttussen de huidige conservatieve behandeling en chirurgie.

Een chronische anale fissuur (CAF) is een kloofje of scheurtje in het slijmvlies van de anus, waarbij de symptomen langer dan zes weken bestaan. Zie figuur 1. Kenmerkend symptoom is pijn tijdens de ontlasting, die daarna uren kan aanhouden en vaak gepaard gaat met bloedverlies.³ CAF wordt sterk geassocieerd met een verminderde kwaliteit van leven en kan worden beïnvloed door fysieke, psychologische en sociale factoren.^{4,5}

De exacte pathogenese van een CAF is nog niet helemaal duidelijk, maar het wordt aangenomen dat pijn een verhoogde sfinctertonus veroorzaakt, wat leidt tot onvoldoende doorbloeding met als gevolg een minder goede genezing van de fissuur.⁶ Hierdoor kan een vicieuze cirkel van pijn en obstipatie ontstaan. Een groot deel van de patiënten met een CAF heeft ook bekkenbodemdysfunctie(s).

De bekkenbodem is een complexe structuur van bindweefsel, ligamenten, en spieren. In rust hebben de bekkenbodemspieren een basisspanning, waardoor ze steun geven aan de bekkenorganen. Voor plassen, ontlasten, gemeenschap en bevalligen moet de bekkenbodem ontspannen. Een verhoogde spanning van de bekkenbodem en/of dyssynergie (het onvermogen om de bekkenbodem te ontspannen en/of een gebrek aan coördinatie van de abdominale, rectale en bekkenbodemusculatuur tijdens ontlasten) kan deel uitmaken van de pathofysiologie en een onderliggende oorzaak zijn voor het niet optimaal reageren op de behandeling.

Diagnose en inwendig onderzoek CAF wordt gediagnosticeerd met een anamnese en lichamelijk onderzoek, waarbij de algemene lichaamshou-

ding, ademhaling, toilethouding en -gedrag, het bekken en de omliggende structuren onderzocht worden. Dit in samenhang met de functie van de bekkenbodemspieren, en om de eventuele onderliggende oorzaak van pijn en bekkenbodemdysfunctie te bepalen.^{7,8} Digitaal anorectaal onderzoek, inclusief onderzoek van de bekkenbodem, zou routinematig in de klinische praktijk toegepast moeten worden in de chronische fase om onderscheid te kunnen maken tussen verschillende oorzaken van anorectale pijn. Zie figuur 2. Maar in een recente survey onder chirurgen,⁹ kwam naar voren dat slechts 51 procent van de respondenten digitaal rectaal onderzoek uitvoert, waarbij 22 procent de bekkenbodem altijd of bijna altijd onderzocht. Vaak worden aanvullende anorectale functieonderzoeken ingezet, maar er zijn geen duidelijke aanbevelingen over welke test wanneer uitgevoerd zou

Patiënten ervaren betere kwaliteit van leven

moeten worden en wat de onderlinge verbanden in uitkomst zijn.

We onderzochten of er een correlatie was tussen digitaal anorectaal onderzoek en verschillende anorectale functietesten met betrekking tot de anale druk en het diagnosticeren van bekkenbodemdysfunctie (dyssynergie).¹⁰ Hiervoor includeerden we vijftig patiënten tussen 2020-2022, die door de chirurg waren verwezen naar de bekkenfysiotherapeut en anorectale functietesten ondergingen. Digitaal anorectaal onderzoek werd uitgevoerd om de anale druk in rust en tijdens aanspannen en persen vast te stellen. De anorectale functietesten omvatten 3-Dimensional High-Resolution Manometry (3D-HRAM, ManoView, Given Imaging, USA), de ballonexpulsietest, transperineale echografie en oppervlakte-elektromyografie (s-EMG). De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid stelden we vast met de Cohen's Weighted Kappa test (slechte overeenkomst (0.00-0.20), matig (0.21-0.40), redelijk (0.41-0.60), voldoende tot goed (0.61-0.80), bijna perfect (0.81-1.00).

Resultaten

Uit de resultaten kwam naar voren dat de beoordeelde druk en de bekkenbodempunctie, gemeten met digitaal rectaal onderzoek door de chirurg en de bekkenfysiotherapeut, tijdens rust, aanspannen en persen,

correleren in respectievelijk 78 procent, 78 procent en 84 procent van de gevallen. De correlatie tussen digitaal anorectaal onderzoek en 3D-HRAM of s-EMG was beter voor aanspannen dan in rust. De correlatie tussen s-EMG en 3D-HRAM was beter tijdens aanspannen dan in rust met een overeenkomst van respectievelijk 59 procent en 37 procent. Geconcludeerd werd dat digitaal anorectaal onderzoek door een ervaren zorgverlener van voldoende waarde is voor de dagelijkse klinische praktijk om dyssynergie te diagnosticeren en de sfincterdruk te meten. De overige testen correleerden matig met digitaal rectaal onderzoek. Deze testen kunnen echter wel enige duidelijkheid geven bij complexe patiënten met gecombineerde anorectale problematiek.

Behandeling van een CAF

De behandeling van een CAF bestaat volgens de richtlijnen uit leefstijladviezen, reguleren van de ontlasting, toiletgedrag, thermotherapie en medicatie in de vorm van zalf.¹² Met een survey werd de huidige werkwijze onderzocht onder gastro-intestinale chirurgen en arts-assistenten bij de behandeling van CAF en het uitvragen en onderzoeken van bekkenbodemdysfuncties.⁹ In totaal vulden 106 (33 procent) de enquête in, waarvan meer dan →



de helft (59 procent) ten minste tien jaar ervaring had in de behandeling van een CAF. Een kwart van de respondenten (23 procent) vroeg naar bekkenbodemplachten. En 22 procent van de respondenten verwees patiënten met een CAF naar een bekkenfysiotherapeut. De chirurgische voorkeursbehandeling (71 procent van de respondenten) was een fissuurectomie (schoonmaken van de anale fissuur). De tweede voorkeur (27 procent van de respondenten) was een laterale interne sfincterotomie (het inknippen van uiteinden van de inwendige sluitspier). Wanneer er werd behandeld met botulinetoxine werd dit in meer dan de helft van de gevallen (54 procent) toegediend onder algehele of spinale anesthesie of sedatie. De aanbevelingen vanuit de huidige Nederlandse richtlijn¹ worden grotendeels gevolgd, maar bekkenbodemplachten worden niet consequent uitgevraagd, de bekkenbodem wordt niet routinematig onderzocht en een klein percentage verwijst naar een bekkenfysiotherapeut voor deze aandoening.

Bekkenfysiotherapie bij verhoogde tonus

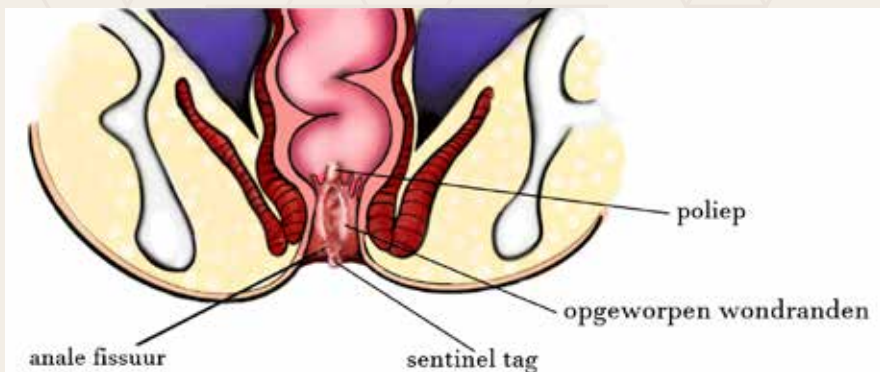
We voerden een systematische review uit om te onderzoeken of bekkenfysiotherapie een positieve bijdrage kan leveren bij de behandeling van een verhoogde tonus van de bekkenbodem.¹¹ Als uitkomstmaten kozen we; bekkenbodemspier-tonus en -functie, pijnrapportages, seksuele functie, kwaliteit van leven, en het klinisch waargenomen effect. De literatuurzoekopdracht resulteerde in tien studies gepubliceerd tussen 2000 en 2019. De meeste studies hadden een hoog risico op bias vanwege het ontbreken van een vergelijkingsgroep, onvoldoende steekproefgrootte en niet-gestandaardiseerde interventies. Zes studies waren van lage, en vier van gemiddelde kwaliteit. Driekwart van de gerandomiseerde studies vond een positief effect van bekkenfysiotherapie in vergelijking met een controlegroep op vijf van de zes uitkomstmaten. In de prospectieve cohortstudies en de casestudie werden significante verbeteringen gevonden op alle uitkomstmaten. Bekkenfysiotherapie

laat positieve resultaten zien bij patiënten met chronische prostaatontsteking, chronisch bekkenpijnsyndroom, vulvodynie (vulvapijn bij aanraking of penetratie) en dyspareunie (aanhoudende of terugkerende pijn bij het vrijen). De minste effecten werden gezien bij patiënten met blaaspijnsyndroom. We vonden geen studies waar patiënten met de diagnose CAF waren geïncludeerd.

Bekkenfysiotherapie bij een CAF

In het proefschrift wordt een gerandomiseerde studie, de Pelvic Floor Anal Fissure (PAF-study) beschreven waarbij 140 patiënten, 68 mannen en 72 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 44,5 jaar tussen december 2018 en juli 2021 werden geïncludeerd.^{12,13} Patiënten werden verdeeld in twee groepen. De eerste groep startte meteen na inclusie met bekkenfysiotherapie (interventiegroep). De tweede groep kreeg een uitgestelde behandeling (controlegroep) die startte na de eerste follow-up bij acht weken. Patiënten werden behandeld door bekkenfysiotherapeuten in het

Figuur 1: Chronische anale fissuur (CAF)



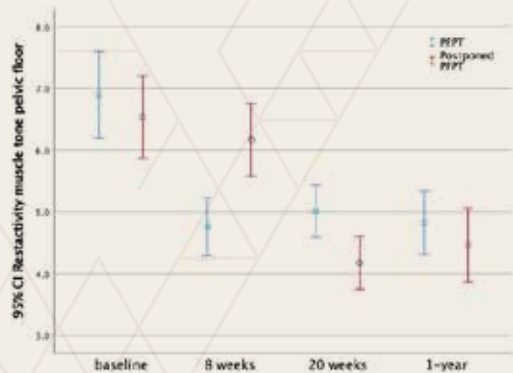
Een CAF is meestal posterieur gelegen, en heeft vaak meerdere kenmerken van chroniciteit zoals opgeworpen wondranden, zichtbaar zijn van sfinctervezels, een huidaanhangsel aan de buitenzijde ontstaan door ontsteking of fibrosering (sentinal pile) en een inflammatoire poliep. Het kenmerkende symptoom is pijn tijdens de ontlasting, die daarna uren kan aanhouden en vaak gepaard gaat met bloedverlies.¹

Figuur 2

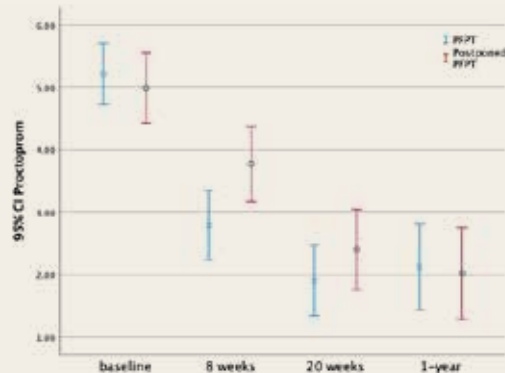


Digitaal anorectaal onderzoek.

Figuur 3: Herhaalde metingen EMG bekkenbodern



Figuur 4: Herhaalde metingen Proctoprom



hele land met een gestandaardiseerd protocol.¹² Dit protocol bestond uit vijf consulten verdeeld over een periode van acht weken. De primaire uitkomstmaat was tonus in rust tijdens elektromyografische registratie van de bekkenbodern voor- en na de gestandaardiseerde therapie. Secundaire uitkomstmaten waren genezing van de fissuur, verbetering van pijnscores, verbetering van de bekkenbodernfunctie, klachtenvermindering en verbetering op kwaliteit van leven. Primaire- en secundaire uitkomstmaten werden gemeten na acht en na twintig weken en na een jaar.

Data-analyse

In totaal volgden 133 patiënten het volledige behandeltraject. De data werden geanalyseerd met SPSS, versie 26.0. Descriptieve methoden werden gebruikt voor de kwaliteit van de data en homogeniteit van de groepen. Een gepaarde t-test en Wilcoxon signed rank was gebruikt om de continue variabelen en McNemar werd gebruikt om de categorische variabelen binnen de groepen te analyseren. Voor de vergelijking tussen de groepen voor continue variabelen werd er gebruikt gemaakt van herhaalde variantieanalyse. Aanvullend werden de data bij elk tijdspunt

vergeleken met de onafhankelijke t-test, Mann-Whitney U test en Chi-square test afhankelijk van de variabelen.

Significante verbetering

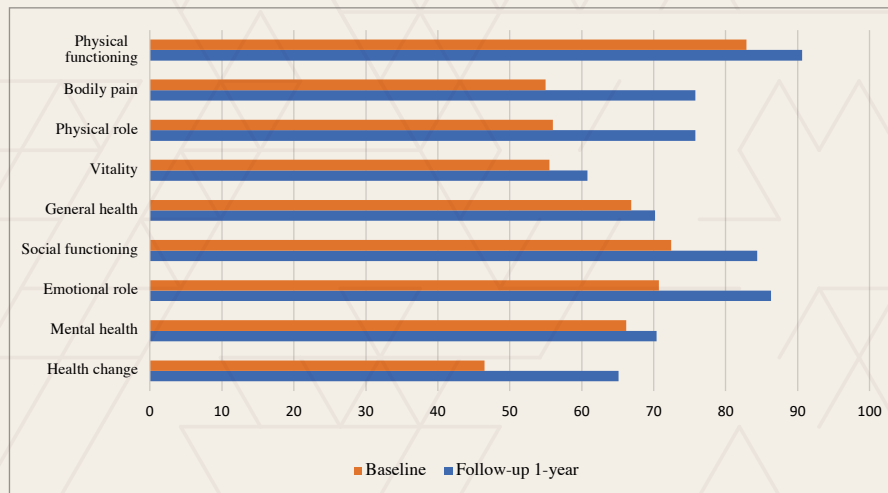
De primaire uitkomstmaat, de gemiddelde electromyografische waarden in rust van de bekkenbodern, verbeterde in de interventiegroep significant na de behandeling ten opzichte van baseline ($p < 0.001$) en ten opzichte van de controlegroep bij de eerste follow-up (gemiddeld verschil tussen de groepen; $-1.88 \mu\text{V}$; 95 procent CI, -2.49 tot -1.27 ; $p < 0.001$) en bleef significant bij twintig weken follow-up. Na twintig weken, toen alle patiënten de behandeling hadden gevolgd, was er geen significant verschil tussen de groepen ($-0.05 \mu\text{V}$; 95 procent CI, -0.82 tot 0.71 ; $p = 0.889$). Na 1-jaar follow-up bleven de resultaten significant ten opzichte van baseline in beide groepen. Zie figuur 3. De interventiegroep liet in vergelijking met de controlegroep betere resultaten zien op alle secundaire uitkomstmaten. De fissuur genas bij 55.7

procent van de patiënten in de interventiegroep versus 21.4 procent in de controlegroep bij de eerste follow-up. Volgens de analyse van herhaalde metingen, was de interventiegroep effectiever in het verlagen van de pijnscore ten opzichte van de controlegroep ($p < 0.001$). Het gemiddelde verschil tussen de groepen na acht weken ten opzichte van baseline was -2.47 ; 95 procent CI, -3.05 tot -1.89 ($p < 0.001$).

Dyssynergie, gemeten met ano-rectaal toucher, werd gevonden bij 67.1 procent in de interventiegroep ten opzichte van 78.6 procent in de controlegroep voor behandeling. Na de interventie bij acht weken vanaf baseline, werd dyssynergie gevonden in 25.7 procent in de interventiegroep versus 64.3 procent in de controlegroep ($p < 0.001$). De herhaalde metingen lieten tevens zien dat in de interventiegroep er een significante verbetering was in de vermindering van klachten gemeten met de Proctoprom¹⁴ ten opzichte van de controlegroep ($p < 0.001$). Het gemiddeld verschil tussen de groepen bij acht

De fissuur genas sneller en patiënten hadden minder pijn

Figuur 5: Kwaliteit van leven



In alle domeinen van de RAND-36 werd er een significante verbetering gezien na behandeling bij twintig weken follow-up. Dit effect bleef bestaan na een jaar, behalve voor het domein vitaliteit.

weken vanaf baseline was -1.56 ; 95 procent CI. -2.24 tot $-.88$ ($p < 0.001$). Zie figuur 4.

Kwaliteit van leven

De resultaten van kwaliteit van leven werden gemeten met de Short-Form 36 Health Survey (RAND-36). In totaal vulden honderd patiënten, de RAND-36-vragenlijst in bij inclusie. Vergeleken met de referentiewaarden van de Nederlandse bevolking, rapporteerden de patiënten uit onze studie een verminderde kwaliteit van leven in acht van de negen domeinen van de RAND-36. In alle domeinen van de RAND-36 werd er een significante verbetering gezien na behandeling bij twintig weken follow-up, dit effect bleef bestaan na een jaar, behalve voor het domein vitaliteit. Zie figuur 5. De bevindingen van deze studies leveren overtuigend bewijs dat bekkenfysiotherapie een significant positief effect heeft bij patiënten met een CAF en bekkenbodemdysfunctie op verlagen van de bekkenbodemtonus, verminderen dyssynergie, herstel van de fissuur, vermindering van pijn, ervaren hinder

en verbeteren van kwaliteit van leven op zowel op korte als lange termijn.

Discussie

Een betere herkenning van een CAF onder zorgverleners is van belang om in een vroeg stadium een adequate behandeling te starten voor deze uiterst pijnlijke aandoening, die kan leiden tot een sneller en beter resultaat voor de patiënt.

Er is een samenhang tussen een voorgeschiedenis van seksueel en/of fysiek misbruik en maagdarmklachten, en er bestaat een associatie tussen een verhoogde tonus van de bekkenbodem en seksueel misbruik.¹⁵⁻¹⁷ Daarom is het belangrijk dat er meer aandacht wordt besteed aan seksuele gezondheid en andere geassocieerde psychologische factoren in de klinische praktijk. Dit kan door vragen over deze onderwerpen en bekkenbodemdysfuncties te implementeren in de anamnese en door kennis te vergroten bij verschillende zorgverleners.

Aanbevelingen

Zorgverleners die hiertoe bevoegd zijn zouden een digitaal anorectaal

onderzoek, inclusief onderzoek van de bekkenbodem, routinematig in de klinische praktijk moeten toepassen in de chronische fase. Dit om onderscheid te kunnen maken tussen de verschillende oorzaken van anorectale pijn. Dan kunnen patiënten gerichter worden behandeld en worden doorverwezen naar een bekkenfysiotherapeut. De ontwikkeling van de anderhalvelijnszorg, met de bekkenfysiotherapeut in een éénmalig consult in de rol van consultant-specialist, is een reële optie om de zorg rondom deze anorectale aandoening te optimaliseren. Verder is het sterk aan te bevelen te onderzoeken hoe dit consult kan worden geïmplementeerd in de huidige zorgstructuren.

Het behandelprotocol zoals opgesteld in de PAF-studie zal daarnaast moeten worden geïmplementeerd in de dagelijkse bekkenfysiotherapeutische praktijk en replicatie van deze studie is daarbij aanbevolen. Om de implementatie te waarborgen is hiervoor recent een factsheet ontwikkeld. Therapietrouw en afmaken van de behandeling zijn cruciaal voor het behoud van de effectiviteit. Na de bekkenfysiotherapie-sessies zou een follow-up afspraak kunnen worden gemaakt om na te gaan of de oefeningen nog correct worden uitgevoerd en de adviezen worden gevolgd. Langetermijnstudies zijn de volgende stap om het nut en de waarde van deze follow-up aan te tonen. Bekkenfysiotherapie kan de kloof dicht maken tussen de huidige conservatieve behandeling en chirurgie en zou geïmplementeerd moeten worden in de huidige richtlijnen voor de behandeling van een chronische anale fissuur. ●

info@bekkenfysiotherapiebaarn.nl

Bekijk de literatuurlijst online:



Daniëlle van Reijn studeerde fysiotherapie in Utrecht. Ze behaalde een bachelor bewegingswetenschappen aan de VU in Amsterdam en de master pedagogische wetenschappen aan de Universiteit Utrecht. Ze werkte als fysiotherapeut in de Isala klinieken en in een multidisciplinair bekkenbodemteam. In 2006 voltooide ze de opleiding bekkenfysiotherapie aan de Erasmus Universiteit. Op 31 oktober 2023 promoveerde ze aan de faculteit Geneeskunde, Universiteit Leiden. Ze heeft haar eigen praktijk in Baarn en bij de Proctoskliniek en is docent bij de masteropleiding bekkenfysiotherapie (SOMT) in Amersfoort.

Hoe ben je tot dit promotietraject gekomen?

Patiënten met anale klachten worden veelal verwezen naar de Proctoskliniek waarbij er vaak sprake is van een chronische anale fissuur (CAF). In Nederland is de incidentie voor deze aandoening ongeveer 0,25 procent (2,5 per 1000 patiënten). We ontdekten dat veel patiënten met deze aandoening, ook dysfunctie(s) van de bekkenbodem hebben en dat bekkenfysiotherapeutische interventie de klachten verminderde, maar we hadden daar geen evidentie voor. Bekkenfysiotherapie wordt niet standaard ingezet volgens de huidige richtlijnen voor deze aandoening.^{1,2} Om de aanvullende behandeling van een CAF met bekkenfysiotherapie verder te onderbouwen, zijn we in 2018 gestart met de Pelvic Floor Anal Fissure (PAF)-studie vanuit de Proctoskliniek in samenwerking met het LUMC, afdeling urologie. Dit promotietraject heb ik uitgevoerd als buitenpromovendus van Universiteit Leiden.

Waarom dit onderzoek?

Een chronische anale fissuur (CAF), een kloofje in het slijmvlies van de anus, is een zeer pijnlijke aandoening die veel invloed heeft op de kwaliteit van leven. De huidige behandeling bestaat uit het reguleren van de ontlasting, toilet- en leefstijladviezen en het geven van een zalf voor genezing van de fissuur. Als dit niet helpt na zes tot twaalf weken, dan wordt botox overwogen en/of een operatie met mogelijke complicaties als gevolg. We hebben gekeken wat mogelijk het onderliggend probleem is voor het niet genezen van de fissuur en de pijn die patiënten ervaren. We ontdekten dat een verhoogde tonus van de bekkenbodem en/of dyssynergie (verkeerd persen) een onderliggende factor zou kunnen zijn voor het niet optimaal reageren op de huidige behandeling. We hebben gezocht of bekkenfysiotherapie een verbetering gaf in het verlagen van de tonus van de bekkenbodemmusculatuur en verbeteren van de functie, verminderen van pijn, herstel van de wondgenezing, ervaren hinder en verbetering op kwaliteit van leven bij deze patiëntenpopulatie.

Hebben de conclusies je verrast?

We hadden al wel de klinische ervaring dat klachten verbeterden door bekkenfysiotherapie, maar het is fantastisch dat we hebben kunnen aantonen dat de fissuur sneller genees en dat de patiënten pijnvermindering en verbetering van kwaliteit van leven aangaven door de behandeling. Dit effect bleef ook na een jaar bestaan.

Over de onderzoeker



Daniëlle won met haar proefschrift de WCF-proefschriftprijs 2024.

Titel proefschrift

Bridging the gap. Pelvic Floor Physical Therapy in the treatment of Chronic Anal Fissure.

Promotiedatum

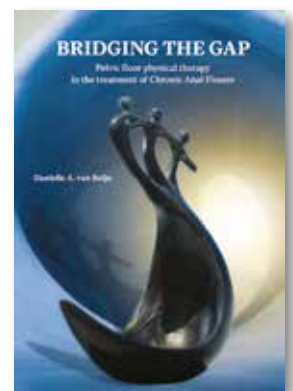
31 oktober 2023

Promotieteam

Prof. Rob C.M. Pelger, uroloog, promotor

Dr. Ingrid J.M. Han-Geurts, chirurg, co-promotor

Dr. Henk W. Elzevier, uroloog, co-promotor



Online scholingsagenda

Zorg op Afstand

2 nascholingspunten

Deze e-learning is gebaseerd op de KNGF-richtlijn 'Zorg op afstand' (december 2023) en omvat de belangrijkste aanbevelingen voor de fysio- en oefentherapeut op het gebied van zorg op afstand.

Werken met data: van praktijk naar theorie

2 nascholingspunten

Deze e-learning gaat over het verzamelen, gebruiken en interpreteren van data. Met praktijkvoorbeelden gekoppeld aan casuïstiek leer je hoe je data kunt inzetten om je patiënten nog beter te helpen en leer je van collega's door jouw data te vergelijken met die van hen.

Zelfmanagement (2 nascholingspunten)

2 nascholingspunten

In deze e-learning leer je meer over de achtergrond van zelfmanagement en zelfmanagementondersteuning, hoe je (dominant) belemmerende factoren in kaart kunt brengen met meetinstrumenten of 'rake' vragen in een goed gesprek en hoe je het therapeutisch proces indeelt aan de hand van de (dominant) belemmerende factoren.

Inschrijven

Scan de QR-code voor een overzicht van al onze scholingen, congressen, lezingen en trainingen.

Voor een overzicht van alle geaccrediteerde e-learning kijk op: kngf-elearning.nl



Workshop

Stap voor stap naar een goede dossiervoering

2 en 9 juli 2024

Waar Online

Wat In deze workshop train je de basisbeginselen van dossiervoering: hoe vul je je dossiers op de juiste manier in? Wat hoort waar thuis? Wanneer is het goed genoeg? Hoe stel je SMART behandeldoelen? Hoe formuleer je de fysiotherapeutische diagnose in nieuwe stijl? Tijdens de workshop wordt de KNGF Richtlijn Fysiotherapeutische dossiervoering (2019) als leidraad gebruikt.

Spreker Hanneke Muijen is Master 'Fysiotherapie bij mensen met chronische ziekten' en werkt als fysiotherapeut in een eerstelijnspraktijk in Waalwijk. Daarnaast is zij als gastdocent verbonden aan verschillende fysiotherapieopleidingen in Nederland.

Inschrijven

Scan de QR-code voor meer informatie.



Colofon

Editie 4, 2024

FysioPraxis is het vakblad voor de fysiotherapeut en verschijnt acht keer per jaar. Overname van (delen uit) artikelen is alleen toegestaan na schriftelijke toestemming van de redactie. De redactie staat open voor bijdragen van leden en derden, waarbij de beslissing tot wel of niet plaatsen bij de redactie ligt.

Omslagfoto:
Shutterstock

Hoofdredactie
Bert Bukman

Eindredactie
Tessa Louwerens

Wetenschapsredactie
Retze Achttien, Nienke de Vries en Sander van de Water

Redactieadres
KNGF | Postbus 248, 3800 AE Amersfoort
fysiopraxis@kngf.nl
fysiopraxis.nl

Bladconcept
iO - Utrecht

Vormgeving en drukwerk
Cross - Schiedam

Advertenties
Cross - Schiedam
Sjaak Bruins - sjaak@cross.nl
010 760 73 26, www.cross.nl

Los abonnementen
Niet-leden kunnen zich abonneren voor € 109,- per jaar of € 50,- voor een digitale

versie. Kijk voor meer informatie op fysiopraxis.nl. Aanvragen gaat via: ledenadministratie@kngf.nl

Druk
Moderna Printing
Oplage: 17.000
ISSN: 0927-5983

 **Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie**
De fysiotherapeuten van Nederland

ONZE EIWITRIJKE INNOVATIES!

Met omega-3 vetzuren voor ontstekingsremmend effect^{1,2}



Met ActiSyn™ ter stimulatie van spiereiwit-synthese³⁻⁶



FORTICARE ADVANCED

- ✓ 18 g eiwit & 306 kcal
- ✓ 10 µg vitamine D
- ✓ klein volume 125 ml
- ✓ 1,1 g EPA & 0,7 g DHA

FORTIFIT POWDER

- ✓ 20,7 g eiwit, 150 kcal & 1,3 g vezels
- ✓ 20 µg vitamine D en 501 mg calcium*
- ✓ 40 g poeder met 125 ml water (totaal 150 ml)
- ✓ Met ActiSyn™: 100% wei-eiwit, extra leucine en vitamine D



Smaakservice

Variatie in smaak is van belang voor de therapietrouw. Om therapietrouw te bevorderen kunt u uw patiënt kennis laten maken met verschillende smaken van het door u geadviseerde product. **Vraag hier een proefpakket voor uw patiënt aan!**



Meer informatie? Neem dan contact op met onze diëtisten van Nutricia Medische Voedingsservice:

0800-022 33 22 (gratis, op werkdagen van 8.30 tot 17.00 uur) www.nutricia.nl Nutricia Nederland • Postbus 445, 2700 AK Zoetermeer



*vanillesmaak 501 mg calcium en aardbei 500 mg • Forticare Advanced en FortiFit Powder zijn voedingen voor medisch gebruik. Forticare Advanced is een dieetvoeding voor patiënten met (risico op) ziektegerelateerde ondervoeding als gevolg van kanker, chronische katabole ziekte of cachexie. FortiFit Powder is een dieetvoeding voor patiënten met ziektegerelateerde ondervoeding met spierverlies (sarcopenie). Te gebruiken onder medisch toezicht. Deze informatie is uitsluitend bedoeld voor (para)medici.
Referenties: 1. Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzetti F, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. Clin Nutr 2017;36(1):11-48. 2. Yu H, Su X, Lei T, Zhang C, Zhang M, Wang Y, Zhu L, Liu J. Effect of Omega-3 Fatty Acids on Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. International journal of chronic obstructive pulmonary disease 2021, 16:2677-2686. 3. Kramer IF, Verdijk LB, Hamer HM, et al. Impact of the macronutrient composition of a nutritional supplement on muscle protein synthesis rates in older men: a randomized, double blind, controlled trial. J Clin Endocrinol Metab. 2015;100:4124-32. 4. Kramer IF, Verdijk LB, Hamer HM, et al. Both basal and post-prandial muscle protein synthesis rates, following the ingestion of a leucine-enriched whey protein supplement, are not impaired in sarcopenic older males. Clin Nutr. 2017;36:1440-9. 5. Chanet A, Salles J, Guillet C, et al. Vitamin D supplementation restores the blunted muscle protein synthesis response in deficient old rats through an impact on ectopic fat deposition. J Nutr Biochem. 2017;46:30-8. 6. Luiking YC, Deutz NE, Memelink RG, Verlaan S, Wolfe RR. Postprandial muscle protein synthesis is higher after a high whey protein, leucine-enriched supplement than after a dairy-like product in healthy older people: a randomized controlled trial. Nutr J. 2014;13:9.

CME Online nascholing

Online

voor fysiotherapeuten

Hoe staat het met jouw herregistratie?

Probeer
een gratis
proefcursus
t.w.v. 2 punten

Onbeperkt nascholen met ruim 85 online cursussen

Scan de code voor meer info



- ✓ Tijds- en kostenefficiënt
- ✓ Geaccrediteerd cursusaanbod
- ✓ Nascholen op ieder device

www.cme-online.nl/fysio_gratis

Al duizenden fysiotherapeuten zijn aan de slag.

 Koninklijk Nederlands
Genootschap voor Fysiotherapie

Retouradres: Postbus 248, 3800 AE Amersfoort

Port Betaald
Port Payé
Pays-Bas

