VAKBLAD VOOR DE FYSIOTHERAPEUT

FYSIOPRAXIS

JAARGANG 23 • NUMMER 7 • AUGUSTUS/SEPTEMBER 2014

ACHTER HET NIEUWS
Fysiotherapie in achterstandswijken 19

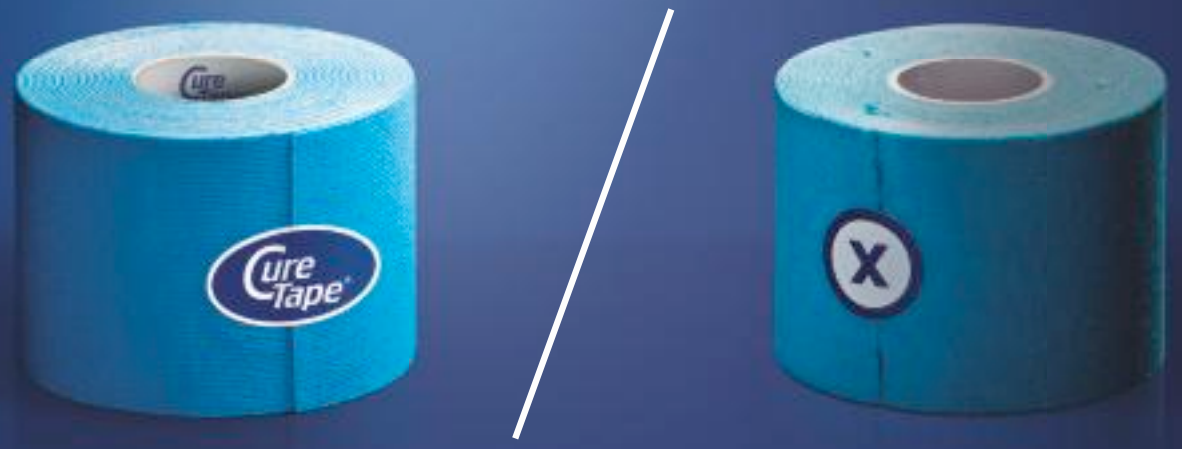
IN DE PRAKTIJK
SubAcromiaal PijnSyndroom (SAPS) 26

WETENSCHAP
Stretchprotocol bij nachtelijke kramp 32

Samenwerken

Kansen voor de fysiotherapeut

de Fysiotherapeut



THE BEST vs THE REST

WAT IS JOUW ROL?

Cure Tape®

Voor een optimaal herstel wil iedereen de beste medische zorg. Met onze TÜV-gecertificeerde, latexvrije tape garanderen wij het beste materiaal. Eigenlijk is voor fysiotherapeuten en hun patiënten maar één keus: CureTape.

www.curetape.nl

INHOUD

5 Agenda/Op de cover
6 KNGF-kort
7 Kort nieuws
10 Uit het veld
14 Achter het nieuws
17 Opvattingen
19 Achter het nieuws
20 Promotie
22 FysioWijzer
23 KNGF-service
26 In de praktijk
31 Wetenschap - promotieonderzoek
34 Wetenschap - experimenteel onderzoek
37 Wetenschap - Physical Therapy Journal
39 Specialistenkatern

Meer info vindt u op www.fysionet.nl

REDACTIONEEL

Psyche, soma en SOLK

Psyche en soma vormen een functionele eenheid en beïnvloeden elkaar. De wijze waarop zij elkaar beïnvloeden is echter complex en nog niet goed doorgrond. In het afgelopen juni/juli-nummer van FysioPraxis stond de samenhang tussen psyche en soma centraal in een bijdrage van Onno Meijer en Maarten Prins, getiteld 'Tussen de oren'. In het artikel gaven zij aan dat psychische klachten waarschijnlijk veel vaker worden veroorzaakt door somatische problematiek dan door psychische stressfactoren. Doordat chronische perifere ontstekingen dikwijls leiden tot chronische neuroinflammatie zou het belangrijkste effect van fysiotherapie mogelijk gelegen zijn in de effecten die wij bewerkstelligen in het brein.
De visie van Meijer en Prins op de samenhang tussen psyche en soma is een waardevolle aanvulling op onze huidige ideeën, maar kan ook aanleiding zijn tot discussie. De auteurs hebben aangegeven reacties op hun artikel zeer op prijs te stellen.
Het is ook bekend dat vanuit de psyche de soma beïnvloed wordt en onlangs werd dat nog eens aangetoond in een interessante studie van Van Oosterwijck et al.[1] In hun studie naar de effecten van pijneducatie toonden zij niet alleen aan dat patiënten complexe materie over de pijnfysiologie begrijpen, maar dat ook endogene pijninhiberende systemen worden gestimuleerd.
Met al deze kennis voorhanden kun je je afvragen of de term SOLK geschikt is voor patiënten met Somatisch Onverklaarbare Lichamelijke Klachten. Los van het feit dat het woord 'onverklaarbaar' een negatieve connotatie heeft, suggereert het dat soma los kan staan van psyche en er verklaringsmodellen ontbreken indien medisch onderzoek geen afdoende verklaring biedt. Mijns inziens doen we hiermee het bestaande onderzoek, en nog belangrijker, de patiënt tekort.

Namens de redactie, Adri Apeldoorn
Reacties kunt u mailen naar fysiopraxis@kngf.nl.

[1] Van Oosterwijck J, et al. Pain physiology education improves health status and endogenous pain inhibition in fibromyalgia: a double-blind randomized controlled trial. Clin J Pain. 2013;29(10):873-82.

FysioPraxis is het officiële tijdschrift van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) en verschijnt 10 keer per jaar.

REDACTIEADRES
KNGF
Postbus 248
3800 AE Amersfoort
E: info@miekevandalen.nl

EINDREDACTIE
Mieke van Dalen
E: info@miekevandalen.nl
M: 06 502 43 735

REDACTIE
Adri Apeldoorn
Saskia Bon (hoofdredacteur)
Karin Haks
Lidwien van Loon (specialistenkatern)
François Maissan
Caroline Speksnijder

ADVERTENTIES
Bureau Van Vliet B.V.
advertentietarieven op aanvraag
Frank Oudman
E: f.oudman@bureauvanvliet.com
Remco Wijnhout
E: r.wijnhout@bureauvanvliet.com
T: 023 571 47 45
I: www.bureauvanvliet.com

ABONNEMENTEN NIET-KNGF LEDEN
Een particulier abonnement kost per jaar € 106 en buitenlandse abonnees betalen € 45 voor een digitale versie (prijswijzigingen voorbehouden). Abonnementen kunnen op ieder moment starten en u betaalt aan het begin van het jaar voor het aankomend jaar.
Beëindiging kan op elk moment, met inachtneming van één maand opzegtermijn. Er volgt een verrekening naar rato en teveel betaald abonnementsgeld wordt gecrediteerd.

ABONNEMENTEN / ADRESWIJZIGINGEN
KNGF, Postbus 248,
3800 AE Amersfoort
T: 033 467 29 00
E: ledenadministratie@kngf.nl

VERANTWOORDELIJKHEID
De redactie beslist over de samenstelling van FysioPraxis. De auteurs zijn verantwoordelijk voor de inhoud van de door hen geschreven artikelen en het KNGF voor het verenigingsnieuws.

AUTEURSRECHT
© 2014 KNGF. Artikelen mogen alleen worden overgenomen en/of vermenigvuldigd na schriftelijke toestemming van het KNGF en met bronvermelding. Voor overname voor commerciële doeleinden vragen we een passende vergoeding.

BLADCONCEPT
Onnink Grafische Communicatie BV

VORMGEVING
Aad Koeleman, X-Media Solutions

DRUKWERK
Senefelder Misset B.V.

FOTO OMSLAG
Frans Kanters

ISSN
0927- 5983

de Fysiotherapeut

SOMT Lifelong learning

PUNTEN HALEN?

Het grootste aanbod in bij- en nascholing *

AANBOD NAJAAR 2014 | cursussen, masterclasses, symposia

- *Masterclass* Manuele therapie bij duizeligheid | 10 september (VOLGEBOEKT)
- *Masterclass* Hoofdpijn | 17 september (VOLGEBOEKT)
- *Masterclass* Aandoeningen van de cervicale wervelkolom | 17 september
- *Cursus* Motivational interviewen in de praktijk | 24 september
- *Cursus* Klinisch redeneren 1 | 24 september
- *Masterclass* Acute lage rugpijn | 1 oktober 2014
- *Cursus* Manueel onderzoeken en behandelen bovenste kwadrant | 1 oktober
- *Training* Toepassing van de rectale ballon | 2 oktober
- *Kinetic Control* Understanding Movement and Function | 7 oktober (VOLGEBOEKT)
- *Basiscursus* Echografie | 8 oktober
- *Kinetic Control* Solutions for the Neck | 14 oktober
- *Cursus* Cervicale manipulatie: Risk or benefit? | 29 oktober
- *Cursus* Neurologische structuren bij nek-armpijn | 29 oktober
- *Cursus* Hip spine dilemma | 29 oktober
- *Symposium* Nieuwe inzichten in voorste kruisbandletsels en reconstructies | 30 oktober
- *Kinetic Control* Solutions for the Hip and Lower Leg | 3 november
- *Cursus* Manueel onderzoeken en behandelen onderste kwadrant | 5 november
- *Masterclass* Diagnostiek en (sport)revalidatie na rotator cuff-letsel | 12 november 2014
- *Kinetic Control* Solutions for the Shoulder | 18 november (VOLGEBOEKT)
- *Symposium* Kinderorthopedie: Groei en ontwikkeling | 27 november

* Geaccrediteerd aanbod voor Specialisten én Algemeen Fysiotherapeuten

Schrijf je nu in op **somt.nl/LLL**

somt

AGENDA EN MEER

Rectificatie In de uitgave van juni/ juli zijn enkele fouten geslopen in de titel van het artikel van Kelly Ickmans, Mira Meeus, Margot De Kooning, Luc Lambrecht, Nathalie Pattyn en Jo Nijs op pagina 39. De juiste titel is:
Can Recovery of Peripheral Muscle Function Predict Cognitive Task Performance in Chronic Fatigue Syndrome With and Without Fibromyalgia?
In de digitale FysioPraxis op FysioNet zijn deze fouten gecorrigeerd.

AGENDA

AUGUSTUS 2014

26 augustus
Informatiebijeenkomst over het Pact Gezond gewicht
Amsterdam

SEPTEMBER 2014

2 september
Beweegstandaard stimuleren ouderen
Sassenheim
3 september
Scholing feedbackrapportage Landelijke Database Fysiotherapie
KNGF Amersfoort
4 september
Lezing Hardloopblessures: een ketengerichte aanpak
Groningen
12 september
Cursus De Coachende therapeut
KNGF Amersfoort
16 september
Workshop Ontspannen Ondernemen
Haarlem
17 september
Workshop Graded Activity
KNGF Amersfoort
18 september
Lezing Geïntegreerde Thuiszorg Fysiotherapie
Amsterdam
22 september
Lezing Hardloopblessures: een ketengerichte aanpak
Alkmaar
23 september
Lezing Psychosomatiek in de dagelijkse praktijk
Heerenveen
23 september
Lezing Spiegelneuronen
Nuenen
25 september
Regionale vakinhoudelijke ledenavond NVMT, Regardz WTC
Arnhem

SEPTEMBER, OKTOBER EN NOVEMBER 2014

Lezing De Wmo: een kans voor de fysiotherapeut?!
Diverse locaties

Informatie, inschrijven en meer scholingen, congressen, lezingen en trainingen:
- www.fysionet.nl – agenda & MijnFysioNet
- www.fysionetwerken.nl – kalender

OP DE COVER

Michael van Schooten

Wie bent u?
Ik ben Michael van Schooten, fysio-manueel therapeut in Amersfoort en al 32 jaar werkzaam als fysiotherapeut en 28 jaar als manueel therapeut. Ik werk nog elke dag met veel plezier. De psychosociale benadering in de fysiotherapie en in de eerste lijn spreekt mij erg aan. Niet in de laatste plaats omdat dit een grote bijdrage levert aan het welbevinden van de cliënt.

Waar is de foto gemaakt?
De foto is gemaakt in mijn praktijk op de locatie Sint Agathastraat in Amersfoort.

Ik lees in FysioPraxis vooral:
Ik blader het blad sowieso altijd door. Het wetenschapskatern lees ik altijd, hoewel dit de laatste tijd veel gaat over centraal neurologische aandoeningen. De rubriek van Peter Beek vond ik altijd boeiend om te lezen.

Ik ben trots op:
Ik ben trots op hoe de fysiotherapie zich de afgelopen jaren heeft ontwikkeld: van een kunde tot een wetenschappelijk onderbouwde therapie. En ik ben er trots op dat de fysiotherapie een belangrijke plek inneemt in de algehele gezondheidszorg.

Ik heb gekozen voor fysiotherapie omdat:
Puur toeval!

KORT NIEUWS

UITGELICHT:

STOPPEN MET UW PRAKTIJK

Eens komt het moment dat u besluit om te stoppen met uw praktijk. Hebt u al een opvolger op het oog? Is uw praktijk eigenlijk wel goed overdraagbaar of wordt deze beëindigd? En wat is deze dan waard? Een goede voorbereiding levert u veel op. Benieuwd wat hierbij komt kijken? Wij ondersteunen u graag in deze belangrijke fase van uw leven. Speciaal voor u als lid biedt het KNGF de helpende hand met een aantal diensten.

KNGF Stopperschecklist

Voornemens om binnen 5 jaar te stoppen? De eerste voorbereidingen doet u met de KNGF Stopperschecklist. Afhankelijk van uw situatie als ondernemer geeft deze online checklist u een overzicht van de voor u relevante aspecten. Het resultaat is een to-do-lijst waarin u in één oogopslag ziet welke zaken u nog moet regelen.

Presentatie Tijdig Starten met Stoppen

Wilt u liever geïnformeerd worden tijdens een training? Het KNGF biedt u in samenwerking met MKB Adviseurs de Presentatie Tijdig Starten met Stoppen aan. Iedereen heeft zijn eigen reden om de praktijk over te dragen en iedere situatie is anders. In de presentatie hoort u alle ins en outs en is er ruimte om uw eigen situatie tegen het licht te houden.

Persoonlijke begeleiding bij praktijkoverdracht

Hebt u behoefte aan persoonlijke ondersteuning? Samen met MKB Adviseurs bieden wij u professionele ondersteuning in de vorm van advies op maat, helemaal toegespitst op uw specifieke en persoonlijke situatie. U krijgt die begeleiding die u nodig hebt: of het nu gaat om begeleiding bij overname of verkoopklaar maken, opstellen van waardering, opstellen van een bedrijfsprofiel, begeleiding bij onderhandelingen of het opstellen van overeenkomsten.

Meer weten?

Neem contact op met onze ledenvoorlichters via ledenvoorlichting@kngf.nl of 033 - 467 29 29 of kijk op: www.fysionet.nl/stopperschecklist.

HUISELIJK GEWELD EN KINDERMISHANDELING

Vanaf 2013 geldt voor onze beroepsgroep de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling als richtlijn voor het handelen bij een vermoeden van kindermishandeling of huiselijk geweld. In deze Meldcode staan de stappen beschreven die de fysiotherapeut moet volgen vanaf het eerste signaal tot de eventuele melding bij het meldpunt.
Uit een casus bij de klachtencommissie blijkt dat het in de praktijk voorkomt, dat andere betrokken professionals niet zonder meer rekening houden met de stappen van onze Meldcode. Zo kreeg een collega het professionele advies om de ouders van het betrokken kind te informeren over de melding nádat de melding had plaatsgevonden. Conform de Meldcode had het gesprek met de ouders voorafgaand aan de melding moeten plaatshebben.
Onze Meldcode is een richtlijn. En zoals voor elke richtlijn geldt, is deze leidend voor uw handelen. Wijkt u toch af van de Meldcode, dan moet u dat goed motiveren en hiervan zorgvuldig aantekening maken in het cliëntendossier. Zonder deugdelijke motivering afwijken van de stappen in de Meldcode is dus niet toegestaan.
U vindt de meldcode en het stappenplan op FysioNet > kennisplein> vakinhoud > huiselijk geweld.

“Je hoeft een fout niet zelf te maken om ervan te kunnen leren”

Het KNGF organiseert, samen met het portaal voor patiëntveiligheid/CMR, in september een themamaand om (bijna-) incidenten te melden. Via de FysioEnieuws verspreiden we binnenkort beschrijvingen van incidenten met de vraag of u een soortgelijk incident heeft meegemaakt. U kunt hierop reageren door drie korte vragen te beantwoorden. Daarnaast kunt u alle incidenten en bijna-incidenten melden.

Niet zo bedoeld…

Een incident – ofwel de situatie waarin de zorgverlening/behandeling niet is verlopen zoals bedoeld – komt vast ook wel eens voor in uw praktijk. Door incidenten landelijk anoniem met elkaar te delen, kun je van elkaar leren. U meldt een incident bij het Portaal voor Patiëntveiligheid altijd anoniem en vanwege de privacy van zowel de zorgverlener als de patiënt worden de gegevens zorgvuldig en vertrouwelijk behandeld.

Uw incident melden

U kunt via www.vim-digitaal.nl/fysiotherapie, na het aanmaken van een account, uw incident(en) anoniem melden in een beveiligde omgeving. U kunt ook zonder account een incident melden; deze incidenten kunt u dan voor uzelf gebruiken voor het verkrijgen van inzicht, maar ze worden dan niet geanalyseerd en beheerd.

www.shutterstock.com

GRATIS WACHTKAMERPAKKET
ZORG VOOR BEWEGING

Fysiotherapeuten en orthopedisch chirurgen – ze werken veel samen in de zorg wat betreft het bewegingsapparaat van patiënten. Naast de patiënten- en consumentenwebsite www.zorgvoorbeweging.nl heeft de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) ook een jaarmagazine.

Dit magazine is voor het publiek/de patiënt en bevat artikelen over bewegen, gezondheid, orthopedie, preventie et cetera. De editie van 2014 wordt in een oplage van 56.000 stuks verspreid via de orthopedische maatschappen, afdelingen en vakgroepen. In het blad komt de samenwerking tussen orthopedisch chirurg en fysiotherapeut regelmatig ter sprake. Dit maakt *Zorg voor Beweging Jaarmagazine* zeer geschikt voor uw wachtkamer.

De NOV biedt u als fysiotherapeut een gratis wachtkamerpakket van vier exemplaren Zorg voor Beweging Jaarmagazine (zolang de voorraad strekt).
Op www.zorgvoorbeweging.nl kunt u het *Zorg voor Beweging Jaarmagazine 2014* online bekijken.

Wilt u gebruikmaken van dit aanbod, stuur dan een mailbericht naar NOV@orthopeden.org met vermelding van uw naam, uw lidmaatschapsnummer KNGF en het bezorgadres.

VAN REGIONALE SCHOUDERNETWERKEN NAAR
SCHOUDERNETWERK NEDERLAND

De laatste vijf jaar zijn in Nederland in verschillende regio's schoudernetwerken (SN'n) ontstaan die zich conformeren aan gezamenlijk opgestelde kwaliteitscriteria. Deze staan beschreven in hoofdstuk 9 van het Jaarboek Fysiotherapie 2013.

Doel van de SN'n is het beter positioneren en profileren van het fysiotherapeutisch handelen bij het onderzoeken en behandelen van patiënten met schouderklachten. Veel activiteiten zijn gericht op het verbeteren van de interne kwaliteit door afspraken te maken over het toepassen van diagnostische tests om schouderaandoeningen te klasseren, het gebruik van vragenlijsten en ontwikkelen van richtlijnen zowel voor postoperatief als voor conservatief beleid. Daarnaast zoeken de SN'n contact met stakeholders in de regio zoals in schouderproblematiek geïnteresseerde orthopedisch chirurgen, schouderpoli's in ziekenhuizen en kennisinstituten zoals hogescholen of afdelingen in een universitair ziekenhuis. De behoefte om elkaar te versterken, gezamenlijk producten te ontwikkelen en samenwerking te zoeken met landelijk opererende organisaties leidde tot het organiseren van een nationaal schoudercongres.

Het schoudercongres 'Joint Together' vond plaats op 16 november 2013 in Baarn. Schoudergespecialiseerde fysiotherapeuten en orthopedisch chirurgen werken samen voor optimale resultaten. Er waren maar liefst 400 deelnemers onder wie 30 orthopedisch chirurgen van de Werkgroep Schouder & Elleboog (WSE) van de Nederlandse Orthopedische Vereniging (NOV). Het aantal deelnemers was beperkt tot 400 vanwege de accommodatie – in de loop van de dag werd gekscherend gesproken van het 'schouder-aan-schouder-congres'. Naast acht plenaire onderwerpen konden de deelnemers twee workshoprondes kiezen. Van alle presentaties en workshops zijn pdf's beschikbaar op de website www.schoudernetwerk.nl (kiezen voor: Activiteiten SNN).

Een van de relevante onderwerpen was de nieuwe NOV-richtlijn over het SubAcromiale PijnSyndroom (SAPS). Op de pagina's 26-28 van dit nummer van FysioPraxis vindt u daarover een inhoudelijk artikel. Een ander relevant thema betrof de intentie om te komen tot een SchouderNetwerk Nederland (SNN) die de belangen van de regionale SN'n ondersteunt. Kerntaken van het SNN zijn het verbeteren van de organisatie van het fysiotherapeutisch handelen, het maken van onderwijsproducten en richtlijnen en het participeren in onderzoek. De statuten en het huishoudelijk reglement zijn in ontwikkeling. Naar verwachting participeren vanaf 1 januari 2015 vijftien regionale SN'n in het SNN.

ORTHO DAG 2014

CineMec Ede
25 november

5 Punten

Eric Raven
Richard Bimmel
Herma Hemelt
Astrid Venner
Linda Tijhaar
Pieter Dolhain
Geert van der Sluis
Marc Logtenberg

fyzzio Dynamic

www.ortho-dag.nl

UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM

am C

Evidence Based Practice MSc/Drs

START 13E ACADEMISCH JAAR SEPTEMBER 2014

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

Bridging healthcare 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
- locatie Faculteit der Geneeskunde - AMC

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

Accreditatievrijstelling (min. 5 - max. 10 jaar) voor een deelregister naar keuze

MULLIGAN CONCEPT

Mobilisation with Movement®

Een veilige, 100% pijnvrije en effectieve manier van mobiliseren voor alle fysiotherapeuten met sterke wetenschappelijke bewijsvoering

Cursus Mulligan Concept AB: 2 x 2 dagen
Cursus Mulligan Concept C: 2 dagen
Cursussen zijn geaccrediteerd.

Voor meer informatie, data en inschrijven ga naar onze website www.mulliganconcept.nl

V.l.n.r.: docent Peter van Dalen, Brian Mulligan, docent René Claassen

www.mulliganconcept.nl

DEELNEMERS GEZOCHT VOOR ONDERZOEK NAAR E-HEALTH IN DE FYSIOTHERAPIEPRAKTIJK

Behandelt u patiënten met knie- en heupartrose in uw praktijk? En wilt u 8 accreditatiepunten verdienen? Het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) en Tilburg University zijn op zoek naar fysiotherapeuten die mee willen doen aan een onderzoek naar de effecten van het oefenprogramma e-Exercise.

Online beweegprogramma

E-Exercise is een beweegprogramma van 12 weken waarin 5 fysiotherapiebehandelingen worden gecombineerd met de website www.e-exercise.nl. Op de website krijgen patiënten via een eigen inlogpagina wekelijks persoonlijke beweegopdrachten en informatie. Het programma heeft als doel het fysieke activiteitenniveau van artrosepatiënten te verhogen. Fysiotherapeuten kunnen online zien hoe de patiënt de beweegopdrachten evalueert en welke oefeningen tijdens de fysiotherapiebehandeling extra aandacht nodig hebben. E-Exercise is zo ontwikkeld dat website en fysiotherapiebehandelingen één geheel vormen.

Onderzoeksprocedure

Deelnemende fysiotherapiepraktijken worden volgens een loting ingedeeld in de e-Exercise-groep of in de controlegroep. De e-Exercise-groep combineert fysiotherapiebehandelingen met het online programma. De controlegroep behandelt haar patiënten gewoon volgens de KNGF Richtlijn Artrose Heup-Knie. Na afloop van het onderzoek behoudt de e-Exercise-groep toegang tot het online beweegprogramma, en wordt het ook voor de deelnemers uit de controlegroep beschikbaar besteld.

Instructieavond

Alle deelnemende fysiotherapeuten krijgen vooraf één instructieavond over de onderzoeksprocedure. Er kan gekozen worden uit de volgende data: 17, 18, 24 of 25 september. Deze bijeenkomst vindt plaats op het NIVEL in Utrecht (reiskosten worden vergoed). Fysiotherapeuten die in de periode september t/m december 2014 minimaal 2 patiënten voor het onderzoek aanmelden, ontvangen 8 accreditatiepunten.

Aanmelding

Wilt u e-Exercise gebruiken in uw praktijk? Hebt u interesse om mee te doen aan het onderzoek dat in september 2014 start? Geef u dan op door een e-mail met uw naam en praktijkadres te sturen naar fysiotherapeut-onderzoeker Corelien Kloek. Vervolgens ontvangt u aanvullende informatie per post. E-mailadres: c.j.j.kloek@uvt.nl.

www.shutterstock.com

Jubileum symposium Stichting Geschiedenis Fysiotherapie

De Stichting Geschiedenis Fysiotherapie bestaat 25 jaar. U bent van harte uitgenodigd dit lustrum met ons te vieren op vrijdag 26 september van 14.00 tot 17.15 uur in het Medisch Historisch Leesmuseum te Urk. Daar zijn we met veel inzet bezig om het erfgoed van ons beroep te bewaren, te onderzoeken, te ordenen en te onderhouden. Wij laten u graag de nieuwe werkruimte zien. Ook organiseren we een symposium. U kunt zich hiervoor aanmelden tot uiterlijk 20 september op het mailadres stgefy@kpnmail.nl. Aan dit symposium zijn geen kosten verbonden, maar een vrijwillige bijdrage wordt zeer gewaardeerd.

STICHTING GESCHIEDENIS FYSIOTHERAPIE
www.sgfinfo.nl

Hulpverleners maken patiënten onbedoeld ziek

Nocebo: tot hier en niet verder

Soms zijn patiënten die behandeld worden voor musculoskeletale pijn, juist slechter af ten gevolge van het nocebo-effect. Dit schadelijke effect komt door het creëren van negatieve verwachtingen ten aanzien van het herstel. De auteurs van dit artikel pleiten voor een wijziging van idioom binnen de diagnostiek en behandeling van de patiënt met chronische pijn.

Tekst: Kitty Rumping PT, MMT, Ronald Kan PT, MSc, Hans Popma PT, MSc

EEN VAN DE leidende ethische principes in de geneeskunde luidt: primum non nocere. Vrij vertaald: 'allereerst, breng geen schade toe'. Dus wat je ook doet, zorg er in ieder geval voor dat je de gezondheidstoestand van de patiënt niet verslechtert. Gebeurt dit wel, dan noemen we dat 'iatrogene schade'. Uiteraard gaan we ervan uit dat hulpverleners niet moedwillig iatrogene schade veroorzaken. Soms worden er per ongeluk (para)medische fouten gemaakt; andere keren weten we gewoon niet dat we schade aanrichten omdat we handelen op basis van gangbare opvattingen over de behandeling van een bepaalde aandoening of ziekte. In de fysiotherapie denken we bijvoorbeeld aan de behandeling van patiënten met een complex regionaal pijnsyndroom type 1, waarbij men voorheen uitging van de aanname dat toename van pijn tijdens de behandeling vermeden moest worden; dit zou de vegetatieve ontregeling versterken. Clinici weten tegenwoordig wel beter en ook het wetenschappelijke bewijs daarover is groeiende.[1-3]

Je krijgt wat je verwacht Andere iatrogene schade die onbewust in de dagelijkse praktijk kan worden aangebracht, is gebaseerd op het nocebo-effect. Nocebo is de tegenhanger van placebo. Het betekent letterlijk: 'Ik zal schaden'. Het schadelijke effect wordt veroorzaakt door het creëren van negatieve verwachtingen ten aanzien van herstel. Net als bij het placebo-effect geldt hier dus: je krijgt wat je verwacht. De negatieve verwachtingen en dito gezondheidseffecten zijn voor een groot deel gebaseerd op de maladaptieve ziektepercepties van de patiënt.[4,5] Onderzoek toont in toenemende mate het verband aan tussen het creëren van negatieve verwachtingen en het ontstaan van gezondheidsklachten.[6-8]

Ziek praten Het nocebo-effect speelt ook bij het ontstaan en voortbestaan van musculoskeletale pijn een niet te onderschatten rol. In onze klinische praktijk op de

Het schadelijke effect wordt veroorzaakt door het creëren van negatieve verwachtingen ten aanzien van herstel.

www.shutterstock.com

polikliniek van Heliomare revalidatie worden we dagelijks geconfronteerd met de schadelijke effecten van nocebo. Onze ervaring is dat een groot deel van de patiënten met chronische pijn die zich bij ons melden, door hulpverleners met de beste bedoelingen lijken te zijn 'ziek gepraat'. Bij elke behandelaar die ze hebben bezocht in hun zoektocht naar de oorzaak van de pijn, krijgen ze er een diagnose en disfunctionerende lichaamsdelen bij. De lijst is aanzienlijk: bij de chiropractor krijgen patiënten informatie over scheefstaande wervels die de werking van het zenuwstelsel negatief beïnvloeden, bij de orthomanueel arts wordt gesproken over een scheefstaand bekken dat gevolgen heeft voor bovenliggende lichaamsdelen, bij de oefen therapeut lijkt er van alles aan de houding te mankeren, bij de fysiotherapeut krijgen patiënten te horen dat de kleine spiertjes van de rug niet goed werken waardoor hun wervelkolom instabiel is. De neuroloog vertelt vervolgens dat ze nét geen hernia hebben en de manueeltherapeut diagnosticeert een geblokkeerd facetgewricht. Het is niet vreemd dat ten gevolge van al deze negatieve informatie over de toestand van het lichaam de patiënt het vertrouwen in het functioneren van zijn lijf kwijtraakt, en dat er onbewust alarmbellen in de pijnmatrix afgaan die waarschuwen voor verondersteld fysiek gevaar.[7] Het dagelijks werk van onze klinische praktijk bestaat grotendeels uit het ontkrachten van deze, door hulpverleners veroorzaakte, negatieve ideeën over de aard en de ernst van hun klachten. Ter illustratie een van de vele voorbeelden.

Interpretatie van het brein Een man van 24 jaar met de door een arts in het ziekenhuis gestelde diagnose 'auto-immune plexus brachialis neuritis rechts' meldde zich op de polikliniek met pijn in de nek en het schouderblad. De doelstelling was om in een kortdurend programma de spierkracht van de rechterarm te vergroten. De klacht was 3 jaar geleden ontstaan in de vorm van nekpijn. Hij kon zich geen duidelijk oorzakelijk moment herinneren. Er is geen verlies van spierkracht geweest in de nek of de arm. Hij heeft alle dagelijkse dingen (studie, werk, sport, sociale contacten) normaal kunnen doen. MRI van de cervicale wervelkolom en plexus brachialis liet geen bijzonderheden zien. In verband met zijn pijnklachten heeft hij bij een fysiotherapeut, manueel therapeut en chiropractor hulp gezocht. Zij konden allemaal iets vinden. De patiënt kreeg achtereenvolgens te horen dat zijn spieren wel erg snel en te krachtig aanspanden, er iets niet goed zat op wervelniveau C4-C5, en dat er sprake was van een dode zenuw. Helaas waren naar de mening van

>>

MEDICA®

12 – 15 Nov 2014

Düsseldorf · Germany

www.medica-tradefair.com

IT'S MEDICA

Ieder jaar in november is MEDICA hét evenement voor experts van overal ter wereld. Het wereldforum voor de medische industrie presenteert een breed productenaanbod van circa 4.600 exposanten.

Ben u op zoek naar nieuwe medische toepassingen en moderne behandelingsmethoden? De exposanten bieden u een omvangrijk spectrum aan therapeutische producten, apparaten en toepassingen.

Benut MEDICA en de speciale aanbiedingen ook voor úw expertisegebied.

Be part of the No. 1!

fotolia.com © goodluz

MEDICA **MEDICINE + SPORTS** CONFERENCE

Tijdens het **MEDICA MEDICINE + SPORTS CONFERENCE** presenteren internationale experts de huidige stand van zaken binnen de preventie, fitness en sportgeneeskunde.

REHACARE® INTERNATIONAL

Vakbeurs en congres

Düsseldorf, Duitsland
24 – 27 september 2014

www.rehacare.de

Fairwise bv
Verlengde Tolweg 2a _ 2517 JV Den Haag
Tel. 070-3501100 _ Fax 070-3584061
info@fairwise.nl _ www.fairwise.nl

Messe Düsseldorf®

de patiënt de interventies gericht op deze diagnoses niet effectief.
In het onderzoek zagen we een atletisch gebouwde jongeman zonder stoornissen in de gewrichtsmobiliteit, zonder atrofie en zonder spierkrachtverlies. Wel was er drukpijn op de processi spinosi C4-Th5 en op de margo medialis van het rechterschouderblad. Er waren geen beperkingen in het uitvoeren van activiteiten. Hij kon alles doen, maar moest er niet aan denken dat hij pijn bleef houden tot zijn tachtigste. Zijn eigen idee over de klachten was dat er sprake was van een dode zenuw, waardoor andere zenuwen harder moesten werken waardoor hij pijn en minder kracht had in zijn rechterarm. Hij was verbaasd toen ik hem liet zien dat zijn spierkracht dik in orde was en zijn lijf verder ook prima functioneerde. Ik legde hem uit dat op een onbewust niveau de verschillende behandelingen en (goedbedoelde) uitspraken van behandelaars waarschijnlijk hebben geleid tot het voortbestaan van de pijnklachten.
Meneer ging deelnemen aan de pijnvoorlichtingsbijeenkomst waarin het paradigma 'pijn als output' verder werd uitgelegd.[9] Centraal in dit paradigma staat dat pijn geen perifere input is vanuit de weefsels, maar een interpretatie is van het brein. Indien verwerking van alle informatie (waaronder nociceptie) in het brein leidt tot de 'conclusie' dat er sprake is van dreiging, zal in de pijnmatrix de pijn ontstaan.
Meneer was na de pijnvoorlichtingsbijeenkomst en twee consulten fysiotherapie pijnvrij. De twee consulten waren gericht op het bijstellen van zijn iatrogene herstel belemmerende cognities en het herstellen van het vertrouwen in zijn fysiek functioneren. Een opmerking van deze opgeluchte meneer was: "Hoe heb ik mij destijds zo kunnen laten hersenspoelen?" Zijn brein had een loopje met hem genomen, zo was zijn ervaring.

Positieve verwachtingen Dat het scheppen van positieve verwachtingen, placebo met de letterlijke betekenis: 'ik zal behagen', een zeer krachtig middel is om positieve gezondheidseffecten te bewerkstelligen, behoeft verder geen bewijs. De literatuur staat er bol van.[10,11] Dat sommigen dat geen 'echte' geneeskunst noemen maar wegzetten als kwakzalverij, is betreurenswaardig. De ziekmakende effecten van nocebo zijn veel minder onderzocht, maar niet minder krachtig.[6] Dat hulpverleners zich daaraan onbewust schuldig maken, is te betreuren. Wij maken mensen onbedoeld ziek door het doen van uitspraken over de veronderstelde aanwezigheid van allerlei afwijkingen binnen het bewegingssysteem die we verklarend achten voor de klachten van de patiënt. Iedere hulpverlener hanteert daarbij zijn eigen op dubieuze plausibiliteit berustende rationales. De attributies van de fysiotherapeut over de oorzaak van de pijn zijn nog vaak structuur georiënteerde biomedische overtuigingen.[12] Daarnaast leidt het daarbij gehanteerde nocerend taalgebruik (versleten, zit vast, instabiel, staat scheef, geblokkeerd, puilt eruit, doe voorzichtig, is overbelast, is verschoven, enz.) alleen maar tot verergering van de situatie.

Verandering van idioom Willen we structureel bijdragen aan de vermindering van chronische musculoskeletale pijn, dan zullen we onze huidige werkwijze los moeten laten en overgaan op een verandering van idioom binnen de diagnostiek en behandeling van de patiënt met chronische pijn. Dit zal heel wat moeite kosten, dat beseffen wij heel goed. Onderzoek bevestigt dat het moeilijk is om de niet helpende biomedische overtuigingen van hulpverleners bij te stellen.[12] Het mag echter geen reden zijn om door te gaan op deze manier en daarmee bij te dragen aan het ontstaan in plaats van aan de vermindering van chronische musculoskeletale pijn.

Kitty Rumping PT, MMT, fysiotherapeut/manueel therapeut.
Zij is bereikbaar via k.rumping@casema.nl.
Ronald Kan PT, MSc Fysiotherapiewetenschap, fysiotherapeut/manueel therapeut.

Hans Popma PT, MSc Medische Antropologie en Sociologie, fysiotherapeut/manueel therapeut.
Allen zijn werkzaam bij Heliomare revalidatie, afdeling polikliniek te Wijk aan Zee.

Meer lezen over pijn?
Het FysioPraxis themanummer pijn verschijnt op 24 oktober.

Referenties

1. Ek JW, Gijn JC. Pain exposure physical therapy may be a safe and effective treatment for longstanding CRPS1: a case series. Clin Rehabil Dec 2009 23:1059-1066.
2. Zondervan RCJ, Kan RW. Resultaten van een fysiotherapeutische behandelaanpak gericht op functioneel herstel van patiënten met een chronisch complex regionaal pijnsyndroom type 1 van de onderste extremiteit. Een pilot study. Ned Tijdschrift voor Pijn en Pijnbestrijding 2007;26(32):29-36.
3. Meent H van de, Oerlemans M, Bruggeman AWA. Safety of "Pain exposure" Physical therapy in patients with complex regional pain syndrome type 1. Pain 2011;152(6):1431-1438.
4. Main CJ, Foster N, Buchbinder R. How important are back pain beliefs and expectations for satisfactory recovery from back pain? Best Pract Res Clin Rheumatol. 2010 Apr;24(2):205-17.
5. Sloan TJ, Gupta R, Zhang W, Walsh DA. Beliefs about the causes and consequences of pain in patients with chronic inflammatory or non-inflammatory low back pain and in pain-free individuals. Spine 2008 Apr 20;33(9):966-72.
6. Mitsikostas DD, Mantonakis LI, Chalarakis NG. Nocebo is the enemy, not placebo. A meta-analysis of reported side effects after placebo treatment in headaches Cephalalgia April 2011;31:550-561.
7. Benedetti F, Lanotte M, Lopiano L, Colloca L. When words are painful: unraveling the mechanisms of the nocebo effect. Neuroscience 2007 Jun 29;147(2):260-271.
8. Faasse K, Petrie KJ. The nocebo effect: patient expectations and medication side effects. Postgrad Med J 2013 Sep;89(1055):540-546.
9. Melzack R. From the gate to the neuromatrix. Pain. 1999 Aug; Suppl 6:S121-6. Review.
10. Moseley JB, O'Malley K, Petersen NJ, Menke TJ, Brody BA, Kuykendall DH, Hollingsworth JC, Ashton CM, Wray NP. A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. N Engl J Med. 2002;Jul11;347(2):81-8.
11. Sihvonen R, Paavola M, Malmivaara A, Itälä A, Joukainen A, Nurmi H, Kalske J, Järvinen TL. Arthroscopic partial meniscectomy versus sham surgery for a degenerative meniscal tear. N Engl J Med. 2013 Dec 26;369(26):2515-24.
12. Daykin R, Richardson B. Physiotherapists' Pain Beliefs and their influence on the management of patients with chronic low back pain. Spine 2004;7:783-795.

Kwaliteit, markt en vereniging

Kennismaken met de KNGF-bestuursleden

Op 4 juni 2014 zijn drie nieuwe bestuursleden verkozen. Hoe kijken zij aan tegen kwaliteit, markt en de vereniging? Een kennismakingsinterview.

Tekst: Kitty Bouten, Henk Jansen, Arjen van Zon | Foto: Wiep van Apeldoorn

Wat zijn de visie en ambities van Kitty Bouten, Henk Jansen en Arjen van Zon? Wij vroegen hun in één zin hun ambitie te omschrijven.

Kitty Bouten: "De professional de leidende rol geven die haar/hem toekomt bij het bepalen van de beroepsinhoudelijke kwaliteit, met een ondersteunende rol voor andere deskundigen."

Henk Jansen: "Meer evenwicht brengen in de relatie tussen patiënt, zorgverzekeraar en zorgaanbieder door niet alleen onze vakinhoudelijke kennis in te zetten maar ook onze relatie met de consument."

Arjen van Zon: "Optimale belangenbehartiging van de leden, zodat zij het belang van lidmaatschap van het KNGF ervaren en stakeholders niet om het KNGF heen kunnen."

Thema 1: kwaliteit

1) Hoe staat het volgens jullie met de kwaliteit van de beroepsuitoefening in Nederland?

Bestuur: "De kwaliteit van de beroepsuitoefening is de afgelopen jaren verhoogd, vooral door verbetering van het klinisch redeneren. We moeten wel oppassen dat de registratiedruk onze relatie met de patiënt niet aantast. Dat betekent een bewuste keuze over wanneer en met welk doel je meetinstrumenten inzet: is het belang van de patiënt ermee gediend?"

2) Jullie zijn kritisch over het kwaliteitssysteem dat op dit moment in ontwikkeling is. Wat is er volgens jullie nodig om te komen tot een zinvol en bruikbaar kwaliteitssysteem?

Bestuur: "Essentieel is om vooraf de (afbreuk)risico's te analyseren voor alle betrokkenen: patiënten, therapeuten en verzekeraars. In het werkveld mag echt geen verdere lastenverzwaring meer ontstaan; dat kan de beroepsgroep niet meer dragen. Draagvlak is onontbeerlijk om tot een werkend systeem te komen. De validiteit, betrouwbaarheid en werkbaarheid van het systeem moet aangetoond worden in pilots. Pas daarna kun je het systeem over de hele beroepsgroep uitrollen."

3) Kwaliteit is in eerste instantie de verantwoordelijkheid van de beroepsgroep. Wat is volgens jullie de belangrijkste rol van de vereniging in de verbetering van de kwaliteit?

Bestuur: "De vereniging moet haar leden ondersteunen bij het leveren van optimale kwaliteit. Bij het ontwikkelen van kwaliteitsinstrumenten zoals richtlijnen dienen ook de randvoorwaarden gedefinieerd te worden. Als niemand voor onze kwaliteit wil betalen, moeten we ons afvragen wat die waard is. Tegen echte en objectief vastgestelde excessen moet je als beroepsgroep maatregelen nemen: dat hoort bij het borgen van inhoudelijke kwaliteit."

Thema 2: markt

4) De fysiotherapeut heeft het niet makkelijk op de zorgmarkt. Wat is voor jullie de belangrijkste kracht van de fysiotherapie, gezien vanuit de moderne doelstellingen van het volksgezondheidsbeleid: mensen zo lang mogelijk laten participeren?

Bestuur: "De waardering van onze cliënten voor onze zorg is hoog; daar mogen we trots op zijn. Fysiotherapie draagt bij aan kostenbesparing in de zorg en houdt mensen langer zelfredzaam. Die aspecten moeten we uitdragen en inzetten om gemeenten te ondersteunen bij hun taken in het kader van de Wmo."

5) Jullie zijn kritisch op de positie van de zorgverzekeraar. Wat is jullie belangrijkste kritiek op de manier waarop de verzekeraars omgaan met de cruciale plek van fysiotherapie in de zorg?

Bestuur: "Helaas richten verzekeraars zich vaak eenzijdig op hun financiële resultaat en gebruiken ze kwaliteitsbeleid daarbij als alibi. De overheid heeft hun de opdracht gegeven de kwaliteit van de zorg te stimuleren. Uitgangspunt van politiek en zorgverzekeraars is dat je kwaliteit het beste kunt stimuleren door tariefdifferentiatie. Veel verzekeraars differentiëren nu de tarieven. Voor het hoogste tarief stellen zij extreme eisen aan de administratie onder verwijzing naar onze richtlijn verslaglegging. De meeste therapeuten kiezen ervoor om niet aan die eisen te voldoen. Zij vinden dat die extensieve administratie ten koste gaat van de inhoudelijke kwaliteit die de patiënt wil.

De cijfers over Pluspraktijken lijken hun gelijk te geven: de patiënttevredenheid is gemiddeld lager en het behandelgemiddelde hoger. Op deze manier houden verzekeraars de tarieven van de bulk van fysiotherapie die zij inkopen, extreem laag. Dat maakt het voor fysiotherapeuten nagenoeg onmogelijk om te investeren in kwaliteit en innovatie. Die tarieven leiden ook tot slechte arbeidsvoorwaarden in de eerste lijn. Onze jongere collega's protesteren daardoor tegen de pensioenpremie, omdat die een onevenredig deel van hun inkomen vraagt. Als KNGF moeten wij hiervan leren dat we bij de ontwikkeling van richtlijnen de daarbij behorende randvoorwaarden moeten definiëren.
De enorme prijsdruk op fysiotherapie is onnodig omdat fysiotherapie nauwelijks invloed heeft op de collectieve lasten. Fysiotherapie zit voor het grootste deel (70%) in de aanvullende verzekering. Dat zijn schadeverzekeringen waarin ook allerlei vormen van alternatieve therapie zijn opgenomen. Het is een kwestie van de verwachte schadelast berekenen en de bijbehorende premie vaststellen."

6) Wat kan de vereniging doen om de belangen van de leden in het krachtenveld van de gezondheidszorg effectief te behartigen?

Bestuur: "We moeten boven op de ontwikkelingen in de zorgsector zitten, zodat we in een vroeg stadium signaleren waar kansen voor onze leden liggen. Wij moeten de leden helpen zich bewust te worden van wat de dreigingen zijn, maar vooral waar onze kracht en kansen liggen."

Thema 3: vereniging

7) In jullie visiestuk staat: "Het past bij een ambitieuze vereniging om regelmatig te evalueren of haar structuur nog doelmatig is." Waarin is het KNGF sterk, en wat kan beter?

Bestuur: "De kracht van het KNGF zit in het grote ledental. Wat vooral beter kan, is luisteren naar de leden. De verenigingsstructuur maakt het moeilijk maar niet onmogelijk om snel van richting te veranderen wanneer de omstandigheden dat vragen. Een nieuwe structuur kan het wel makkelijker maken om in te spelen op veranderingen en wensen van de leden."

8) Jullie hechten veel waarde aan het contact met de leden, bijvoorbeeld via de regio-organisatie. Hoe kunnen leden met jullie in contact komen en hoe kunnen zij meepraten over beleidszaken?

Bestuur: "Door ons te mailen op bestuur@kngf.nl, door naar RGF-vergaderingen te komen, door deelname aan digitale meningspeilingen en via de digitale meldpunten: inbox@kngf.nl (voor ideeën en suggesties), meldpuntzorgverzekeraars@kngf.nl (voor meldingen over zorgverzekeraars)."

9) Voor jullie is het belangrijk om binnen de vereniging samen te werken ondanks diversiteit, en daarbij het gezamenlijk doel voor ogen te houden. Wat heeft jullie positief of negatief verrast de afgelopen maanden als het gaat om 'samen sterk staan'?

Bestuur: "Positief: de grote betrokkenheid van leden bij de verkiezingen, de steun en het enthousiasme van veel collega's ook na de verkiezingen. Die betrokkenheid moeten we verder uitbouwen. Eenheid in verscheidenheid vinden wij een mooie ambitie voor onze vereniging."

10) Wat maakt dat jullie aan het einde van 2015 tevreden zijn?

Kitty: "Als de leden graag lid zijn van het KNGF omdat zij ervaren dat het KNGF hen effectief ondersteunt."

Henk: "Idem, met daarbij wanneer de eerste successen bij de zorgverzekeraars zichtbaar worden in de polissen voor 2016."

Arjen: "Eigenlijk ben ik nooit tevreden; tevredenheid leidt vaak tot afname van ambitie. Ik word wel blij van resultaten dankzij gezamenlijke inspanningen van leden, bureau en bestuur."

V.l.n.r.: Henk Jansen, Kitty Bouten en Arjen van Zon.

TAPING CONCEPTS

TAPING CONCEPTS is een praktische cursus voor alle fysiotherapeuten over eigenschappen en toepassingsmogelijkheden van elastische én niet-elastische tape met veel aandacht voor klinisch rederenen.

Docenten: **René Claassen** Gecertificeerd Kinesiotaping / taping instructor sinds 2000, en **Peter van Dalen,** taping instructor sinds 2007. Beide TAPING CONCEPTS docenten zijn daarnaast docent Mulligan Concept. **Accreditatie**: De cursus Taping Concepts is geaccrediteerd. **Organisatie**: Mulligan Opleidingen.

Ga voor cursuslocaties en data naar:

www.tapingconcepts.com

MULLIGAN PRODUCTS & TAPE

Tijdens de cursus gebruiken wij **NASARA, Original Kinesiology Tape**: kwalitatief goede en, qua prijs, voordelige tape.
Deze tape wordt van harte aanbevolen door de Duitse Olympische Sportfederatie en de Duitse Vereniging van Toegepaste Sportgeneeskunde.

Ga voor bestellen van taperollen naar:

www.mulliganproductstape.com

WINTERTIJD CHALLENGE

IN DE NACHT VAN VAN 25/26 OKT.

SPORT OOK MEE!

SPIEREN VOOR SPIEREN
helpt kinderen met een spierziekte

wintertijdchallenge.nl

Een nieuwe klant binnenhalen? Valt niet mee!

Zet daarom de eerste stap naar nieuwe klanten door te adverteren in FysioPraxis.

Bel 023-5714745 en vraag naar Frank Oudman, of mail f.oudman@bureauvanvliet.com voor gratis advies over de advertentiemogelijkheden.

VAN VLIET BUREAU VOOR MEDIA-ADVIES

postbus 20 - 2040 AA Zandvoort • zandvoort@bureauvanvliet.com
www.bureauvanvliet.com

yvlo

www.yvlo.nl info@yvlo.nl

de opleiding ZwangerFit start 24 september t/m 13 december
een verkort traject is mogelijk

cursusdag Babymassage → 27 september

nieuwe workshops
Ademen & Ontspannen → 30 oktober
Spataderen PeriPartum → 20 november

YVLO al 20 jaar praktijkgericht….morgen aan de slag!

www.PsychFysio.nl

Modulen 2015

Psychologie voor fysiotherapeuten

✓ **Gezondheidspsychologie voor de fysiotherapeut**	-5 dagen di 6/1, 20/1, 3/2, 3/3, 17/3.
✓ **Neurolinguïstisch programmeren**	-3 dagen za 10/1, 24/1, 7/2.
✓ **ACT bij chronische pijn**	-3 dagen do 15/1, 29/1, 12/2.
✓ **Pijn en stressmanagement techn**	-3 dagen di 10/3, 24/3, 7/4.
✓ **Motiverende gespreksvoering**$^{+SFT}$	-3 dagen di 14/4, 21/4, 12,5.

Opleidingen@PsychFysio.nl • 06-15571070
Leslocatie: Utrecht • **www.psychfysio.nl**

Tekst: Angelique Rockx (Taalent Communicatie)

“Doorverwijzen is omzetderving”

“Ik ben het niet eens met de stelling en als ik om me heen kijk, zie ik dit ook nauwelijks gebeuren.

Natuurlijk moet je doorverwijzen wanneer een patiënt zich meldt met een klacht waarin je zelf niet gespecialiseerd bent.

Zelf maak ik dat overigens maar zelden mee. Dat heeft er waarschijnlijk ook mee te maken dat de huisartsen en specialisten hier in de omgeving wel weten welke specialisaties wij in onze praktijk hebben en daar rekening mee houden bij het doorverwijzen. Ik schat in dat het mij een of twee keer per jaar overkomt dat ik een patiënt niet kan helpen.
Dan kijk ik eerst of een van mijn collega’s wel de juiste specialisatie in huis heeft. Is dat niet het geval, dan verwijs ik door naar een andere collega. En andersom gebeurt dat ook. Ik denk dus dat het met die doorverwijsangst wel meevalt.”

Douglas Roos van Raadshooven, fysiotherapeut en manueel therapeut bij Praktijk voor Fysiotherapie Westerweg in Heiloo.

“Ik kan me goed voorstellen dat fysiotherapeuten bang zijn voor omzetderving, vooral wanneer je moeite hebt met het verkrijgen van nieuwe patiënten. De schoorsteen moet toch roken. Maar ik vind het ethisch niet verantwoord. Als je niet competent bent in het behandelen van bepaalde specialistische klachten, dan kun je niet anders dan jouw patiënt doorverwijzen naar een gespecialiseerde collega. Fysiotherapeuten worden opgeleid als generalisten. Hierdoor denken we dat we elke klacht kunnen behandelen. Maar dat lijkt niet de juiste insteek.

Het welzijn en de gezondheid van de patiënt staan voorop.

Dit willen wij de studenten aan de masteropleiding Fysiotherapie meegeven. Ook willen we dat de studenten kennis hebben van de vaardigheden en kunde bij verschillende fysiotherapeutische specialisaties. Daarom zijn we twee jaar geleden een leergang begonnen waarbij alle specialisaties in het musculoskeletale gebied in het eerste jaar gezamenlijk les krijgen. Hierdoor leren ze de specialisaties beter kennen en verwijzen ze in de toekomst gemakkelijker patiënten naar elkaar door.”

Jan Pool, manueel therapeut bij Paramedisch Centrum Impact in Zoetermeer en onderzoeker en docent bij de masteropleiding van Hogeschool Utrecht.

“Ik verwijs een patiënt liever door dan dat ik oeverloos een specialistische klacht probeer te behandelen. Op de opleiding hebben we alle specialisaties voorbij zien komen, maar dit betekent niet dat je deze specialistische klachten in de praktijk kunt behandelen.

Niet doorverwijzen is niet goed voor de patiënt en niet gunstig voor het vak fysiotherapie.

Binnen de fysiotherapie willen we ons meer op de kaart zetten door bijvoorbeeld wetenschappelijk onderzoek te verrichten. Ook kijken verzekeringen goed mee hoe efficiënt en effectief fysiotherapeutische behandelingen zijn. Ben je te lang met een bepaalde klacht bezig omdat je er niet in gespecialiseerd bent, dan wordt fysiotherapie op den duur niet meer serieus genomen. Daar moeten we voor waken. Binnen onze praktijk hebben we verschillende specialisaties. Het doorverwijzen gaat daarom misschien wel wat makkelijker. Maar hebben wij de deskundigheid niet in huis, dan hebben wij er geen moeite mee iemand door te verwijzen naar een andere praktijk. Ook al betekent dit minder omzet.”

Marieke de Lange, algemeen fysiotherapeut bij Fysiotherapie Haalboom & van der Kleij in Utrecht. Zij volgt de master Sportfysiotherapie.

Universiteit Utrecht

Cursus Fasciaal Distorsie Model (FDM)

Het geheim achter het Duitse voetbal succes?

Nieuwe cyclus start in november 2014

Osteopaat Stephen Typaldos DO ontwikkelde (in de jaren 90) een nieuwe revolutionaire behandelmethode voor acute en chronische problemen van het fasciaal systeem: Fasciaal Distorsie Model.

De diagnostiek van de FDM behandeling is gebaseerd op de body language van de patiënt. Deze body language is reproduceerbaar op iedere patiënt en is de sleutel van een succesvolle en direct waarneembaar en voelbaar resultaat.

In de **Duitse topsport** wordt hiermee dagelijks gewerkt door **Klaus Eder,** fysiotherapeut **Duits nationaal voetbalteam** en van het **Duits Olympisch team**.

De cursus is een eye opener voor **iedere fysiotherapeut,** ook voor diegenen werkzaam in de (top)sport of fysiotherapeuten die samenwerken met osteopaten.

Meer info: Panta Rhei: www.pro-osteo.com
Europese FDM associatie: www.fdm-europe.com.

PRO Panta Rhei OPLEIDINGEN OSTEOPATHIE

Kinesio® Tape the second generation

Door miljoenen gebruikt, door honderden gekopieerd. Tijd voor de volgende stap.

De ontwikkelaars van de originele Kinesio® Tape hebben de laatste jaren besteed aan een revolutionaire opvolger van de succesvolle Kinesio® Tape. De tape is enorm verbeterd op diverse punten en daardoor is een nieuwe dimensie ontstaan in het tapen.

- Hypoallergeen
- Latexvrij
- Flinterdun
- Optimaal draagcomfort
- Zeer sterk

Maak nu gebruik van het kennismakingsaanbod
3 rollen bestellen; 3 rollen gratis.
Maximaal 1 pakket per praktijk.

KINESIO

www.kinesio-nederland.nl

Fysiotherapie in achterstandswijken

Kwaliteit moeilijk meetbaar vanwege taalachterstand

In achterstandswijken spreken relatief veel mensen geen Nederlands. Ook beschikken ze niet altijd over internet. Het invullen van de – contractueel verplichte – patiëntenquêtes en in de toekomst de vragenlijsten in het kader van Kwaliteit in Beweging is daarom voor fysiotherapiepraktijken in achterstandswijken lastig. KNGF zoekt hiervoor, samen met fysiotherapeuten, een oplossing.

Tekst: Angelique Rockx (Taalent Communicatie)

HERMA MULDER IS fysiotherapeut in de achterstandsbuurt Transvaal. Ze behandelt veel zwangere vrouwen en die zijn in haar praktijk afkomstig uit allerlei culturen. “We hebben hier in de buurt mensen wonen van veel verschillende nationaliteiten. Er is vaak sprake van een taalachterstand en het gaat om mensen uit een wat lagere sociaal-maatschappelijke klasse. Dat maakt mijn werk heel leuk en veelzijdig, maar ook wel lastig. Bij de enquêtes na afloop van de behandeling hebben we hier een uitval van 60 tot 100%, omdat mensen de vragenlijst niet begrijpen of simpelweg geen internet hebben. In de vragenlijsten staan bovendien veel nuances, die ook voor hoger opgeleiden die Nederlands niet als moedertaal hebben, lastig kunnen zijn. Het verschil tussen ‘gering’ of ‘enigszins’ bijvoorbeeld is bijna niet uit te leggen. Dat maakt het voor ons niet alleen onmogelijk om te voldoen aan de eisen die zorgverzekeraars tegenwoordig contractueel aan ons stellen, maar ook om een Plus-status te verkrijgen. Terwijl ik ervan overtuigd ben dat de kwaliteit van zorg die we hier leveren, niet minder is.”

Kinderen vertalen

Houwke Ong, programmamanager van het KNGF-programma Kwaliteit in Beweging, vertelt dat hij de problemen waar therapeuten in achterstandswijken tegenaan lopen, herkent. Je kunt dat bijvoorbeeld ondervangen door tijdens de intake, wanneer je de eerste vragen invult, te vragen of de patiënt een van zijn of haar kinderen meeneemt of door de vragenlijst mee naar huis te geven. Ook bij de tussentijdse evaluatie kun je dat doen.” Herma geeft aan dat dit al regelmatig gebeurt, omdat de kinderen vaak een betere kennis van de Nederlandse taal hebben. “Maar het kost veel tijd en bovendien is de validiteit van de vragenlijst dan ver te zoeken.” Nelly-Ann van der Knaap, bekkenfysiotherapeut in Den Haag Zuid-West, heeft ook haar twijfels bij deze oplossingsrichting. “In mijn vakgebied gaat het vaak over plassen, of over seksualiteit. Waar je bij andere specialisaties binnen de fysiotherapie soms nog wel eens de kinderen kunt laten optreden als tolk, is dat bij bekkentherapie vaak onwenselijk. Zeker wanneer de kinderen nog jong zijn.”

Oplossing

Herma is met Houwke om de tafel gaan zitten om een oplossing voor deze problematiek te bedenken. Herma: “Het zou ons enorm helpen wanneer er voor praktijken in achterstandswijken andere meetinstrumenten ontwikkeld zouden worden. Bijvoorbeeld in andere talen – al is dat bijna onbegonnen werk omdat er zoveel talen worden gesproken in achterstandsbuurten. Ik las laatst in FysioPraxis over een app die patiënten kunnen gebruiken om de pijn of klachten aan te geven. Misschien is dat een oplossing. Of er zou een meetcorrectie plaats kunnen vinden op de cijfers. Ook zou je bijvoorbeeld praktijken uit achterstandswijken alleen met elkaar kunnen vergelijken, en niet met praktijken die in sociaal sterkere gebieden staan.” Houwke geeft aan dat er plannen zijn voor een pilot in die richting, waarbij de beroepsgroep zelf de regie houdt. “Daarbij selecteren we praktijken op postcodegebied en passen dan een correctie toe. Daarvoor zijn wel data nodig, daarom gaan we de pilot houden.” Herma vindt dit een stap in de goede richting. “Maar wat ik eigenlijk het allerliefste wil, is met het KNGF en andere praktijken uit gebieden met een sociale achterstand – of dat nu een stadswijk zoals de onze is, of een praktijk in Noordoost-Groningen – samenwerken om van elkaar te leren en samen oplossingen te zoeken.”

Individueel trainen effectiever dan groepstherapie

Onafhankelijkheid ouderen gebaat bij samenwerking disciplines

Het verzorgingshuis zoals we dat nu kennen, sterft uit. In de toekomst zullen ouderen in Nederland dus steeds langer zelfstandig blijven wonen. Om dat te kunnen doen, moeten zij wel tot op zekere hoogte onafhankelijk kunnen zijn. Betsy Weening promoveerde begin dit jaar in Groningen met een proefschrift over vormen van training die ouderen kunnen helpen om zelfstandig te blijven.

Tekst: Angelique Rockx, Taalent

AL SINDS BETSY Weening (56) in 2000 herintrad als fysiotherapeut, werkt ze met ouderen. Tijdens de post-hbo-opleiding Geriatriefysiotherapie die ze daarvoor volgde, schreef ze een paper over groepstherapie voor ouderen in verzorgingshuizen. “Toen is mijn interesse in dit onderwerp gewekt en die interesse is gebleven. Waarom werken sommige vormen van therapie voor bepaalde mensen wel en voor anderen juist weer niet? In 2006 heb ik me aangemeld bij het lectoraat Transparante Zorgverlening aan de Hanzehogeschool in Groningen, omdat ik graag meer over dat onderwerp wilde weten. Wat begon als een serie kleinere onderzoeken met studenten mondde uit in een promotietraject. Al die tijd ben ik ook werkzaam gebleven als geriatriefysiotherapeut.”

Deelstudies Het promotietraject van Weening bestond uit vijf verschillende deelstudies, waarvan de twee belangrijkste een antwoord moesten opleveren op de vraag waaruit een trainingsprogramma voor ouderen, gericht op zelfredzaamheid en ADL, zou moeten bestaan. “Allereerst heb ik een systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd, waarin ik 27 studies over ouderen met elkaar heb vergeleken. Vervolgens heb ik op basis daarvan een trainingsprogramma opgesteld: een combinatie van progressieve weerstandstraining, balanstraining en functionele training. Dat programma hebben we ingezet in een RCT, het tweede belangrijke bestanddeel van mijn promotietraject. We hebben in 14 verzorgingshuizen 164 deelnemers geïncludeerd in de RCT. Uiteraard was er in ieder verzorgingshuis een experimentele groep en een controlegroep. De deelnemers aan de controlegroep kwamen wel bij elkaar, maar keken dan bijvoorbeeld naar video’s, speelden spelletjes of voerden gesprekken. Beide groepen kwamen twee keer per week samen, gedurende zestien weken.”

Effectiviteit niet aangetoond De groepstraining bleek niet effectief. “Gemeten over het geheel hebben we geen significante voordelen van de groepstraining gevonden. Maar dat wil natuurlijk niet zeggen dat niemand er baat bij heeft gehad, alleen dat over de hele groep gemeten er geen verbetering heeft plaatsgevonden. Ik denk dat dit voor een deel wel verklaarbaar is door het hoge uitvalspercentage. Bij de experimentele groep is 30% uitgevallen en bij de controlegroep zelfs 50%. Je hebt natuurlijk te maken met een oude doelgroep – de gemiddelde leeftijd lag ver boven de zeventig en bij deze mensen heeft ziekte grotere gevolgen dan voor ons jonge mensen. Wij krijgen griep en zijn na een week hersteld. Zij krijgen griep en komen nooit meer terug op het gezondheidsniveau dat ze voorheen hadden. Bij de controlegroep is de uitval vooral te wijten aan het programma dat hun werd aangeboden. Mensen hebben in het verzorgingshuis over het algemeen de keuze uit veel activiteiten, zoals zangmiddagen en bingo’s. Daar kwam dit nog eens bij. Het was dus lastig om hen hiervoor gemotiveerd te houden.”

Een andere verklaring voor het feit dat de groepstraining niet effectief bleek, kan de heterogeniteit van de groep zijn, vermoedt Weening. “Bij een groepstraining werk je met een gemiddelde intensiteit, die je niet op iedere afzonderlijke deelnemer kunt aanpassen. Dat gemiddelde is voor de een te intensief en voor de ander juist te laag. De eerste groep haakt af, de tweede behaalt geen resultaat. Verder is in een verzorgingshuis meestal sprake van comorbiditeit, dus de manier van trainen is beperkt. Iemand met artrose moet anders trainen dan iemand die een CVA heeft ondergaan. Daarom is het voor deze doelgroep beter om individueel te trainen.”

Individueel trainen Ondanks dat de groepstraining niet effectief bleek, heeft het onderzoek wel waardevolle inzichten opgeleverd, vindt Weening. “De trends vanuit verzekeraars is in toenemende mate dat mensen moeten worden getraind in groepen, want dat is in de meeste gevallen goedkoper en efficiënter. Ik heb aangetoond dat dat voor deze specifieke groep mensen niet het geval is,

omdat ieder mens uniek is en iedere oudere weer een eigen benadering nodig heeft om zelfstandig te kunnen blijven. Deze groep mensen kun je dus het beste individueel trainen. Met mijn onderzoeksresultaten in de hand kun je hard maken naar verzekeraars dat individueel training voor deze groep nuttiger is dan trainen in een groep. Welke training dat dan precies is, hangt helemaal af van wat de oudere nog kan en wil kunnen. Daarvoor moet je een beginmeting doen en aan de hand daarvan kun je bepalen hoe je iemand kunt trainen. Wat ik sowieso belangrijk vind, is dat ouderen zoveel mogelijk getraind moeten worden in hun eigen thuissituatie en zo min mogelijk in de oefenzaal. Thuis kun je veel beter de dingen trainen die ze dagelijks tegenkomen, zoals opstaan uit hun eigen stoel. Verder is balanstraining belangrijk voor ouderen. Een slechte balans is een van de grootste problemen van ouderen, niet alleen objectief maar ook in de beleving van de ouderen zelf."

Vragenlijst Om te bepalen hoe de individuele training van de oudere eruit zou kunnen zien, kun je als fysiotherapeut gebruikmaken van een vragenlijst als GARS. "Daarbij kun je meten welke activiteit iemand het meest belast, om vervolgens die activiteit te gaan oefenen. Van daaruit kun je terug gaan redeneren naar het niveau van de stoornis. Welk probleem kan daaraan ten grondslag liggen? Voor de ene oudere is kracht een belangrijk aandachtspunt, voor de andere juist balans. Dan kun je je daar specifiek op richten." Overigens maakt Weening in haar dagelijkse werk nauwelijks gebruik van vragenlijsten. "Het blijkt dat het beeld dat mensen in verzorgingshuizen van zichzelf hebben, vaak afwijkt van de werkelijkheid, zowel in positieve als in negatieve zin. Ook staan er in vragenlijsten vaak vragen over zaken die ouderen al heel lang niet meer doen. Traplopen, bijvoorbeeld."

Multidisciplinair Om kwetsbare ouderen ook in de toekomst zo zelfredzaam mogelijk te houden is samenwerking tussen diverse disciplines onmisbaar, vindt Weening. "Natuurlijk zijn artsen en praktijkondersteuners nauw betrokken, maar ik denk dat ook de verzorgende of verpleegkundige een belangrijke signaalfunctie heeft. Die komt immers meerdere malen per dag bij de oudere thuis, in tegenstelling tot de fysiotherapeut, die wellicht drie of vier keer per week komt. Om de trainingsdoelen te kunnen bereiken moet de voedingstoestand van de oudere goed zijn, dus is een diëtist een belangrijke samenwerkingspartner. In verzorgingshuizen is die samenwerking er al, maar in de toekomst blijven mensen langer zelfstandig wonen. Dat maakt multidisciplinaire samenwerking nóg belangrijker."

Nieuw: SBI chronische pijn

Ondanks de pijn toch een actieve leefstijl

De KNGF-standaarden Beweeginterventie (SBI) geven informatie over bewegen in het algemeen, en over bewegen bij chronische aandoeningen in het bijzonder. Onlangs is de achtste SBI verschenen: chronische pijn. Albère Köke, werkzaam bij het Kenniscentrum van Adelante Zorggroep, is de eerste auteur van deze SBI. Hij vertelt wat deze SBI zo bijzonder maakt.

Tekst: Angelique Rockx, Taalent

"DE RICHTLIJN IS ontwikkeld voor mensen met chronische pijn die te weinig bewegen. Onderzoek toont aan dat bewegen ook bij hen positieve effecten heeft. Hun pijnklachten verdwijnen er weliswaar niet door, maar bewegen draagt wel bij aan de algemene gezondheid en een beter functioneren. Mensen met chronische pijn denken vaak dat ze rust moeten houden, omdat ze hebben geleerd dat pijn een waarschuwingssignaal is. Maar bij chronische pijn is dat meestal niet het geval, dat is echt een achterhaalde gedachte."

Vertrouwen Chronische pijn kan overal in het lichaam voorkomen. Toch is ervoor gekozen om één richtlijn te maken. "Bij de overige richtlijnen is er een directe link tussen de aandoening en bewegen, bijvoorbeeld de richtlijn diabetes, waarbij bewegen invloed kan hebben op de bloedsuikerspiegel. Deze mensen krijgen meteen een 'beloning' door meer te gaan bewegen. Dat is bij mensen met chronische pijn niet het geval. De pijn kan minder worden, maar dat hoeft niet. Deze richtlijn is er vooral op gericht om ervoor te zorgen dat mensen weer durven te bewegen, en daardoor meer vertrouwen in hun lichaam krijgen en beter functioneren bij hun dagelijkse bezigheden."

Motivatie De insteek van de SBI is dat er wordt gewerkt aan een blijvende verandering van leefstijl of gedrag. Daartoe is het zinvol om de SBI uit te voeren in groepsverband. "Zeker wanneer mensen al lange tijd last hebben van pijn en lang niet hebben bewogen, merk je dat ze zich aan elkaar optrekken. Ze zien dat een ander ook meedoet, ondanks de pijn. Sociale steun motiveert enorm om ook zelf door te zetten en te gaan bewegen. De deelnemers leren dat ze met pijn toch een actieve leefstijl kunnen realiseren en onderhouden. Waar de pijn precies zit, is daarbij minder van belang. De SBI is dan ook prima te gebruiken voor groepen mensen met diverse soorten pijnklachten."

Waardevolle bijdrage Er zijn in Nederland heel veel mensen die baat kunnen hebben bij deze SBI, denkt Köke. "Twee miljoen Nederlanders hebben dagelijks te kampen met chronische pijn. Dat zijn meer mensen dan iedereen met kanker, diabetes en hart- en vaatziekten bij elkaar. Maar chronische pijn is onzichtbaar, omdat er vaak geen specifieke diagnose is gesteld. Dit zijn mensen die vaak bij fysiotherapeuten komen; met deze SBI hebben fysiotherapeuten een handvat waarmee ze hen kunnen ondersteunen bij het realiseren van een gezonde leefstijl. Als mensen ervaren dat ze actiever kunnen zijn en activiteiten weer 'mogen' doen, kan dat een enorme impact hebben op hun kwaliteit van leven. Daarbij is het belangrijk dat de fysiotherapeut samen met de persoon in kwestie inzet op voor de patiënt relevante en waardevolle activiteiten."

U vindt de Standaard Beweeginterventies op www.fysionet-evidencebased.nl

Toekomstbestendige inkomstenbronnen voor fysiotherapeuten

Vijf manieren om uw praktijkinkomen te verbeteren

De inkomsten staan onder druk, de omzet daalt en u wordt steeds afhankelijker van zorgverzekeraars. Hoe kunt u ervoor zorgen dat u ook de komende jaren een gezonde omzet behaalt? KNGF en VvAA hebben hiervoor de workshop 'Toekomstbestendige inkomstenbronnen voor fysiotherapeuten' ontwikkeld. Tijdens deze workshops worden 5 kansrijke richtingen behandeld die u inspiratie en concrete handvatten geven om voor uw situatie een plan te ontwikkelen dat uw bedrijfsrendement op peil houdt of verbetert. De Workshops vinden op verschillende locaties plaats, kijk hiervoor op www.mijnfysio.nl/scholing.html

1 Digitale media

- ✔ U bespaart tijd en geld doordat u efficiënter en effectiever werkt.
- ✔ U kunt op afstand patiënten helpen.
- ✔ Fysiotherapie wordt laagdrempeliger en daardoor toegankelijker.

Online fysiotherapie – fysiovoorjou.nl

Fysiovoorjou.nl is online fysiotherapie voor wie weinig tijd heeft, niet verzekerd is, een kleine klacht heeft of een vraag wil stellen. Initiatiefneemster Martine Rooth: 'Bij ons heb je binnen 24 uur een consult via een beveiligde webcamverbinding, e-mail of telefoon. Fysiotherapie is toegankelijker. Belangrijk zijn de zelfredzaamheid van de patiënt, eigen verantwoordelijkheid en actief oefenen.'

www.fysiovoorjou.nl

Bekijk ook het Kaartenboek 'Toekomstbestendige inkomstenbronnen voor fysiotherapeuten' op www.fysionet.nl > zoek op 'kaartenboek'.

2 Bewezen effectief werken

- ✔ Kiezen voor effectief bewezen behandelingen betekent betere zorg.
- ✔ U profileert zich beter met een helder specialisme.
- ✔ U wordt aantrekkelijker voor verzekeraars.

Bewezen effectieve zorg voor patiënten met COPD

De Regionale Organisatie Fysiotherapie (ROF) in de Gelderse Vallei nam deel aan de ontwikkeling van een bewezen effectief zorgprogramma met therapeutisch maatwerk rond chronisch obsessieve longziekten (COPD). Zorgverzekeraars kunnen dit programma inkopen als geïntegreerde ketenzorg. Ellen Toet en Hans Bloo van ROF: 'We bieden zorg in de eigen leefomgeving en zetten de expertise van verschillende zorgverleners in. Een intensieve samenwerking vanuit verschillende disciplines die leidt tot succesvolle behandelingen.'

www.rofgv.nl

3 Samenwerken

- ✔ U sluit aan bij de meest recente ontwikkelingen (overheid en zorgverzekeraars stimuleren samenwerking).
- ✔ Kwaliteitsafspraken in netwerken betekenen betere zorg.
- ✔ U vergroot de kans op vergoeding als u kunt laten zien dat samenwerken kosteneffectief is.

SaFyrA – samenwerkende fysiotherapeuten in de regio Apeldoorn

Ruim 170 fysiotherapeuten en 28 fysiotherapiepraktijken in de regio Apeldoorn werken in het samenwerkingsverband SaFyrA. Irma Woudenberg, voorzitter en manager: 'Wij zijn aanspreekpunt voor cliënten, andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de regio. We zijn nu als groep aangesloten bij de kerngroep zorg van de gemeente Apeldoorn. We overleggen met bestuurders van grote zorginstellingen en werken met ICT-bedrijven aan een innovatieve zorg- en communicatieomgeving."

www.safyra.nl

4 Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

- ✔ Langdurige zorg, ouderen- en jongerenzorg vallen met ingang van 2015 onder de verantwoordelijkheid van de gemeente.
- ✔ Preventie en beweegzorg worden steeds belangrijker.
- ✔ Mensen wonen steeds langer zelfstandig (al dan niet ondersteund vanuit de Wmo).

Big!Move – zo krijg je mensen met plezier aan het bewegen

Fysiotherapeut Marijn Aalders en huisarts Louis Overgoor van Gezondheidscentrum Venserpolder in Amsterdam-Zuidoost ontwikkelden samen Big!Move, een programma dat buurtbewoners helpt te bewegen. Marijn Aalders: 'Als blijkt dat een patiënt te motiveren is, verwijst de huisarts door naar het programma. We zetten in op plezier en inspiratie en gaan de wijk in. De gezonde leefstijl sluit aan bij de speerpunten van de Wmo.'

www.bigmove.nu

Meer over de Wmo leest u op pagina 25 van deze FysioPraxis.

5 Werkgevers

- ✔ U wordt minder afhankelijk van bezuinigingen en de vergoeding door zorgverzekeraars.
- ✔ Verzuimpreventie en inzetbaarheid worden voor werkgevers steeds belangrijker.
- ✔ U begeeft zich in een markt waar vraag is naar fysiotherapie.

Fysiofirst en Dorsanokliniek - direct in actie komen bij verzuim

Bij verzuim van een werknemer direct toegang tot een fysiotherapeut en bedrijfsarts, dat is het grote voordeel van een abonnement op Fysiofirst. Bart van der Voort, voorzitter van de Raad van Bestuur van Fysiofirst en Dorsanokliniek: 'Bij Achmea, Delta Lloyd en CZ hebben we een goede positie verworven en krijgen we de meeste interventies vergoed. Onze aanpak resulteert in minder verzuimdagen. Neurochirurgen, orthopeden en arbeidsjuristen maken ook deel uit van dit landelijke netwerk.'

www.fysiofirst.nl

Goede voorbereiding op de beheersaudit loont

Jaarlijks krijgt een groot aantal fysiotherapiepraktijken te maken met de beheersaudit. Een verplichte audit vanuit de zorgverzekeraar. Aan de hand van de beheersaudit toetst de zorgverzekeraar de praktijkorganisatie en de kwaliteit van verslaglegging. Iets waar fysiotherapiepraktijken zich terdege op moeten voorbereiden, maar wat in de praktijk onvoldoende gebeurt. Gevolg? De praktijk behaalt een negatief resultaat met alle consequenties van dien.

In toenemende mate koppelen zorgverzekeraars hun vergoedingen aan kwaliteit. De eisen die de zorgverzekeraars stellen aan de organisatie van fysiotherapiepraktijken en de verslaglegging worden dan ook gecontroleerd, middels een beheersaudit. Dat vraagt van de fysiotherapiepraktijken veel voorbereiding weet Mark Veldscholte van MTI uit ervaring. Samen met zijn collega's ondersteunt en begeleidt hij zorgaanbieders, waaronder fysiotherapiepraktijken, in het voorbereidingstraject naar de beheersaudit. Dit geldt ook voor plusaudits en HKZ-certificering.
'Veel fysiotherapeuten zijn zich niet of onvoldoende bewust van het feit dat de zorgverzekeraar vroeg of laat een audit aankondigt, terwijl je als praktijk er in het contract voor hebt getekend om te voldoen aan de eisen behorende bij het beheersmodel. Het is daarom verstandig om er ook zeker van te zijn dat je als praktijk ook aan deze eisen voldoet.'

'Twee op de drie praktijken haalt de audit niet'

De beheersaudit
Een beheersaudit is een verplichte audit vanuit de zorgverzekeraar. Wanneer de praktijk is geselecteerd voor de audit ontvangt deze hiervan een aankondiging.
Tijdens de beheersaudit wordt de praktijk gecontroleerd op een aantal criteria, onder andere de verslaglegging en organisatorische aspecten. 'Door de onbekendheid met de beheersaudit weten fysiotherapeuten niet hoe ze hun praktijk goed moeten voorbereiden op de audit', legt Mark uit. 'Dat is ook de belangrijkste reden dat twee op de drie praktijken de audit niet haalt. Heel vervelend, want een negatief resultaat betekent een verplichte scholing waarbij de kosten voor rekening komen van de praktijk evenals de kosten van de audit. Tevens verlaagt de zorgverzekeraar het tarief en is een vervolg audit een feit.
Behaalt de praktijk ook bij de tweede audit een negatief resultaat, dan heeft dit gevolgen voor het contract met de zorgverzekeraar.'

Kwaliteitsslag
Een beheersaudit kun je als praktijk echter ook aangrijpen als een kans om een kwaliteitsslag te maken. Iets wat Mark vooral ook wil benadrukken. 'Bij een positief resultaat bevestigt dit de kwaliteit van je organisatie en diensten. Dit kun je op dat moment ook daadwerkelijk aantonen. Dit geeft vertrouwen. Vertrouwen in je organisatie en vertrouwen in elkaar als team. Tevens is het een goed moment van bewustwording. Waar staan we nu als praktijk en waar willen we naar toe? Dit zijn essentiële vragen, wil je als praktijk voorbereid zijn op de audits en de toekomstige ontwikkelingen in de fysiotherapiemarkt en de zorgverzekeraars.'

'Beheersaudit aangrijpen om de volgende kwaliteitsslag te maken'

Gedegen voorbereiding loont
Onderdeel van de beheersaudit is de verslaglegging binnen het EPD. Een punt waarbij voor een groot deel van de fysiotherapiepraktijken veel winst is te behalen. Mark: 'Wat wij veel tegenkomen is dat iedere medewerker de verslaglegging op zijn eigen manier uitvoert, dat er te weinig structuur in zit en dat dossiers vaak onvolledig zijn'.
Het vergt de nodige kennis van de fysiotherapeut om te komen tot een correcte verslaglegging conform de richtlijn, iets waarin men over het algemeen niet geschoold is. In het traject voorafgaand aan de audit brengen we samen met de fysiotherapiepraktijk de verslaglegging naar een hoger kwaliteitsniveau, zodanig dat het voldoet aan de eisen. 'Tijdens de beheersaudit worden de criteria getoetst door het auditbureau. Zorg je voor een gedegen voorbereiding, passend bij de praktijk, dan kun je de audit met een gerust hart tegemoet zien.'

De stap ná de beheersaudit
Is de fysiotherapiepraktijk eenmaal geslaagd voor de beheersaudit, dan is het belangrijk om deze kwaliteit te continueren. Om de volgende kwaliteitsslag te maken behoren de plusaudit en de HKZ-certificering tot de mogelijkheden. Volgens Mark een belangrijke keuze die de toekomst van je praktijk kan bepalen: 'Het behalen van de plusaudit en/of HKZ-certificering geeft zekerheid voor de toekomst en maakt zichtbaar dat je bezig bent met de kwaliteit van je praktijk. Door op deze wijze de kwaliteit van je praktijk te behouden en verder te verbeteren, ben je altijd een stap voor op toekomstige ontwikkelingen in de fysiotherapiemarkt.•

Links: Mark Veldscholte (MTI) en rechts: Jos Karperien (Fysiotherapeutisch Centrum)

"Begin dit jaar is onze praktijk uitgenodigd om deel te nemen aan een beheersaudit. Een audit om serieus te nemen en dat hebben wij ook zeker gedaan. We hadden in onze beleving twee opties in het traject voorafgaande aan de audit. Enerzijds vertrouwen op bestaande kwaliteit, anderzijds het inschakelen van een professionele partner. We kozen voor de laatste optie.
MTI heeft ons in het traject voorafgaande aan de audit gesecondeerd.
Samen met MTI is ons zorgdossier op wezenlijke punten verbeterd. Ik noem in dit kader de begrippen transparantie, uniformiteit en continuïteit van handelen. Inmiddels is de audit uitgevoerd en zijn er twintig dossiers getoetst waarop geen enkele op- of aanmerking was.
De zeer plezierige en zeker ook professionele samenwerking met MTI zullen we als praktijk op het gebied van kwaliteit voortzetten."

Jos Karperien, Fysiotherapeutisch Centrum Hardenberg, Coevorden en Lutten

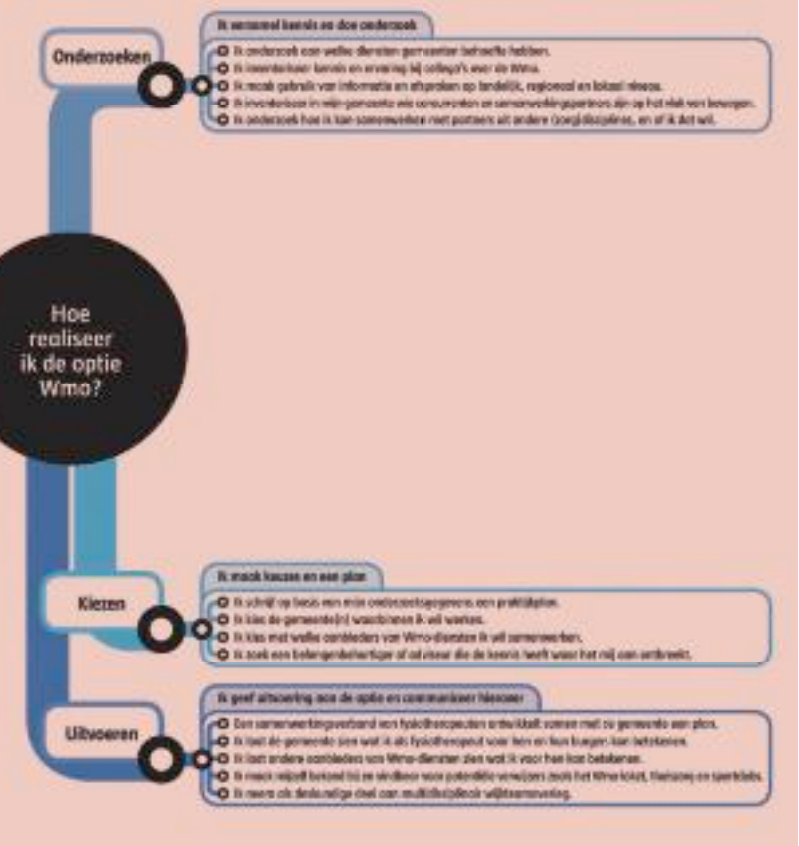
mti
085 - 485 96 05
www.mtizorgadvies.nl

Wet maatschappelijke ondersteuning vanaf 2015

Kansen voor de ondernemende fysiotherapeut

Vanaf 2015 krijgt de gemeente er in de Wmo er een flink aantal taken bij. Het gaat om taken die nu nog onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) vallen. De gemeente is met ingang van 2015 verantwoordelijk voor de ondersteuning en begeleiding van burgers zodat deze in staat zijn om te (blijven) participeren aan de maatschappij. Een kans voor de ondernemende fysiotherapeut?

Realisatiekaart Wmo



Belangrijke rol fysiotherapie

Mensen moeten zelfredzamer worden om langer thuis te kunnen blijven wonen en de Wmo moet hen in staat stellen om te kunnen (blijven) deelnemen aan de samenleving. Fysiotherapeuten als expert op het gebied van bewegen kunnen binnen hun gemeente een belangrijke rol spelen bij het op de been houden van de inwoners. Gemeenten hebben zelf (beperkte) middelen om zelfredzaamheid en participatie te stimuleren. Daarnaast mogen zij niet zelf de ondersteuning verlenen. Gemeenten zullen dus een beroep doen op aanbieders van producten en diensten op terreinen als zorg, welzijn, wonen en werk. Dit biedt kansen voor de ondernemende fysiotherapeut!

Wilt u weten wat deze ontwikkelingen voor u betekenen? Bezoek dan de bijeenkomst **'De Wmo: een kans voor de fysiotherapeut!'.**

Het KNGF organiseert informatieve lezingen en uitgebreidere masterclasses waarbij antwoord wordt gegeven op vragen als:

- Wat zijn de belangrijkste ontwikkelingen in het gemeentelijk domein?
- Welke kansen biedt het gemeentelijk domein aan fysiotherapeuten?
- Hoe kan ik bepalen in hoeverre het gemeentelijk domein wel of niet interessant is voor mijn fysiopraktijk?
- Hoe kan ik proactief inspelen op deze ontwikkelingen?
- Welke voorbeelden van bestaande succesvolle initiatieven zijn er?
- Welke nieuwe initiatieven kan ik gaan opzetten?
- Welke competenties zijn vereist in het gemeentelijk domein?
- Waar moet ik rekening mee houden als ik aan de slag ga met gemeenten?
- Hoe kan ik nieuwe initiatieven in dit domein gefinancierd krijgen?
- Hoe zet ik succesvol stapsgewijs een nieuw initiatief op?
- Hoe ziet een goed projectplan eruit, hoe stel ik dat op?

De lezingen en de masterclasses 'De Wmo: een kans voor de fysiotherapeut' vinden op verschillende locaties in het land plaats. Het complete overzicht vindt u op **www.mijnfysio.nl/scholing.html**

Dit doet KNGF voor u:

- Landelijke en regionale informatiebijeenkomsten
- Wmo Stappenplan (workshop Stapsgewijs een plan ontwikkelen)
- Wmo Masterclasses **www.mijnfysionet.nl/scholing.html**
- Ondersteuning samenwerkingsverbanden, zorggroepen en coöperaties
- Werkgroep Samenwerken! Positie samenwerkingsverband in de regio/gemeente/wijk **www.fysionetwerken.nl**

Betere diagnostiek en therapie bij schouderpijn

Van SIS naar SAPS, een simpele stap?

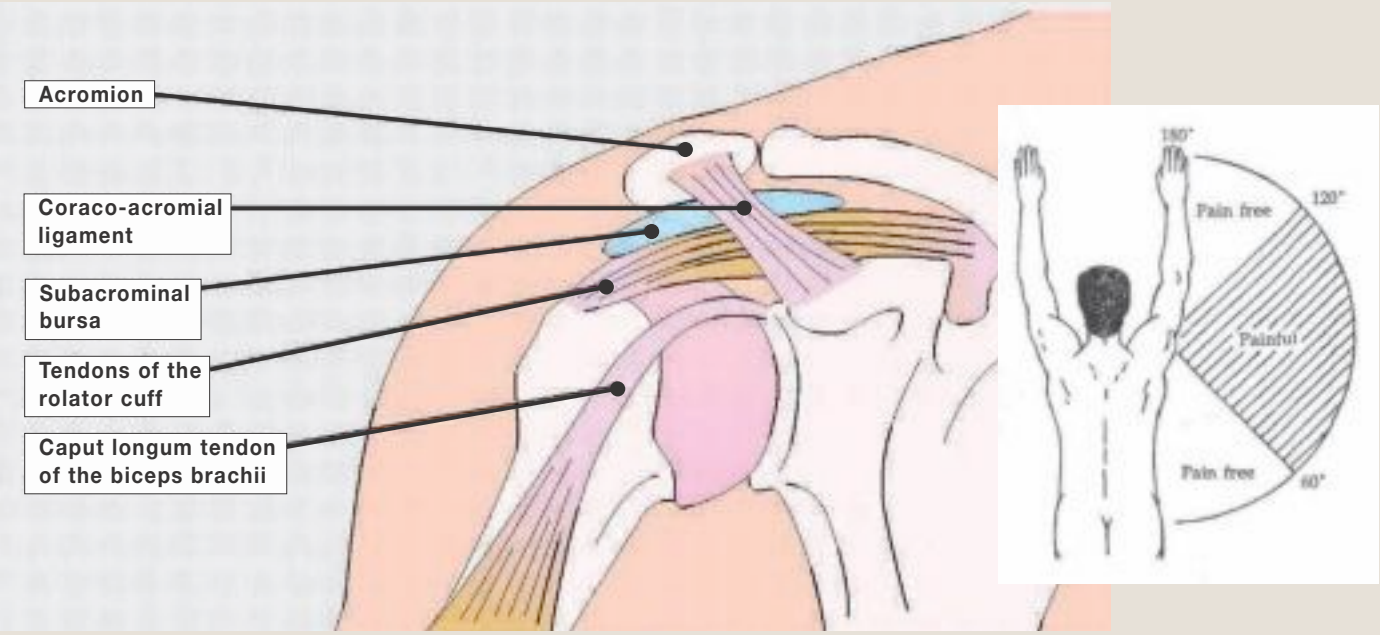
Voor niet-schoudergespecialiseerde fysiotherapeuten klinkt bovenstaande titel niet bepaald simpel. In november 2013 vond het schoudercongres 'Joint together' plaats* waarbij dit thema een van de plenaire topics was. In dit artikel presenteren de auteurs de twee acroniemen met relevantie voor het fysiotherapeutisch handelen bij patiënten met een schouderaandoening. Hun belangrijkste boodschap is dat het gebruik van SubAcromiaal PijnSyndroom (SAPS) wordt geprefereerd boven Subacromiaal Impingement Syndroom (SIS).

Tekst: Gerard Koel, Hans Herik, Paul van der Tas en Karin Hekman

*Zie de rubriek Overig kort nieuws in deze FysioPraxis, of raadpleeg www.schoudernetwerk.nl.

Wat te doen met SIS? SIS is een 'containerdiagnose' die aan meer dan de helft van de patiënten met schouderpijn werd toegekend,[1] waarbij een inklemming van weefsels onder het acromion de valide etiologische factor voor de schouderpijn zou zijn. Die inklemming kan zowel ontstaan door 'verdikking' van de weefsels zoals bij tendinose of bursitis, als door een randwoekering vanuit het acromion of acromioclaviculaire gewicht (AC-gewricht). Een aantrekkelijke hypothese die in figuur 1 wordt weergegeven.Die aantrekkelijkheid is tegelijkertijd de valkuil. Het klinkt erg logisch, de rationale is begrijpelijk en wordt uitgedragen door experts met aanzien zoals Charles Neer en Richard Hawkins.[2,3] Als dan ook nog sprake is van een aan die hypothese gekoppelde aanpak, namelijk een decomprimerende ingreep, dan lijkt sprake van een abc'tje: een vlot gestelde diagnose die aanleiding geeft tot een passende behandeling.

Vaststaand feit Surfen op internet bevestigt nog steeds deze aanpak (zie recente filmpjes van Hawkins[4] en Physical Therapy TV[5]). Nu kunnen we dat van Hawkins als pleitbezorger van de SIS-rationale en ontwikkelaar van een typische impingement-test (de Hawkins-Kennedy-test) natuurlijk verwachten; als je deze maar genoeg predikt, ga je een theorie als een vaststaand feit aannemen. Hawkins ontwikkelde zijn test om selectieve inklemming van de supraspinatus pees onder het acromion te realiseren. Deels klopt dat, maar er is ook sprake van compressie op andere delen van de subacromiale boog zoals het rotator cuff interval[6,7] en op weefsels in het glenohumerale gewricht.[8,9] Bekend is dan ook de lage specificiteit van de klassieke impingement-tests die maken dat de proportie patiënten



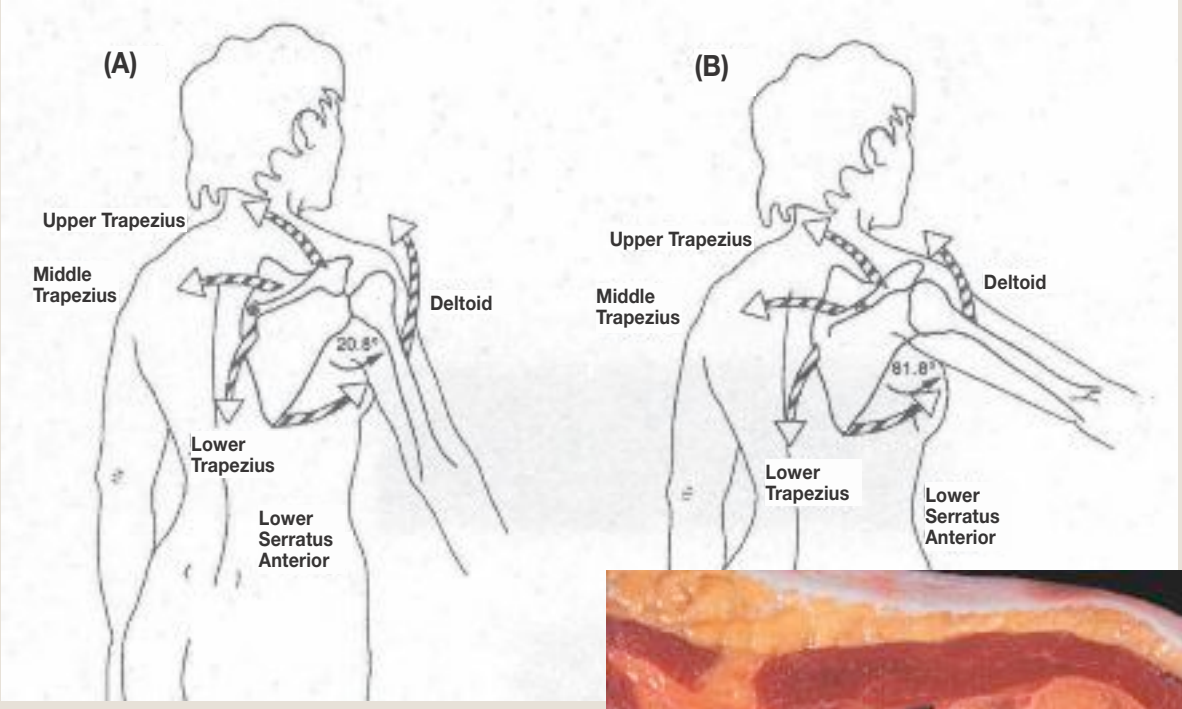
Figuur 1. Klassiek SIS (Subacromiaal Impingement Syndroom) met links (vanaf ventraal) een inklemming door een verdikte pees en/of slijmbeurs en een randwoekering onder het acromion of het AC-gewricht die rechts (vanaf dorsaal) aanleiding zouden geven tot een painful arc halverwege het eleveren van de arm (Bron: Holmgren et al[24]).

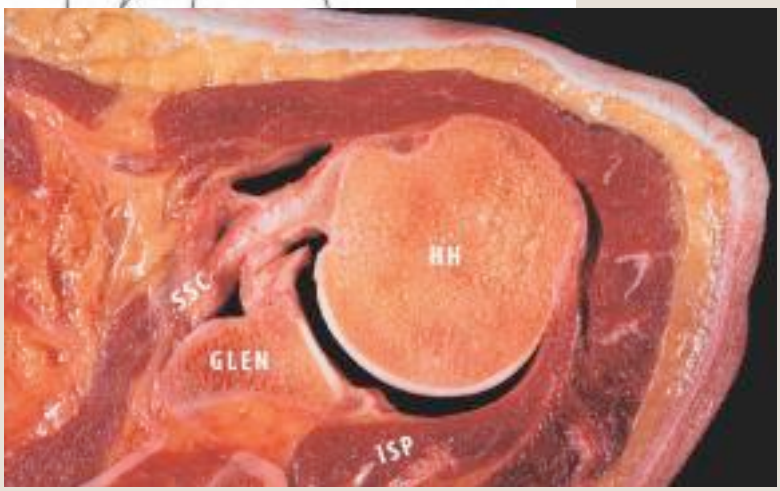
met een fout – positieve respons aanzienlijk is.[10,11,12] Andere feiten die de logische etiologie van de subacromiale inklemming ondergraven, zijn het gegeven dat er op andere plaatsen in het lichaam zonder een 'dak' erboven ook een tendinose kan ontstaan, dat ook bij personen zonder schouderpijn sprake is van contact tussen de rotator-cuff-pezen en het schouderdak en dat de schade aan de pezen juist vaak aan de gewrichtszijde van de pezen voorkomt.[13]

Decompressie-operaties Ook het doen van effectonderzoek wordt onrecht aangedaan door het hanteren van containerdiagnoses. Veel fysiotherapeutische interventies hebben wel effect in een subgroep van patiënten met een impingement, maar niet op de heterogene populatie met alle patiënten met een impingement.[14] Sommige experts adviseren de term impingement maar niet meer te gebruiken.[15] De laatste jaren komen ook de langetermijneffecten van de decompressie-operaties beschikbaar, waaruit blijkt dat na verloop van tijd geopereerde patiënten het niet beter doen dan conservatief behandelde patiënten.[16,17,18] Het pleit dan ook voor de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) dat deze in haar huidige richtlijn terughoudend omgaat met het inzetten van de interventie chirurgie, hoewel bij gerichte diagnosestelling en duidelijk aanwezige structurele schade nog steeds een plek voor chirurgie aanwezig is.[19]

Van SIS naar SAPS Tegenwoordig wordt in plaats van een SIS liever gesproken van een SAPS. Duidelijk is dat de term SAPS breder is dan de term SIS. We kunnen ons dus afvragen of het vervangen van de ene door de andere containerdiagnose wel enig voordeel biedt. Onder SAPS worden alle niet-traumatische schouderklachten verstaan die leiden tot pijn, waarbij het aannemelijk is dat subacromiale structuren een rol spelen. De benamingen bursitis, tendinosis calcarea, supraspinatus tendinopathie, partiele rotator cuff rupturen, bicepspees tendinitis of cuff degeneratie worden hierin gevat.[19] Omdat in tegenstelling tot de 'diagnose' SIS de oorzaak niet wordt genoemd, dient de behandelaar op zoek te gaan naar mogelijke verklaringen voor die schouderpijn. Dit betekent dat de behandelaar op zoek gaat naar de bron van nocisensoriek (Welk subacromiaal weefsel is aangedaan? Wat is het substraat van de schouderpijn?), maar ook naar de oorzaak voor dat gelaedeerde weefsel (Is het caudaal glijden beperkt? Beweegt de scapula niet goed mee?). Op die wijze geïnterpreteerd en

>>





Figuur 2. In het nieuwe SAPS (SubAcromiaal Pijn Syndroom) zijn de volgende concepten relevant. Boven: goed scapulothoracaal ritme met juiste afstemming tussen de osteokinematica van scapula en humerus (bron: Bagg et al[25]). Rechts: een goede centrering van de humerus kop (HH) in het glenoïd (GLEN) door goed transversaal krachtenkoppel tussen de infraspinatus (ISP) en subscapularis (SSC) (bron: Di Giacomo et al[26]).

gebruikt, kan SAPS gaan leiden tot betere diagnostiek en therapie.

Inklemming Bestaat een inklemming rond de schouder nu ineens helemaal niet meer? Zeker wel. Enerzijds is er bij structurele en anatomische schade als een randwoekering van het acromion of AC-gewricht of uitgebreide en hardnekkige verkalkingen nog steeds een (geringe) plek voor een subacromiale decompressie. Anderzijds is er een andere plaats in het glenohumerale gewricht waar wel degelijk een traditionele inklemming plaatsvindt.Die plaats betreft de 'binnenzijde' van de pezen van de supra- en infraspinatus die in abductie – exorotatiepositie en in eindstandige elevatie tegen de rand van het labrum en glenoïd worden gekneld. De schade die daar ontstaat, kan leiden tot een interne inklemming, ook wel PosteroSuperieur Impingement (PSI) genoemd.[20]

Rationale Voor het fysiotherapeutisch handelen komt de nadruk te liggen op interventies die een positief effect hebben op letsels van de rotator cuff.[21,22] Deels dienen ook wij onze rationales achter tests en interventies te herzien. Immers, het positioneren van een meer opwaartse rotatie van de scapula motiveerden wij ook door te wijzen op de toename van de subacromiale ruimte. Het rekken van de dorsale kapsel dient om de positie van de kop van de humerus te verlagen ten opzichte van het acromion.[23] Die interventies blijken zinvol, maar wat is de passende rationale? Wat voor de orthopeden geldt, geldt ook voor ons. Het is wel degelijk nuttig om de theorie achter een interventie te valideren. In figuur 2 wordt aangegeven dat het in de nieuwe zienswijze vooral gaat om het juist centreren van de humeruskop in het glenoïd, zodat optimaal roteren mogelijk wordt.

Conclusie Patiënten met schouderpijn komen veel voor en het vaststellen van een passende diagnose en therapie vereist specifieke competenties. Het vervangen van SIS door SAPS past in de fysiotherapeutische strategie die meerdere oorzaken voor schouderpijn (h)erkent. Potentiële oorzaken kunnen tegelijkertijd voorkomen, hoeven elkaar niet uit te sluiten en kunnen elkaar in stand houden. Fysiotherapeuten die participeren in schoudernetwerken maken afspraken over het beste onderzoek en de beste behandeling van patiënten met schouderpijn.

Gerard Koel, Hans Herik, Paul van der Tas en Karin Hekman zijn allen fysiotherapeut en bestuurslid van het SchouderNetwerk.

Referenties

1 Van der Windt DA, Koes BW, Jong BA de, Bouter LM. Shoulder disorders in general practice: incidence, patient characteristics, and management. Ann Rheum Dis. 1995;54:959-964.
2 Neer CS 2nd. Anterior acromioplasty for the chronic impingement syndrome in the shoulder: a preliminary report. J Bone Joint Surg Am. 1972 Jan;54(1):41-50.
3 Hawkins RJ, Kennedy JC. Impingement syndrome in athletes. Am J Sports Med. June 1980;8(3):151-8.
4 Video dr. Richard Hawkins (2010): www.youtube.com/watch?v=vARsKXb7wNc
5 Video Physical therapy TV (Amerika; youtube.com/watch?v=lE4J4Q2smRsw
6 Valadie AL 3rd, Jobe CM, Pink MM, Ekman EF, Jobe FW. Anatomy of provocative tests for impingement syndrome of the shoulder. J Shoulder Elbow Surg. 2000 Feb;9(1):36-46.
7 Tucker S, Taylor NF, Green RA. Anatomical validity of the Hawkins-Kennedy test – a pilot study. Man Ther. 2011 Aug;16(4):399-402.
8 De Wilde L, Plasschaert F, Berghs B, Van Hoecke M, Verstraete K, Verdonk R. Quantified measurement of subacromial impingement. J Shoulder Elbow Surg. 2003 Aug;12(4):346-9.
9 Jia X, Ji JH, Pannirselvam V, Petersen SA, McFarland EG. Does a positive neer impingement sign reflect rotator cuff contact with the acromion? Clin Orthop Relat Res. 2011 Mar;469(3):813-8.
10 Hegedus EJ, Goode A, Campbell S, Morin A, Tamaddoni M, Moorman CT, Cook C. Physical examination tests of the shoulder: a systematic review with meta-analysis of individual tests. Br J Sports Med, 2008, 42:80-92.
11 Koel G. Klinische tests bij schouderaandoeningen: zin, onzin en timing. Ned Tijdschr Fysiother, 2008;118(6):159-67.
12 Hegedus EJ, Goode AP, Cook CE, Michener L, Myer CA, Myer DM, Wright AA. Which physical examination tests provide clinicians with the most value when examining the shoulder? Update of a systematic review with meta-analysis of individual tests. Br J Sports Med. 2012 Nov;46(14):964-78.
13 Papadonikolakis A, McKenna M, Warme W, Martin BI, Matsen FA 3rd. Published evidence relevant to the diagnosis of impingement syndrome of the shoulder. J Bone Joint Surg Am. 5 2011 Okt;93(19):1827-32.
14 Koel G. Anti-impingement therapy? Phys Ther. 2006 Jan;86(1): 143–144; author reply 144-145.
15 McFarland EG, Maffulli N, Buono AD, Murrell GAC, Garzon-Muvdi J, Petersen SA. Impingement is not impingement: the case for calling it "Rotator Cuff Disease". Muscles Ligaments Tendons J. 2013;3(3): 196-200.
16 Dorrestijn O, Stevens M, Winters JC, van der Meer K, Diercks RL. Conservative or surgical treatment for subacromial impingement syndrome? A systematic review. J Shoulder Elbow Surg. 2009 Aug;18(4):652-60.
17 Ketola S, Lehtinen J, Arnala I, Nissinen M, Westenius H, Sintonen H, et al. Does arthroscopic acromioplasty provide any additional value in the treatment of shoulder impingement syndrome?: a two-year randomised controlled trial. J Bone Joint Surg Br. 2009 Okt;91(10):1326-34.
18 Ketola S, Lehtinen J, Rousi T, Nissinen M, Huhtala H, Konttinen YT, et al. No evidence of long-term benefits of arthroscopic acromioplasty in the treatment of shoulder impingement syndrome: Five-year results of a randomised controlled trial. Bone Joint Res. 2013;2(7):132-9.
19 Richtlijn Nederlandse Orthopaedische Vereniging. Subacromiaal pijnsyndroom: diagnostiek en behandeling. www.orthopeden.org, 2013.
20 Heyworth BE, Williams RJ 3rd. Internal impingement of the shoulder. Am J Sports Med. 2009 May;37(5):1024-37.
21 Kuhn JE, Dunn WR, Sanders R, An Q, Baumgarten KM, Bishop JY, et al. Effectiveness of physical therapy in treating atraumatic full-thickness rotator cuff tears: a multicenter prospective cohort study. J Shoulder Elbow Surg. 2013 Okt;22(10):1371-9.
22 Clement ND, Nie YX, McBirnie JM. Management of degenerative rotator cuff tears: a review and treatment strategy. Sports Med Arthrosc Rehabil Ther Technol. 2012;4(1):48.
23 Kibler B, Ludewig P, McClure P, Michener L, Bak K, Scascia A. Clinical implications of scapula dyskinesies in shoulder injury: the 2013 consensus statement from the 'scapula summit'. Br J Sports Med 2013; 47:877-885.
24 Holmgren T, Bjornssonn HH, Oberg B, Adolfsson L, Johansson K. The effect of specific exercise strategy on need for surgery in patients with subacromial impingement syndrome: randomised controlled study. BMJ, 2012: 344:e787.
25 Bagg SD, Forrest WJ. A biomechanical analysis of scapular rotation during arm abduction in the scapular plane. Am J Phys Med Rehab, 1988, 65(3):238-45.
26 Di Giacomo G, Pouliart N, Constantin A, De Vita A. Atlas of Shoulder Anatomy. Springer Verlag Italia, Milan, 2008, ISBN 978-88-470-0758-1.

Reumatoïde artritis

De rol van de patiënt bij multidisciplinaire zorg

Reumatoïde artritis (RA) is een chronische aandoening, die door betere medicatie steeds effectiever wordt behandeld. Naast de medische behandeling hebben de meeste patiënten met RA informatie en begeleiding nodig van een team van zorgverleners. De fysiotherapeut speelt hierin een belangrijke rol. Het promotieonderzoek van de auteur betreft de informatiebehoefte en de multidisciplinaire behandeling van patiënten met RA.

Tekst: Jorit Meesters

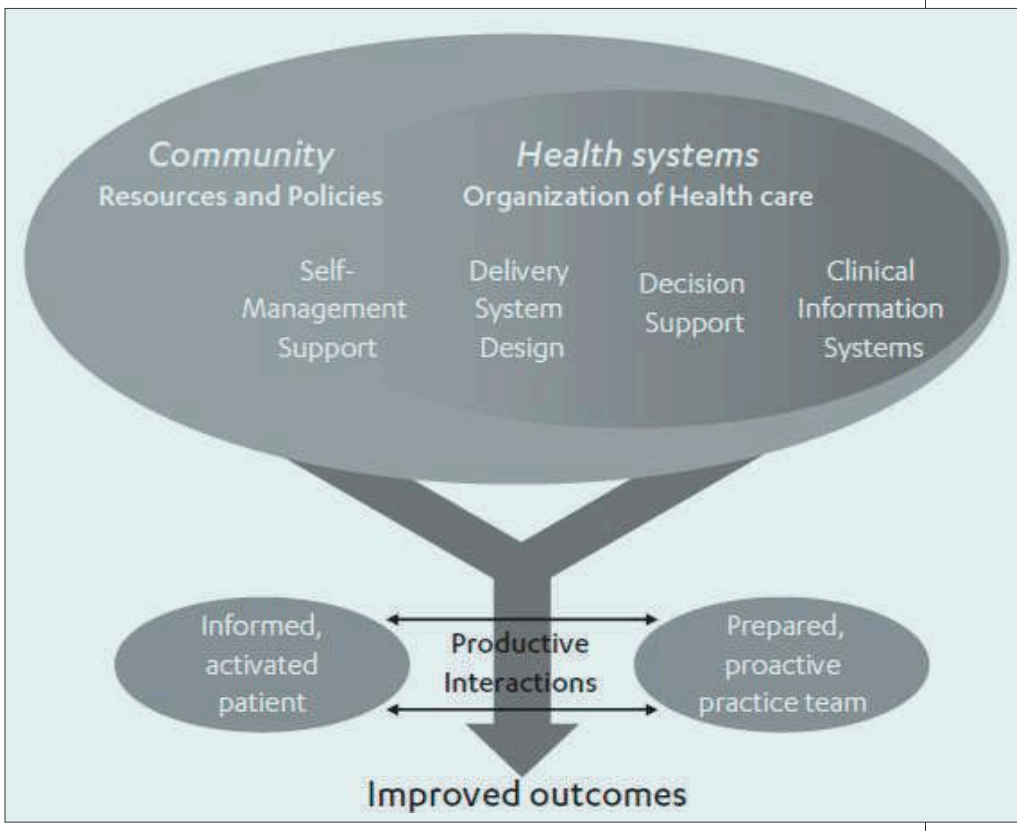
Inleiding

Reumatoïde artritis (RA) is een chronische autoimmuunaandoening die zich kenmerkt door gewrichtsontstekingen. Ondanks flinke vooruitgang in de medicamenteuze zorg de afgelopen decennia leidt RA bij een deel van de patiënten tot gewrichtsschade, (cardiovasculaire) comorbiditeit, verminderde kwaliteit van leven en een verminderd activiteiten- en participatieniveau. Optimale (medicamenteuze) behandeling kan alleen bereikt worden met een goede informatievoorziening aan de patiënt en een goede samenwerking tussen patiënt en multidisciplinair behandelteam. De fysiotherapeut neemt hierbij een belangrijke positie in. Het aanbieden van passende informatie aan de patiënt en de zorg die geleverd wordt door een multidisciplinair team maken deel uit van het Chronic Care Model (CCM, figuur 1), een model dat aangeeft wat belangrijke aspecten zijn van kwaliteit van chronische zorg, zoals zelfmanagement en het zorgproces. Een goede inzet van deze componenten leidt door een productieve interactie tussen patiënt en zorgverleners tot optimale zorg. In het promotieonderzoek is dieper ingegaan op de productieve interactie tussen 'de geïnformeerde en geactiveerde patiënt' en 'een voorbereid en proactief team van zorgverleners'.

Informatiebehoefte

Ziektegerelateerde informatie is belangrijk voor patiënten met RA, omdat het hun helpt om te gaan met de gevolgen van hun ziekte en om een actieve rol in de eigen behandeling te spelen (zelfmanagement). Belangrijk is dat de aangeboden informatie aansluit bij de informatiebehoefte.

Figuur 1



Figuur 1. Het 'Chronic Care model' dat belangrijke aspecten van kwaliteit van chronische zorg, zoals zelfmanagement en het zorgproces, beschrijft (uit Wagner EH et al.)[1]

Dutch-Educational Needs Assessment Tool (D-ENAT)

De ENAT is een instrument dat systematisch de informatiebehoefte van patiënten met RA inventariseert en evalueert en recent ook gevalideerd is voor andere reumatische aandoeningen. De originele ENAT, die uit 39 items (7 domeinen) bestaat, is vertaald en aangepast volgens internationale richtlijnen. De D-ENAT werd vervolgens afgenomen onder 165 poliklinische patiënten met RA (146 vrouwen, mediane leeftijd 68 en ziekteduur 13 jaar). Hun informatiebehoefte bleek het grootst voor de domeinen: 'Ziekteproces', 'Behandelingen van zorgverleners', 'Zelfhulpmethoden' en 'Beweging'. In deze domeinen was de mediane score voor informatiebehoefte (schaal 1-5; lage-hoge informatiebehoefte) respectievelijk 4,0, 4,0, 3,5 en 3,0. Een lagere leeftijd en langere ziekteduur waren geassocieerd met meer informatie-behoefte. Geconcludeerd werd dat de D-ENAT een geschikt instrument lijkt om de individuele informatiebehoeften van patiënten met RA te bepalen.

Zorg in de regio

Uit het onderzoek met de D-ENAT bleek hoe belangrijk informatie voor patiënten met RA is. In een vervolgonderzoek is de informatiebehoefte van patiënten met RA verder onderzocht door: 1) het niveau van kennis en de behoefte aan informatie over 18 regionaal beschikbare zorgverleners te kwantificeren en 2) vervolgens de patiënten te informeren over de regionale zorgverlening door middel van een website.

Een willekeurige steekproef van 400 poliklinische patiënten met RA werd hiertoe uitgenodigd om voorafgaand aan en 24 maanden na de introductie van de informatieve website een vragenlijst in te vullen over kennis en behoefte aan informatie (score van 0-18) over de toegankelijkheid en de inhoud van 18 regionale zorgverleners.

De meerderheid (94%) van de 251 aan het onderzoek deelnemende patiënten met RA (181 vrouwen (72%), gemiddelde leeftijd 60,5, ziekteduur 12,5 jaar) gaf bij het begin van de

>>

studie aan onvoldoende kennis te hebben over één of meer aspecten van de zorgverlening, terwijl een kleiner deel van hen ook daadwerkelijk informatie daarover zou willen ontvangen. Er bleek een opvallend hoog gebrek aan kennis (bij 72% van de 251 patiënten) en sterke behoefte aan informatie (36%) over fysiotherapeuten die gespecialiseerd zijn in reumatische aandoeningen. Hetzelfde gold voor intensieve oefengroepen (respectievelijk 73% en 31%) en gesuperviseerde oefengroepen voor chronisch zieke patiënten (respectievelijk 80% en 30%). 160 patiënten vulden de vragenlijst ook ná de lancering van de informatieve website in. In vergelijking met de informatiebehoefte vóór de lancering van de informatieve website bleek na de lancering de behoefte aan informatie over 15 van de 18 regionale zorgverleners significant afgenomen te zijn. Deze resultaten tonen aan dat gebruik van internet om patiënten te informeren over praktische aspecten van regionale zorgverlening effectief kan zijn. Daarnaast blijkt dat er een grote behoefte aan informatie is bij patiënten met RA over de beschikbaarheid van (gespecialiseerde) fysiotherapeuten, ondanks de sterk verbeterde medicatie. Daarom dienen (gespecialiseerde) fysiotherapeuten zichzelf en hun interventies beter onder de aandacht van de patiënt te brengen door patiënten hierover gericht te informeren.

Multidisciplinaire teamzorg

Een deel van de patiënten met RA ondervindt problemen en beperkingen die niet met poliklinische zorg, al dan niet gecombineerd met eerstelijnszorg, op te lossen zijn en daarom multidisciplinaire teambehandeling vereisen. Om te onderzoeken of de uitkomsten voor multidisciplinaire teambehandeling gedurende de laatste 2 decennia veranderd zijn, zijn gegevens van 4 jaarcohorten (1992, 2001, 2003 en 2008) die behandeld zijn in het LUMC, met elkaar vergeleken (figuur 2). De gemiddelde mate van beperkingen in dagelijkse activiteiten bij aanvang van de opname, uitgedrukt in de Health Assessment Questionnaire (HAQ; 0-3, goed-slecht), bleek de afgelopen jaren flink afgenomen te zijn (van 1,94 naar 1,39), terwijl de absolute verbetering na behandeling ongeveer gelijk bleef (0,15-0,25). Deze resultaten geven aan dat in een tijdperk waarin meerdere effectieve medicamenten beschikbaar zijn, multidisciplinaire teambehandeling bij patiënten met RA nog steeds tot verbetering kan leiden.

In de toekomst zal de verbetering van de medische zorg ertoe leiden, dat het fysieke functioneren van de patiënten gemiddeld beter zal worden. Hiermee zal de hulpvraag van de patiënten naar verwachting verder verschuiven en meer betrekking hebben op beperkingen bij intensievere en meer complexe activiteiten in sport en werk en/of het handhaven van een gezonde leefstijl. Hierdoor is interventie door de fysiotherapeut nog steeds relevant en noodzakelijk, ondanks die verbeterde medische zorg.

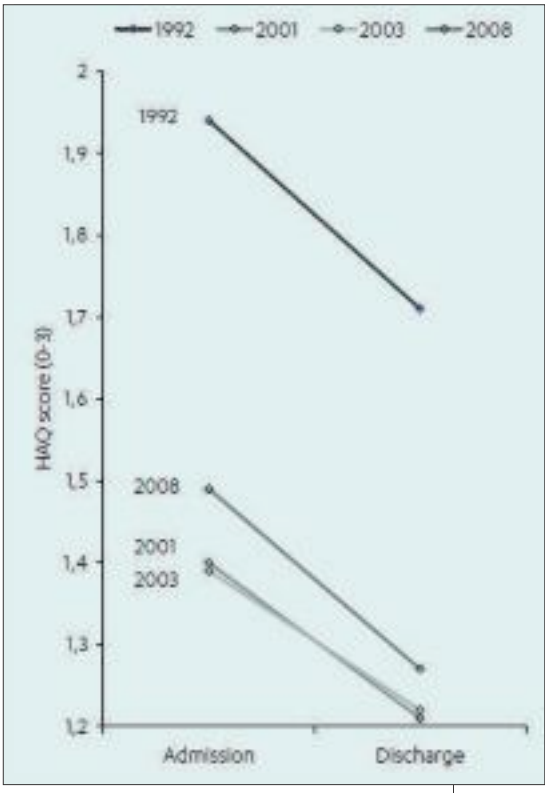
Patiëntenperspectief

De inhoud van de multidisciplinaire teambehandeling komt idealiter overeen met de verwachtingen van de patiënt van de revalidatie. Over het patiëntenperspectief op multidisciplinaire teambehandeling is nog weinig bekend. Door middel van een focusgroeponderzoek zijn de aspecten die patiënten met RA belangrijk vinden in de revalidatie, systematisch geïnventariseerd en vergeleken met de inhoud van revalidatie-instrumenten die gebruikt worden in reumarevalidatie: het Revalidatie Activiteiten Profiel (RAP), de Canadian Occupational Performance Measure (COPM), de World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS II) en de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core sets voor RA. In totaal werden 51 unieke concepten genoemd in 4 focusgroepinterviews, waarvan 50 aan de ICF gekoppeld konden worden. Van deze 50 concepten hadden er 28 betrekking op de ICF-component 'Activiteiten en Participatie', 13 op 'Functies en Anatomische eigenschappen' en 9 op 'Externe factoren'. De overeenstemming tussen de concepten uit de focusgroepen en de inhoud van de ICF Core sets voor RA was veel groter dan de overeenstemming met de inhoud van de RAP, COPM en WHODAS II. Uit deze studie kan geconcludeerd worden dat de ICF Core sets voor RA ten opzichte van de andere instrumenten meer geschikt zijn om de gezondheidstoestand van patiënten met RA in kaart te brengen, revalidatiedoelen te stellen en de revalidatiebehandeling te evalueren. Deze kwalitatieve studie is opgezet en uitgevoerd in nauwe samenwerking met patiënten die opgeleid waren om als 'onderzoekspartner' te participeren in wetenschappelijk onderzoek.

Behandeldoelen

Om meer inzicht te krijgen in de inhoud van revalidatiedoelen van patiënten met RA, werd de inhoud van de doelen van 80 willekeurige patiënten uit (reuma)revalidatieklinieken in 4 Noord-Europese landen (Denemarken, Noorwegen, Zweden en Nederland) geanalyseerd door ze te koppelen aan de ICF. Er werden in de dossiers in totaal 495 revalidatiedoelen gevonden, die gekoppeld werden aan 952 ICF-codes (waarvan 151 unieke ICF-codes). 275 (29%) van de 952 ICF-codes waren gerelateerd aan 'Functies' (b-codes), 80 (8%) aan 'Anatomische eigenschappen' (s-codes), 419 (44%) aan 'Activiteiten en participatie' (d-codes) en 178 (19%) aan 'Externe factoren' (e-codes). Deze bevindingen sluiten aan bij de KNGF-richtlijn voor RA waarin de fysiotherapeut geadviseerd wordt, om bij de behandeling van patiënten met RA voornamelijk problemen in activiteiten en participatie als uitgangspunt in de therapie te nemen.

Figuur 2



Figuur 2. Health Assessment Questionnaire (HAQ)-scores tussen opname en ontslag in 4 verschillende cohorten van patiënten met RA in multidisciplinaire reumarevalidatie. De HAQ is een vragenlijst die de mate van beperking in dagelijkse activiteiten aangeeft, uitgedrukt in een score van 0-3 (goed-slecht functioneren).

De ICF-codes van de revalidatiedoelen werden vervolgens vergeleken met de ICF Core sets voor RA. De overlap tussen beide was substantieel, slechts 35 van de 151 unieke ICF-codes (23%) uit de revalidatiedoelen kwamen niet voor in de Core sets, waaronder bijvoorbeeld 'b530 Handhaving lichaamsgewicht', en 'd1 Leren en toepassen van kennis'. Daarnaast bleken 23 van de 96 ICF-codes uit de Core sets niet in de revalidatiedoelen voor te komen, waaronder 'b640 Seksuele functies' en 'e115 Producten en technologie voor persoonlijk gebruik in het dagelijks leven'. De Core sets lijken geschikt voor gebruik bij multidisciplinaire teambehandeling, maar voordat kan worden overgegaan tot implementatie is verdere evaluatie en aanpassing vereist.

Discussie en conclusies

Een systematische inventarisatie liet zien dat patiënten met RA die onder specialistische behandeling zijn, een substantiële informatiebehoefte hebben, niet alleen ten aanzien van

Dr. Jorit Meesters heeft in het LUMC onderzoek gedaan naar multidisciplinaire zorg voor patiënten met RA. Hij is momenteel werkzaam als coördinator onderzoek bij het Kenniscentrum van Sophia Revalidatie, als postdoc onderzoeker en fysiotherapeut bij de afdeling Orthopaedie, Revalidatie en Fysiotherapie in het LUMC. Daarnaast is hij 'visiting researcher' aan de Skåne University Hospital (Epidemiology and Register Centre South Skåne) in Lund, Zweden.

Titel proefschrift: The role of the patient with rheumatoid arthritis in multidisciplinary care

Promotiedatum: 4 september 2013

Plaats: Universiteit Leiden, Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC)

Promotoren: prof. dr. Thea Vliet Vlieland en prof. dr. Tom Huizinga

Een elektronische versie van het proefschrift is te downloaden via https://openaccess.leidenuniv.nl/handle/1887/21637.

de ziekte en de behandeling in het algemeen, maar ook met betrekking tot allerlei praktische aspecten van de regionale zorgverlening. In dit promotieonderzoek werd gebruikgemaakt van een website. De mogelijkheid om patiënten te informeren met (mobiele) apparaten zoals tablets, smartphones en laptops groeit echter snel, evenals de beschikbaarheid van informatie online. Een goed voorbeeld van technologische vooruitgang is het Elektronisch Patiëntenportaal (EPP), waarbij patiënten toegang krijgen tot informatie die beheerd wordt door zorgverlenende instanties. Een EPP kan bijvoorbeeld instructievideo's bevatten voor juist medicijngebruik, of een landkaart met relevante zorgverleners. EPP'en worden ook toegankelijk via mobiel internet. Multidisciplinaire teamzorg, waaraan ook de fysiotherapeut een wezenlijke bijdrage levert, is ook in het tijdperk van sterk verbeterde medicatie effectief voor patiënten met RA. Het ontbreken van een gemeenschappelijke structuur om de complexe interventie 'reumarevalidatie' te omschrijven, maakt het echter moeilijk om effectieve componenten aan te wijzen, interventies met elkaar te vergelijken en onderzoeksresultaten te implementeren. Recent is door Klokkerud et al.[2] een raamwerk ontwikkeld om een basale beschrijving van reumarevalidatie onder verschillende omstandigheden mogelijk te maken.

De revalidatie-instrumenten die gebruikt worden in de multidisciplinaire teambehandeling voor patiënten met RA, komen onvoldoende overeen met het patiëntenperspectief op teambehandeling en de revalidatiedoelen uit de klinische praktijk. De Core sets kennen de beste dekking, maar moeten aangepast worden voor gebruik bij patiënten met RA. Bij de multidisciplinaire revalidatie van patiënten met een dwarslaesie worden de Core sets al gebruikt als een digitale checklist om de patiënt te screenen, doelen te stellen en doelen te evalueren.

Het patiëntenperspectief op multidisciplinaire teambehandeling is belangrijk om de geboden zorg aan te laten sluiten op de behoeften en verwachtingen van de patiënt. Dit is gebleken uit een kwalitatief onderzoek dat is uitgevoerd in nauwe samenwerking met patiënten. Uit deze studie is eveneens gebleken dat het betrekken van patiënten bij verschillende fasen van het onderzoek haalbaar is en het onderzoek in de (reuma)revalidatie versterkt.

Referenties

1. Klokkerud M, Hagen KB, Kjeken I, Bremander A, Horslev-Petersen K, Vlieland TV, et al. Development of a framework identifying domains and elements of importance for arthritis rehabilitation. J Rehabil Med 2012;44(5):406-13.
2. Wagner EH, Bennett SM, Austin BT, Greene SM, Schaefer JK, Vonkorff M. Finding common ground: patient-centeredness and evidence-based chronic illness care. J Altern Complement Med 2005;11 Suppl 1:S7-15.

ADVERTENTIE

OEDEEMTHERAPIE?

www.vodderschool.nl

Workshop: fysiotherapiepraktijk starten of overnemen?

In 3 uur brengen de adviseurs van startjepraktijk.nl u volledig op de hoogte op het gebied van het starten of overnemen van een fysiotherapiepraktijk.

Wanneer: 30 september 2014 om 19.00 uur
Waar: Rijnstraat 30 te Geldermalsen
Kosten: € 25,00 (excl. BTW)
Meld u aan via ➧ info@startjepraktijk.nl

www.startjepraktijk.nl

Gestandaardiseerd stretchprotocol blijkt effectief

Nachtelijke kramp

Tekst: J.M. Hallegraeff

Deze bijdrage is een samenvatting van twee publicaties in Journal of Physiotherapy:
- **Hallegraeff JM, Schans CP van der, Ruiter R de, Greef MHG de. Stretching before sleep reduces the frequency and severity of nocturnal leg cramps in older adults: a randomised trial. J Physiother 2012;58(1):7-22.**
- **Hallegraeff JM, Greef MHG de, Schans CP van der. An effective stretching regimen to prevent nocturnal leg cramps. J Physiother 2013;59(4):279.**

Samenvatting

Achtergrond: Er is geen effectieve behandeling bekend van patiënten met nachtelijke kramp. In deze gerandomiseerde studie is het effect van stretchen bij patiënten met nachtelijke kramp onderzocht.

Methode: Tachtig volwassenen ouder dan 55 jaar met nachtelijke kramp in de benen zonder medicamenteuze behandeling zijn geïncludeerd. In de experimentele groep werden oefeningen aangereikt die 's avonds, direct voorafgaande aan de nachtrust en gedurende zes weken moesten worden uitgevoerd. De controlegroep deed geen oefeningen. Uitkomstmaten waren frequentie van nachtelijke kramp gedurende de nacht en de pijnintensiteit die de kramp veroorzaakte.

Resultaten: Alle deelnemers voltooiden het onderzoek. Na 6 weken bleek de frequentie van nachtelijke kramp significant meer afgenomen in de experimentele groep ten opzichte van de controlegroep met een gemiddeld verschil van 1,2 krampaanvallen per nacht (95% BI -1,8 tot -0,6). De pijn bleek ook significant meer afgenomen in de experimentele groep ten opzichte van de controlegroep met een gemiddeld verschil van 1,3 cm (95% BI -1,7 tot -0,9) op de 10-cm visuele analoge schaal.

Conclusie: Dagelijks stretchen voor het slapen verminderde in dit onderzoek significant de frequentie en de pijn van nachtelijke kramp.
Trial registratie: NCT01421628

Inleiding

Nachtelijke kramp (NK) is een plotseling optredende, episodische, pijnlijke, aanhoudende en onwillekeurige samentrekking van de kuit, de hamstrings of spieren in de voet, meestal niet langer durend dan enkele minuten. Bij uitzondering kan een aanval enkele uren duren en bij 20% van patiënten met NK kan de kramp ook overdag optreden.[1-5] (zie kader). De incidentie van NK neemt toe met het vorderen van de leeftijd. In het algemeen ligt de prevalentie tussen de 38% en 50% bij ouderen in de open bevolking, waarbij vrouwen vaker NK hebben dan mannen.[2,6,7]
Pijn en als gevolg daarvan slaapstoornissen zijn de meest voorkomende symptomen. Een mogelijke oorzaak van het toenemen van NK op oudere leeftijd is verminderde activiteit die kan leiden tot een verminderde spier- en peeslengte.[1,2] Medicamenteuze preventie van NK, zoals kininepreparaten, hebben aanzienlijke bijwerkingen terwijl de werkzaamheid matig is. De meest gemelde bijwerkingen zijn: hepatitis, trombocytopenie, hypertensie en tinnitus.[8]
De oorzaak van NK is onbekend. Men vermoedt dat een abnormale activiteit van de motorische voorhoorncellen als gevolg van een elektrolytische disbalans bijdraagt aan deze vorm van kramp.[1,2] In het algemeen zijn er wel enkele associaties herkenbaar: de prevalentie van NK bij personen met beperkingen in de range of motion in de onderste extremiteit en bij personen met een forse fysieke inactiviteit is hoger dan bij personen zonder die beperkingen.[1,2,4,9] Echter, oorzaak en gevolg zijn nooit aangetoond.

In de dagelijkse praktijk zal een patiënt zich in eerste instantie niet met de hulpvraag van NK richten tot de fysiotherapeut. Tijdens de anamnese wordt er veelal zijdelings melding van gemaakt. Het is van belang om deze aandoening te herkennen en te classificeren.

De vraagstelling voor dit onderzoek was, of bij oudere volwassenen (> 55 jaar) met NK de frequentie en de pijn van NK vermindert door het volgen van een 6 weken durend programma van stretchen van de hamstrings en kuitspieren vlak voor het naar bed gaan.

Het is belangrijk nachtelijke kramp ('Nocturnal leg cramp', acroniem: NLC) te onderscheiden van het rusteloze-benensyndroom ('Restless leg syndrom', acroniem: RLS), dat ook vaak voorkomt. In de International Classification of Sleep Disorders (ICSD-2) en in overeenstemming met de International Classification of Disease (ICD-9), code 327.52, is nachtelijke kramp als volgt gedefinieerd: 'Pijnlijke sensaties in de benen of de voeten gaan samen met plotselinge verharding van spierweefsel als gevolg van een sterke contractie in benen of voeten gedurende de slaap of in sommige gevallen overdag. Krachtig stretchen op het moment van de krampaanval vermindert de pijn en de kramp. De kramp kan niet verklaard worden door andere (medische) slaapgerelateerde aandoeningen of door medicijngebruik.' Om van de aandoening nachtelijke kramp te spreken moeten al deze factoren aanwezig zijn.

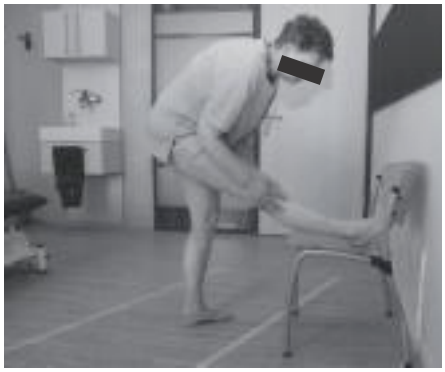
Het rusteloze-benensyndroom bestaat uit 'een drang om de benen te bewegen, meestal in samenhang of veroorzaakt door vervelende sensaties in de benen, met name tijdens rust en met name in de avond en 's nachts. Door te bewegen verdwijnen de vervelende sensaties.'[5]

Methode

Deelnemers ouder dan 55 jaar met NK, maar zonder medicamenteuze behandeling hiervoor, werden door randomisatie ingedeeld in twee groepen. In de controlegroep werd alleen uitleg en advies verstrekt en in de experimentele groep werd naast uitleg en advies ook de stretchprocedure uitgelegd en geoefend (zie foto's 1, 2 en 3). Voor de drie stretchtechnieken gold dat er sprake moest zijn van een matige tot intensieve statische (dus niet verende) stretch die 10 seconden werd aangehouden, waarna de uitgangspositie weer werd aangenomen. Gedurende het stretchen diende er rustig doorgeademd te worden. Na de 10 seconden stretch volgden 10 seconden rust, waarna opnieuw werd gestretcht. Deze procedure werd drie maal herhaald voor iedere stretchoefening. De rust tussen de afzonderlijke stretchoefe-

Figuur 1, 2 en 3. De oefentherapeutische interventie

Figuur 1. Stretchen van triceps surae



Figuur 2. Stretchen van hamstrings

Figuur 3. Stretchen van hamstrings/kuiten

Tabel 1. Karakteristieken van de deelnemers bij aanvang

	Na randomisatie		Totaal
	Exp (n=40)	Con (n=40)	(n=80)
Gemiddelde leeftijd (SD)	67 (7)	72 (7)	70 (6)
Geslacht, n man (%)	20 (50)	26 (65)	46 (58)
Gemiddelde BMI (kg/m^2) (SD)	26,0 (3,0)	24,9 (3,8)	25,4 (3,6)
Comorbiditeit ≥1 n (%)	9 (23)	9 (23)	18 (23)
Fysieke activiteit (gemiddeld aantal stappen) (SD)	7780 (2644)	7956 (3810)	7868 (3259)
Locatie van NK, n (%)			
kuit	11 (28)	9 (23)	20 (25)
hamstrings	2 (5)	4 (10)	6 (8)
kuit en hamstrings	17 (43)	17 (43)	34 (43)
gehele been	10 (25)	10 (25)	20 (25)
Kramp aanwezig in maanden (SD)	10 (8)	12 (14)	11 (12)
Chair-stand test (stands/30 s), gemiddelde (SD)	12 (3)	12 (3)	12 (3)

Exp: experimentele groep; Con: controlegroep; n: aantal; SD: standaarddeviatie; BMI: Body Mass Index; NK: nachtelijke kramp; chair stand test: aantal transfers zitten-staan per 30 seconden.

ningen was 10 seconden zodat de patiënten dus 3 minuten per dag bezig waren met de gehele procedure. De frequentie van NK was de primaire uitkomstmaat en de ervaren pijnintensiteit tijdens krampaanvallen de secondaire uitkomstmaat. De pijn werd beoordeeld op een 10 cm visuele analoge schaal van 0 cm (geen pijn) tot 10 cm (hevigste pijn). De frequentie en pijnscores werden dagelijks door de patiënt genoteerd in een dagboek vanaf week 0 tot en met week 6.

Resultaten

De karakteristieken van de deelnemers staan in tabel 1. Het gemiddelde aantal krampaanvallen per nacht nam significant meer af in de experimentele groep ten opzichte van de controlegroep na de periode van 6 weken en het verschil was -1,2 (95% BI -1,8 tot -0,6) krampaanvallen per nacht (tabel 2). De pijnintensiteit nam significant meer af in de experimentele groep ten opzichte van de controlegroep na de periode van 6 weken: -1,3 cm (95% BI -1,7 tot -0,9) op de visuele analoge schaal (VAS) (tabel 2). Geconcludeerd kan worden dat zowel de frequentie als de intensiteit van kramp significant meer afnam in de experimentele groep ten opzichte van de controlegroep.

Discussie

Dit is het eerste effectonderzoek waarbij stretchen is vergeleken met geen behandeling bij patiënten met NK. De resultaten van deze studie zijn veelbelovend: zowel de frequentie van NK als de intensiteit van NK nemen significant af, er zijn geen bijwerkingen en de therapie is niet moeilijk uit te voeren. Omdat de deelnemers in het onderzoek bij aanvang een gemiddelde van ongeveer drie krampaanvallen per nacht noteerden, wordt een afname van ongeveer één krampaanval per nacht als een klinisch relevante afname beschouwd.

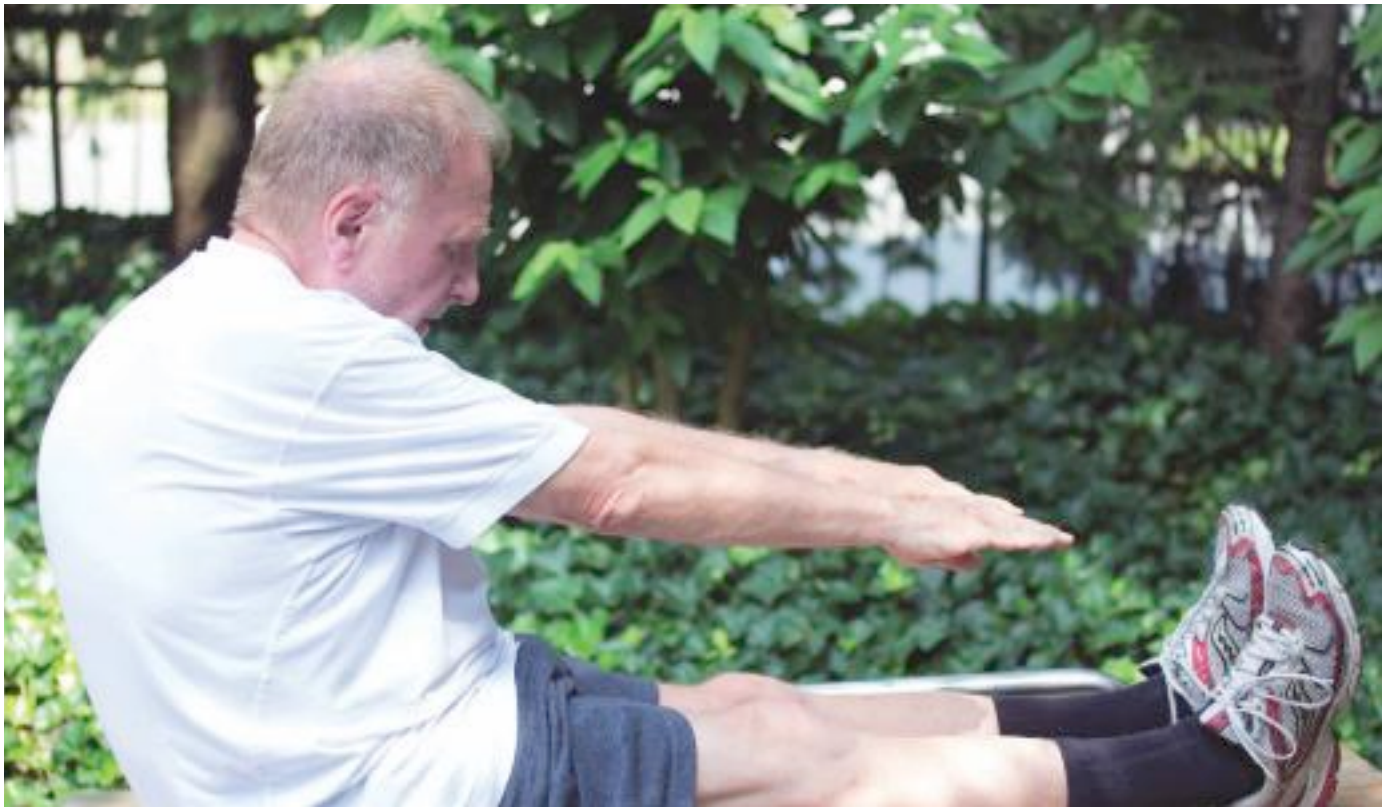
In 2005 is een effectstudie uitgevoerd bij patienten met NK; in groep 1 werd gestretcht en in groep 2 werd geen behandeling aangereikt.

Tabel 2. Samenvatting van de resultaten

Uitkomst	Groepen				Verschil binnen de groepen		Verschil tussen de groepen
	Week 0		Week 6		Week 6 minus Week 0		Week 6 minus Week 0
	Exp (n = 40)	Con (n = 40)	Exp (n = 40)	Con (n = 40)	Exp	Con	Exp minus Con
Kramp frequentie (krampaanvallen per nacht), gemiddelde (SD)	3,4 (1,5)	3,2 (1,9)	1,4 (1,4)	2,4 (1,7)	-2,0 (1,3)	-0,8 (1,3)	-1,2 (95% BI: -1,8 tot -0,6)
Kramp intensiteit (0/10), gemiddelde (SD)	7,2 (1,4)	7,4 (1,3)	5,9 (1,4)	7,4 (1,3)	-1,3 (1,1)	0,0 (0,9)	-1,3 (95% BI: -1,7 tot -0,9)

Exp: experimentele groep; Con: controlegroep; Krampintensiteit: visuele analogue scale 0/10, 0=geen pijn, 10=ondraaglijke pijn.

>>



www.shutterstock.com

De uitkomstmaten waren frequentie van kramp en de mate van pijn tijdens de krampaanvallen. Er bleek geen significant verschil tussen beide groepen.[10] Omdat alle deelnemers in deze studie eveneens medicatie (kinine) kregen toegediend en onduidelijk is op welk tijdstip van de dag de rekkingen werden uitgevoerd, is het verschil in uitkomst tussen de studie van Coppin et al. en deze studie wellicht hieraan toe te schrijven. In 1979 is door Daniell[11] een niet gerandomiseerde studie uitgevoerd, met alleen stretchen van de kuiten. Ook in deze studie bleek het preventieve effect van stretchen op de frequentie van NK, echter, omdat er geen controlegroep aanwezig was, kunnen uit de studie van Daniell geen conclusies worden getrokken.

Omdat patiënten het stretchprotocol dagelijks thuis hebben uitgevoerd, was er weinig toezicht op de uitvoering, terwijl therapietrouw een belangrijke voorwaarde was voor het onderzoek. We hebben getracht de therapietrouw te monitoren en te bevorderen door gedurende de looptijd van het onderzoek enkele malen de patiënten thuis te controleren op de uitvoering van de oefeningen en de patiënten de oefeningen in een dagboek te laten bijhouden. Alle deelnemers hebben een compleet ingevuld dagboek ingeleverd met de informatie dat gedurende de 6 weken alle normale dagelijkse activiteiten zijn gecontinueerd en geen kinine is ingenomen.

Positief in deze studie was het uitvoeren van het oefenprogramma in de thuissituatie, waardoor het stretchprotocol ingezet kon worden binnen de dagelijkse leefomgeving en een eventuele partner een stimulerende invloed kon uitoefenen bij continuering van het dagelijkse oefenprogramma. Het ontbreken van drop-outs was een voordeel in deze studie.

De looptijd van de studie was een periode van 6 weken en meer onderzoek is nodig naar de effecten op de langere termijn.

NK is een medische diagnose. Het is van belang dat fysiotherapeuten deze problematiek herkennen en dat behandeling van deze aandoening beschouwd wordt als een uitbreiding van het fysiotherapeutisch domein. In samenwerking met huisartsen kan gezamenlijk beleid ingezet worden voor de behandeling van deze patiëntencategorie.

Conclusie

Dagelijks rekken van hamstrings en triceps surea vlak voor slapen resulteerde in dit onderzoek in een significante afname van de frequentie en de pijnintensiteit van NK.

Dr. J.M. Hank Hallegraeff is fysiotherapeut / manueel therapeut, klinisch epidemioloog en is gepromoveerd aan de Rijksuniversiteit Groningen op het proefschrift: Common musculoskeletal disorders in primary care physiotherapy. Hij is docent en als inhoudsverantwoordelijke verbonden aan het Lifelong Learning programma van de Stichting Opleiding Musculoskeletale Therapie te Amersfoort en werkzaam in een multidisciplinaire eerstelijns setting. Bij het KNGF vervult hij een beleidsfunctie.

Aan dit artikel werkten verder mee:
Prof. dr. C.P. van der Schans en dr. M.H.G. de Greef zijn verbonden aan de Hanzehogeschool Groningen, Lectoraat Transparante Zorgverlening en het Universitair Medisch Centrum Groningen.

Referenties

1. Monderer RS, Wu WP, Thorpy MJ. Nocturnal leg cramps. Curr Neurol Neurosci Rep. 2010 Jan;10(1):53-9.
2. Sontag SJ, Wanner JN. The cause of leg cramps and knee pains: an hypothesis and effective treatment. Med Hypotheses. 1988 Jan;25(1):35-41.
3. Kanaan N, Sawaya R. Nocturnal leg cramps. Clinically mysterious and painful – but manageable. Geriatrics. 2001 Jun;56(6):34, 39-42.
4. Stewart RB, Moore MT, Marks RG. Nocturnal leg cramps in an ambulatory elderly population: An evaluation of risk factors. J of Geriatr Drug Ther. 1993;7:23-46.
5. Merlino G, Gigli GL. Sleep-related movement disorders. Neurol Sci. 2012 Jun;33(3):491-513.
6. Abdulla AJ, Jones PW, Pearce VR. Leg cramps in the elderly: prevalence, drug and disease associations. Int J Clin Pract. 1999 Oct-Nov;53(7):494-6.
7. Butler JV, Mulkerrin EC, O'Keeffe ST. Nocturnal leg cramps in older people. Postgrad Med J. 2002 Oct;78(924):596-8.
8. El-Tawil S, Al Musa T, Valli H, Lunn MP, El-Tawil T, Weber M. Quinine for muscle cramps. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Dec 8;(12):CD005044.
9. Hirai M. Prevalence and characteristics of muscle cramps in patients with varicose veins. Vasa. 2000 Nov;29(4):269-73.
10. Coppin RJ, Wicke DM, Little PS. Managing nocturnal leg cramps – calf-stretching exercises and cessation of quinine treatment: a factorial randomised controlled trial. Br J Gen Pract. 2005 Mar;55(512):186-91.
11. Daniell HW. Simple cure for nocturnal leg cramps. N Engl J Med. 1979 Jul 26;301(4):216.

Indien collega's belangstelling hebben om te participeren in vervolgonderzoek op het gebied van NK of RLS, dan graag reageren via het volgende e-mailadres: info@nachtelijkekramp.nl. of jmhallegraeff@icloud.com. Patiënten kunnen zich informeren via www.nachtelijkekramp.nl.

PTJ SUMMARY

PTJ #6, June 2014

Relationship Among Manual Body Functions, Manual Capacity, and Bimanual Performance Using the Prosthetic Upper Extremity Functional Index in Children With Congenital Hand Differences

Monique Ardon, Wim Janssen, Steven Hovius, Henk Stam, Magdalena Murawska, Marij Roebroeck, Ruud Selles

Klinische vraag

1) Wat is het bimanueel functioneren van kinderen met een aangeboren handaandoening en wat zijn de voorspellende factoren hiervan op unimanueel capaciteits- en functieniveau?
2) Is het aantal vragen van de Prosthetic Upper Extremity Functional index (PUFI)-vragenlijst te reduceren als deze wordt toegepast bij kinderen met een aangeboren handaandoening?

Conclusie van de auteurs

Kinderen met een aangeboren handaandoening voeren over het algemeen hun bimanuele activiteiten goed uit met actief gebruik van de aangedane hand. De wijze van uitvoering van bimanuele activiteiten (bimanuele performance) wordt bepaald door unimanuele capaciteit en de oppositiekracht van de non-dominante hand alsmede de sleutelgreepkracht van de dominante hand. Interventies die leiden tot verbetering van deze variabelen hebben invloed op de bimanuele performance.

Onderzoeksopzet

Cross-sectionele studie.

Onderzoekslocatie

Afdelingen Revalidatiegeneeskunde en Plastische chirurgie van het Erasmus MC in Rotterdam.

SAMENVATTING

Kinderen met een aangeboren handaandoening worden vaak al op jonge leeftijd geopereerd. Deze interventie vindt plaats op functieniveau, met het uiteindelijke doel het uitvoeren van activiteiten te verbeteren. Om deze operaties gerichter te kunnen uitvoeren, onderzochten we het werkelijke gebruik van de handen bij bimanuele activiteiten gemeten met de PUFI en de relatie met unimanuele capaciteit en functies van de hand. Kinderen in onze onderzoeksgroep waren in staat 96% van alle activiteiten zelfstandig uit te voeren. Vervolgens lieten we zien dat, ondanks dat de handfunctie van de aangedane hand verminderd was en de kinderen een groot aantal alternatieve strategieën gebruikten om een taak uit te voeren, ze veelal werden uitgevoerd met actief gebruik van de aangedane hand. Voorspellers voor bimanuele performance waren de manuele capaciteit van de non-dominante hand in combinatie met de spierkracht (de spierkracht van de oppositie van de non-dominante hand en de laterale pinchkracht van de dominante hand). We doen de suggestie dat chirurgische interventies die bedoeld zijn om de bimanuele performance te verbeteren, het best gericht kunnen zijn op het verbeteren van de manuele capaciteit en spierkracht. Aansluitend stelden we vast dat de spreiding van de PUFI-scores grotendeels werd verklaard door slechts 6 van de 38 items Het aantal items van de huidige, uitgebreide PUFI kan mogelijk gereduceerd worden voor het evalueren van kinderen met een aangeboren handaandoening.

Dr. Monique Ardon, fysio-handtherapeut/bewegingswetenschapper, Afdeling Revalidatiegeneeskunde, Erasmus MC te Rotterdam.

PTJ #1, January 2014

Predictors of Short-Term Outcome to Exercise and Manual Therapy for People With Hip Osteoarthritis

Helen French, Rose Galvin, Tara Cusack, Geraldine McCarthy

Klinische vraag

Welke patiënt-specifieke en klinische kenmerken voorspellen het succes van oefentherapie bij patiënten met heupartrose?

Conclusie van de auteurs

Door het matig discriminerende vermogen van het predictiemodel zijn er geen baselinevariabelen geïdentificeerd die het succes van oefentherapie bij patiënten met heupartrose voorspellen. Vervolgstudies zijn nodig om definitief vast te kunnen stellen wat de beste voorspellers zijn voor het succes van oefentherapie bij patiënten met heupartrose.

Onderzoeksopzet

Secundaire analyse van een multicenter randomised controlled trial.

Onderzoekslocatie

Vier academische ziekenhuizen in Ierland.

SAMENVATTING

Onderzoek heeft aangetoond dat oefentherapie op korte termijn effectief is bij de behandeling van patiënten met heupartrose. Echter, doordat patiënten met heupartrose een heterogene groep vormen, heeft niet iedere persoon evenveel baat bij oefentherapie. Het lijkt erop dat bepaalde persoonlijke kenmerken, zoals het vrouwelijk geslacht, lage comorbiditeit en afwezigheid van depressieve klachten, positieve voorspellers zijn voor de effectiviteit van fysiotherapie. Ondanks eerder uitgevoerd onderzoek bestaat er nog steeds veel onduidelijkheid over de vraag welke subgroepen het meest profiteren van oefentherapie. Het doel van dit onderzoek was het identificeren van variabelen die de effectiviteit van oefentherapie voorspellen.
In totaal deden 131 patiënten met heupartrose mee aan het onderzoek. Alle patiënten ontvingen gedurende 8 weken oefentherapie. Er werden metingen gedaan aan het begin, na 9 weken en na 18 weken. Om de voorspellers van het succes van oefentherapie te bepalen, werden demografische (bijv. geslacht, leeftijd) en klinische (bijv. BMI, pijn) baselinevariabelen in een predictiemodel gestopt. Aan de hand van de zogenoemde OMERACT-OARSI-regels werd het effect van oefentherapie verdeeld in 'verbeterd' en 'niet verbeterd'. Succesvolle behandeling werd gedefinieerd als een significante verbetering in fysiek functioneren en pijn (respectievelijk ≥ 20% en ≥ 10 punten op een schaal van 100) en verandering in het zelf ervaren herstel (≥ 20%). Na 9 weken bleek dat er een verbetering was bij 35,1% van de deelnemers (n=46) en na 18 weken bij 27,5% (n=36). Analyses na 9 weken lieten zien dat het mannelijke geslacht en een lagere baselinescore op de variabelen fysiek functioneren, pijn, angst en depressie voorspellende waarden waren voor het succes van oefentherapie. Na 18 weken vonden de onderzoekers geen statistisch significante relaties. De variabelen die geassocieerd waren met succes, hadden een uiterst bescheiden voorspellend vermogen. Hierdoor zijn de resultaten moeilijk te interpreteren en beperkt bruikbaar.

Dr. Daniël Bossen, fysiotherapeut en gezondheidswetenschapper, werkzaam als postdoctoraal onderzoeker bij het NIVEL te Utrecht.

zaterdag 20 en zondag 21 september 2014

TWEEDAAGS LUSTRUM-CONGRES

BODY AWARENESS: EEN MEERWAARDE IN DE FYSIOTHERAPIE

Zaterdag 20 september

Voormiddag: Moderator: Prof. Dr. Danis Bois

09.20 – 09.30: Rob Maertens: Welkomstwoord van de voorzitter van de BFmdb.
09.30 - 09.45: Inleiding: Paul Sercu: 20 jaar fasciatherapie als nieuwe stroming in de kinesitherapie, stand van zaken.
09.45 - 10.30: Dr. Joeri Calsius: Trans-disciplinaire grondslagen van body awareness als therapeutische dimensie.
10.30 - 11.15: Paul Sercu: Body awareness als tool voor bewegingsoptimalisatie, een bewuste en een persoonsgerichte kinesitherapie.
11.15 - 11.30: Koffiepauze
11.30 - 12.30: Prof. Dr. Philip Roosen: Focus als noodzakelijke skill bij body awareness.

Namiddag: Moderator: Prof. Dr. Philip Roosen

13.30 - 14.15: Bjorn Prins: Body awareness als copingsinstrument bij emoties en gedachten.
14.15 - 15.00: Dr. Philippe Rosier: nut van body awareness in behandeling van bewegingsoptimalisatie en letselpreventie bij topsporters.
15.00 - 15.15: Koffiepauze
15.15 - 16.15: Prof. Dr. Danis Bois: Het Gevoelige en body awareness: concepten en toepassingen.
16.15 – 17.00: 1 patiënt en 1 therapeut: getuigenissen over de ervaring met body awareness.
17.00 - 17.15: Rob Maertens: Conclusie van de dag.

Zondag 21 september

09.30 – 10.30: Fasciafitness: Neurofysiologische grondslagen en praktische toepassing.
10.30 – 13.00: Body awareness als rode draad in de bewegingsleer en reëducatie.
In deze workshop leer je hoe body awareness op te bouwen en te gebruiken als therapeutische tool tijdens een reëducatie en rehabilitatie sessie.

14.00 – 16.30: Body awareness als tool voor het bekomen van fysiologische reacties in de fascia die bijdragen tot het vrij maken van weke delen, gewrichten en de bewegingskwaliteit.
16.30 – 17.00: Vraagstelling, discussie en afsluiting.

Locatie:
GC De Zandloper, Kaasmarkt 75, 1780 Wemmel
Prijs:
Congres: **120 €** Congres + workshops: **180 €**
(50€ voor studenten op vertoon studentenkaart)
Mogelijkheid om gebruik te maken van KMO portefeuille

> Broodjeslunch en koffiepauzes worden voorzien
> Accreditering is reeds aanvaard bij pro-Q kine en werd aangevraagd bij KNGF
> Simultane vertaling Nl/Fr

Info en inschrijvingen via de website: www.fascia.be
Volg ons op Facebook
(European College of Fasciatherapy)

SPECIALISTEN KATERN

REDACTIE: de Beroepsinhoudelijke verenigingen
COÖRDINATIE EN EINDREDACTIE: Lidwien van Loon

NVBF

Vooraf berekenen wat investeren in samenwerken kost 38
Webtool TNO biedt inzicht in effect samenwerking

NVFS

Keynote lecture door NVFS-sportfysiotherapeut Robert van Cingel 39
Verslag ESSKA-congres 2014

Beroepscompetentieprofiel sportfysiotherapeut herzien 39
Omschrijving van competenties volgens model van CANMEDS

NVMT

Invloed van neuro- en gedragswetenschappelijke kennis 40
Uitnodiging gratis vakinhoudelijk symposium tijdens de regionale ledenavonden

Bij chronische WAD-klachten is advies voldoende 41
Resultaten pragmatisch gerandomiseerde RCT

Rol van het brein bij de keuze van behandelvormen 42
Verslag symposium PAINIes

NVOF

Interdisciplinair werken: de patiënt centraal 44
Zorgpad voor orofaciale fysiotherapie

VHVL

Ellen Toet: samenwerking heeft veel voordelen 45
Geïntegreerde zorg voor hart-, vaat- en longpatiënten

Webtool TNO biedt inzicht in effect samenwerking

Bereken dat het samen goedkoper kan

In een editie van FysioPraxis over samenwerken mag een artikel over de webtool van TNO niet ontbreken. Je kunt er namelijk de effecten van samenwerkingsvormen mee berekenen. Samenwerking vraagt naast zorgvuldige afstemming, enthousiasme en transparantie ook een zekere tijdsinvestering. Met de webtool bereken je wat investeren in samenwerking oplevert in kwaliteit, geld en werkplezier.

Tekst: Miloushka Kronstadt |
Foto: Bert de Graaf, Deventer Ziekenhuis

Je staat sterker als je van tevoren kunt aantonen dat samenwerken loont. Veel bedrijfsfysiotherapeuten berekenen in hun offertes een return of investment (ROI). Hiermee krijgt de opdrachtgever inzicht in het rendement op de voorgestelde investering. In de eerste lijn worden onderdelen van vernieuwde samenwerkingsvormen nog niet vergoed. Het maken van een business case kan dan een aantal doelen dienen:

- overtuigen van financiers, zoals zorgverzekeraars
- meekrijgen van beslissers en opdrachtgevers
- inzichtelijk maken van de beoogde veranderingen in tijdsbesteding en inkomstenverdeling tussen de samenwerkende partijen
- overtuigen van de samenwerkende partijen over de meerwaarde van de nieuwe manier van samenwerken

EFFECTEN ONDERBOUWEN

TNO heeft een webtool ontwikkeld waarmee je binnen een samenwerkingsverband de kwaliteit van zorg, de verandering van zorg en de tevredenheid met het werk kunt beoordelen aan de hand van een rapportcijfer. De onderdelen tijdsbesteding, vergoeding, investeringen en exploitatiekosten worden in zowel euro's als uren vergeleken. Als de samenwerking nog niet is doorgevoerd, kan er een virtuele meting (inschatting) worden gedaan. Loopt de samenwerking al enige tijd, dan is een werkelijke effectmeting mogelijk.

CONCRETE CIJFERS

Zo zou je als arbeidsfysiotherapeut werkzaam in een gezondheidscentrum de webtool kunnen inzetten als je overweegt om, met de zorgverleners uit de andere disciplines binnen het gezondheidscentrum, meer met groepen te gaan werken. Aan de hand van de webtool bekijk je zo'n idee van verschillende kanten en kun je vragen beantwoorden als:

- Is er vraag naar groepswerk?
- Hoeveel meer patiënten kunnen er worden behandeld?
- Wat betekent ochtend- en avondopenstelling voor het personeel?
- Wat kost het?
- Welke kosten moeten worden gecompenseerd?

Dankzij de webtool hoef je voor de beslissing niet uit te gaan van aannames en onderbuikgevoelens, maar kun je de samenwerking baseren op concrete voor- en nadelen.

KOSTELOOS BESCHIKBAAR

De webtool is ontwikkeld voor samenwerkende zorgverleners en organisaties in de eerstelijnszorg, met name samenwerkingsverbanden tussen disciplines uit de eerstelijnszorg en de nulde-, tweede- en derdelijnszorg. Ook adviseurs en beslissers kunnen de webtool gebruiken. De webtool is kosteloos beschikbaar op www.businesscase-eerstelijn.nl. Een kort instructiefilmpje geeft uitleg hoe de tool werkt en hoe je de verschillende variabelen invult.

Miloushka Kronstadt is register bedrijfsfysiotherapeut en werkt als coach en adviseur Arbeid en Gezondheid bij Werkend Beter. Ze is bereikbaar via miloushka@werkendbeter.nl.

Programma 'Op één lijn'

De ontwikkeling van de webtool is gefinancierd vanuit het ZonMw-programma 'Op één lijn'. 'Op één lijn' stimuleert organisatorische versterking van de zorg dicht bij huis met als doel de kwaliteit, samenhang en doelmatigheid van zorg te optimaliseren. Hierbij zijn verbindingen van belang tussen eerstelijnszorg en preventie, arbozorg, curatieve zorg, langdurige zorg, tweedelijnszorg en welzijn.
Kijk voor meer informatie op: www.businesscase-eerstelijn.nl.

Robert van Cingel spreker op ESSKA-congres 2014

Op 14 mei werd het 16e ESSKA-congres gehouden. ESSKA is de European Society for Sports Traumatology, Knee Surgery and Arthroscopy. Het congres vond plaats in Amsterdam. De 3.500 bezoekers uit 85 landen woonden wetenschappelijke bijdragen bij die informatie gaven over kniechirurgie, sportgerelateerde orthopedie en artroscopie.

Tekst: Hans Bloo

Een van de keynote lectures werd verzorgd door Robert van Cingel. Hij is sportfysiotherapeut en directeur van het Sport Medisch Centrum Papendal in Arnhem. Daarnaast is hij lector Musculoskeletale Revalidatie aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. De titel van zijn lezing was: 'The plasticity of the human motor control system and orthopaedic rehabilitation'. Zijn lezing is een mooi voorbeeld van de bijdrage die Nederlandse sportfysiotherapeuten leveren aan de ontwikkeling van de kennis over sportrevalidatie en het vak van de sportfysiotherapeut. In het Specialistenkatern van het novembernummer van FysioPraxis kunt u een uitgebreide weergave van zijn lezing lezen.

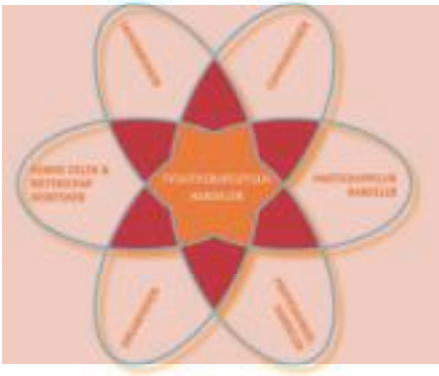
Beroepscompetentieprofiel herzien

De NVFS werkt aan een herziening van het beroepscompetentieprofiel van de sportfysiotherapeut. Het oude profiel ging uit van gestandaardiseerde omschrijvingen en rollen. Ontwikkelingen in de geneeskunde vragen echter om een omschrijving van competenties volgens het model van CANMEDS. Dankzij deze modernisering krijgt de sportfysiotherapie binnenkort een duidelijke plek in het musculoskeletale domein.

Tekst: Jelle Olde Riekerink, Marloes van Lierop en Hans Bloo

In de afgelopen maanden is onder leiding van het bestuur van de NVFS hard gewerkt aan de herziening van het beroepscompetentieprofiel (BCP) van de sportfysiotherapeut. In de eerste fase heeft een werkgroep, bestaande uit vertegenwoordigers van sportfysiotherapeuten uit de topsport, breedtesport en revalidatie en ondersteund door een onderwijskundige, gegevens verzameld aan de hand van de volgende definitie van de sportfysiotherapeut:
De sportfysiotherapeut biedt op methodische wijze expliciet, gewetensvol en oordeelkundig hulp aan cliënten met persoonlijke problemen met bewegen, in het bijzonder op het gebied van sportbeoefening. Hij toont professioneel gedrag naar de stand van het vakgebied. Hij verzamelt en interpreteert gegevens zodat hij in het screenings-, diagnostische en therapeutische proces volgens de principes van evidence-based practice beslissingen neemt binnen de grenzen van het beroep. Hij verleent up-to-date, effectieve, curatieve zorg op ethisch verantwoorde wijze.

Model van CANMEDS.



Aan de hand van het model van CANMEDS zijn inmiddels in de volgende fase zeven competenties van de sportfysiotherapeut uitgewerkt, aansluitend op de basisopleiding en de specialisaties. De eerste uitwerkingen zijn voorgelegd aan de klankbordgroep van externe specialisten en enkele deskundigen. Het commentaar wordt verwerkt en de verwachting is dat in september de eerste versie klaar is.
Naast deze uitwerking wordt er gewerkt aan een domeinbeschrijving van het gebied waarin de sportfysiotherapeut werkt. Daarbij worden delen uit het oude BCP aangevuld met nieuwe ontwikkelingen in het musculoskeletale domein. De werkgroep steeft ernaar om de herziene versie in het najaar op te leveren, zodat het herziene BCP een bijdrage kan leveren aan de plannen van de NVFS voor 2015-2018.
In het novembernummer van FysioPraxis leest u meer over de plek van het herschreven BCP in het werkveld, het onderwijs en het wetenschappelijk onderzoek.

Jelle Olde Riekerink en Marloes van Lierop zijn beiden NVFS-sportfysiotherapeut en leden van de werkgroep Herziening BCP. Marloes is werkzaam bij Fysiotherapie Elst in Arnhem en Jelle bij Sportmedisch Centrum Amsterdam en Sportmedisch Centrum Arterium in Amsterdam. Hans Bloo is ook NVFS-sportfysiotherapeut en daarnaast directeur van Paramedisch Instituut Rembrandt in Veenendaal. Bovendien is hij bestuurder van de NVFS en redacteur voor het Specialistenkatern. De auteurs zijn bereikbaar via hbloo@pmirembrandt.nl.

KennisTransfer Sportgezondheidszorg

Wilt u meer weten over de KennisTransfer Sportgezondheidszorg (KTS) waarover we schreven in het Specialistenkatern van juni? Neem dan contact op met Linda Oskam van de Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG). Ze is op maandag, woensdag en donderdag telefonisch bereikbaar op nummer 030 225 22 90, of per e-mail via lindao@sportgeneeskunde.com.

Motorisch leren in de manuele therapie

Uitnodiging voor gratis vakinhoudelijk symposium

Hoe gaat neuro- en gedragswetenschappelijke kennis de komende jaren uw werk als manueel therapeut beïnvloeden? Het antwoord hoort u tijdens de regionale ledenavonden van de NVMT. Het bestuur kijkt uit naar uw komst en nodigt u uit hardop mee te denken over uw toekomst. De toegang is gratis.

Tekst: Lidwien van Loon

'Oefening baart kunst' is een bekend spreekwoord. Dat zegt prof. dr. Peter Beek, hoogleraar Bewegingswetenschappen aan de VU in Amsterdam en spreker op de NVMT-ledenavond."Veelgehoord zijn ook aannames als 'herhalen leidt tot automatiseren' en 'instructie is cruciaal'. Het zijn voorbeelden uit ons gedachtegoed over motorisch leren. Er valt echter veel te zeggen over het tegendeel."

ALLEEN HET RESULTAAT TELT

Tijdens de NVMT-ledenavonden slaan prof. dr. Peter Beek en dr. Jurjen Bosga een brug tussen de neuro- en gedragswetenschappen en de manuele therapie. Ze vertalen theoretische begrippen als variabiliteit, 'constraints' en leerbaarheid naar de behandelkamer van de manueel therapeut.

"Mensen blijken beter te leren als ze zelf de regie voeren dan dat ze die van buitenaf opgelegd krijgen", gaat Beek verder. "Ook bevorderend is meer variatie aanbrengen die afwijkt van het ideale beweeggedrag. Leren moet bovendien spannend zijn om het brein informatie op een dieper niveau te laten verwerken. Het oplossen van een beweegprobleem wordt gestimuleerd door aandacht te besteden aan het doel en niet zozeer aan de uitvoering van een beweging. Voor het motorisch leerproces telt alleen het resultaat en niet het herhalen of terugbrengen van de afwijking in het ideale beweeggedrag. Uitleg geven over de beweging blijkt minder effectief dan iets veranderen in de taakopdracht."

STUREN OP HANDELINGSDOELEN

Effectiever dan sturen op de beweging is sturen op handelingsdoelen om daarmee de gewenste verandering in de beweging te bewerkstelligen. "Zo blijkt de eindstand van de handeling bepalend te zijn voor de manier waarop de beweging in het brein wordt georganiseerd, en niet pronatie of supinatie, terwijl dat wel categorieën zijn waarin manueel therapeuten denken", zegt Beek. "Er blijkt een hiërarchie te zijn in hoe handelingen gerepresenteerd zijn in de hersenen. Het leidend niveau in 'action planning' stel ik tijdens de ledenavond uitvoerig aan de orde. Ik kijk uit naar de interactie met de zaal."

'U KUNT WEER GAAN BEWEGEN'

Op deze avond ontmoet u ook dr. Jurjen Bosga. Hij is onderzoeker aan het Donders Institute for Brain, Cognition, and Behaviour van de Radboud Universiteit in Nijmegen, en werkt als manueel therapeut in een praktijk in Doorn. Volgens Bosga leveren manueel therapeuten een halfproduct als ze patiënten het advies meegeven dat ze weer kunnen gaan bewegen.

"Ook manueel therapeuten worden afgerekend op het herstel van het activiteitenniveau", stelt Bosga. "Dat betekent dat ze niet kunnen volstaan met het sec herstellen van een lokale functie. Herstel van een functie op lokaal niveau leidt immers niet eenduidig tot herstel van een activiteit. Een patiënt met nekpijn kan zich na een cervicale manipulatie beter voelen, maar dat wil niet zeggen dat hij de toegenomen mobiliteit benut in zijn activiteiten. Hij moet ook leren de toegenomen cervicale rotatie te integreren in zijn totaalpatroon."

INZICHT IN CONSTRAINTS

"Daarvoor heb je als manueel therapeut inzicht nodig in hoe het neuromotorisch systeem georganiseerd is en hoe flexibel dit systeem van een individuele patiënt is. Dan pas kun je ook zijn beweeggedrag beïnvloeden", zegt Bosga. "Door de patiënt taken uit te laten voeren laat je hem zelf ontdekken hoe een taak op verschillende manieren ingeregeld kan worden. Je legt hem dat gebruik niet op, want dat werkt niet. Lokale functies herstellen en dan zelfstandig trainen met toestellen en materialen zijn nauwelijks effectief te noemen. De patiënt blijft immers binnen zijn eigen foutmarges bewegen. Wel effectief is het aanbieden van andere constraints en variatie in taken waarin de patiënt wordt uitgedaagd om de herstelde lokale functies in te regelen. Hoe, dat leert de patiënt zichzelf. Die voert daarin zelf de regie en leert al doende zijn vaardigheidsniveau te vergroten.

DENK EN PRAAT MEE

Welke processen zorgen voor voldoende flexibiliteit om beweeggedrag te veranderen? Hoe kunnen manueel therapeuten de motorische leerbaarheid van hun patiënten inschatten en hoe bereiken ze het meeste leereffect? Is dat door bijvoorbeeld een patiënt te vertellen hoe hij stabiel kan gaan staan door de kuitspieren aan te spannen, de druk op de voet symmetrisch te verdelen en de heup op een bepaalde manier te kantelen ten opzichte van de knie, of is dat door de patiënt de taak te geven een gordijn stil te laten hangen? Welke rol heeft feedback, waarop geef je feedback en wanneer geef je die?

Denk en praat mee over de invloed van neuro- en gedragswetenschappelijke kennis op de toekomst van de manuele therapie. Een vertaalslag die niet zonder uw inbreng kan worden gemaakt. Kom dus naar de NVMT-ledenavond. Uw inbreng wordt bijzonder gewaardeerd.

Lidwien van Loon is journalist en communicatietrainer bij Van Loon Communicatie Coaching. Ze is bereikbaar via lidwien@vanlooncommunicatiecoaching.nl.

Data en locaties

- **Donderdag 25 september in Arnhem (Regartz WTC)**
- **Woensdag 1 oktober in Leiden (Van der Valk Hotel)**
- **Dinsdag 7 oktober in Heerenveen (Abe Lenstra Stadion)**
- **Woensdag 15 oktober in Bergen op Zoom (Zalencentrum De Raayberg)**
- **Woensdag 29 oktober in Tilburg (Willem II Stadion)**

De toegang is gratis voor NVMT-leden. Bent u geen NVMT-lid, dan bent u ook van harte uitgenodigd. U betaalt dan € 25. Aanvang: 18.30 met koffie en thee, borrel vanaf 21.30 uur.

Pragmatisch gerandomiseerde RCT

Bij chronische whiplash is alleen advies voldoende

Whiplash Associated Disorders (WAD) hebben veel sociale en economische implicaties. Bij chronische WAD-klachten is het nog steeds onduidelijk of fysiotherapeutische oefenprogramma's effectief zijn in het verminderen van pijn en ADL-beperkingen. Een RCT biedt nu uitsluitsel: oefenprotocollen zijn niet effectiever dan een algemeen advies en voorlichting.

Tekst: dr. Ilse Swinkels-Meewisse

Het doel van het onderzoek was het achterhalen van het antwoord op deze vragen:

1 Wat is de effectiviteit van een kort oefenprogramma voor personen met chronische WAD-klachten (> 3 maanden en < 5 jaar WAD I of II met matige pijn en/of ADL-beperkingen)?

2 Beïnvloedt sensibilisering van het centrale zenuwstelsel (CZS) of de mate van disstress de uitkomst van de behandeling?

METHODE

Het onderzoek was opgezet als een pragmatische RCT met twee groepen met follow-up na 14 weken, 6 en 12 maanden. Beide groepen kregen een voorlichtingsboekje over WAD.

De controlegroep (n=86) kreeg een 30 minuten durende sessie met uitleg en advies en oefeningen voor thuis. Indien nodig konden de proefpersonen tweemaal telefonisch contact opnemen voor nader advies of uitleg.

De interventiegroep (n=86) ontving 20 behandelsessies gedurende 12 weken. De toegepaste oefentherapie bestond uit 4 weken specifieke CWK-oefeningen, in week 4-6 integratie hiervan in ADL-situaties en na week 7 begon een graded-activity-programma. De interventiegroep kreeg ook een oefenprogramma voor thuis. Gedurende de sessies werden cognitief-gedragsmatige principes toegepast. In de eerste week van de interventie konden maximaal 2 sessies met manueeltherapeutische technieken worden toegepast.

Besproken artikel

Michaleff ZA, Maher CG, Lin CC, et al. Comprehensive physiotherapy exercise programme or advice for chronic whiplash (PROMISE): a pragmatic randomised controlled trial. Lancet 2014;384(9938):133-41.

UITKOMSTMATEN

De primaire uitkomstmaat was gemiddelde pijnintensiteit in de voorgaande week (NRS: Numeric Rating Scale). Secundaire uitkomstmaten waren pijnintensiteit in de afgelopen 24 uur, globaal ervaren effect, Neck Disability Index (NDI), Whiplash Disability Questionnaire (WDQ), Short Form 36, cervicale mobiliteit en de PSK. Ook werden er gegevens verzameld over CZS-sensibilisering en mate van distress. Bij de statistische analyses werden intention-to-treat-protocollen gebruikt.

RESULTATEN

De gemiddelde duur van de WAD was 2 jaar. Uitval was aselect en binnen de grenzen. Er was geen significant verschil in effect op gemiddelde pijnintensiteit tussen de controlegroep en de interventiegroep. Evenmin was er een significante invloed van de overige variabelen op pijnintensiteit.

DISCUSSIE

Deze studie volgde een protocol dat bias minimaliseerde. De therapiecompliance was goed en de uitval was laag (87% follow-up bij laatste meting). De conclusies zijn gebaseerd op precieze schattingen van de effecten. De studie is gedegen opgezet en de conclusies lijken robuust.

De implicaties voor de praktijk bij de behandeling van mensen met chronische WAD zijn groot. Ook wanneer voorgaande studies en systematic reviews worden betrokken bij de conclusies, lijken er zeer sterke indicaties voor te zijn dat oefenprotocollen geen klinisch significant beter effect op pijn en ADL-beperkingen hebben dan een algemeen advies en voorlichting. WAD-klachten zijn erg complex. Een beter begrip van een mogelijk pathofysiologisch substraat of andere mechanismen van waaruit de klachten kunnen ontstaan of worden onderhouden, zou tot een effectieve interventie kunnen leiden. Tot op heden zijn de effecten van hypersensibilisering van het CZS nog vaak onderbelicht, en dus ook de interventies die hierop gericht zijn.

Dr. E.J.C.M. Swinkels-Meewisse werkt als manueel therapeut bij Praktijk voor fysiotherapie en manuele therapie Coevering in Geldrop. Ze is bereikbaar via swinky@xs4all.nl.

Nieuwste inzichten pijnclassificatie

Verslag succesvol NVMT-symposium PAINles

In 2013 ging het NVMT-congres over de nieuwste inzichten in de rol van het brein bij spinal control. Dit jaar ging het congres over de rol van het brein bij de keuze van behandelvormen. Vijf prominente sprekers legden de pijnmatrix uit in relatie tot het behandelen van pijnpatiënten. Met trots kijken we terug op een zeer geslaagd symposium.

Tekst: Huub Vossen

In De Kuip in Rotterdam opende NVMT-voorzitter dr. Annelies Pool op 12 april het symposium PAINles en nodigde zij de bezoekers uit om vooral deel te nemen aan de discussies en vragen te stellen via Twitter. Op deze wijze dacht het publiek actief mee over een nieuwe kijk op behandelvormen die logischerwijs voortvloeien uit het voortschrijdend inzicht in pijnclassificatie. Dagvoorzitter prof. dr. Jo Nijs leidde het symposium. Hierna leest u per spreker een korte samenvatting van zijn of haar lezing.

Dr. Annelies Pool

Prof. dr. Jo Nijs

Thinking beyond muscles and joints: moderne pijnneurowetenschappen in de manueel-therapeutische praktijk

Naast dagvoorzitter was prof. dr. Jo Nijs ook spreker. Hij gaf een overzicht van de verschillende soorten pijn waarmee een manueel therapeut te maken kan krijgen: naast neuropathische en nociceptieve pijn ook centrale en perifere sensitisatiepijn. Nijs ging in op het behandelrepertoire van de manueel therapeut en besprak de gevolgen van nieuwe inzichten in de pijnwetenschappen voor het behandelen, zoals de keuze van oefentherapie. Hij legde uit dat de pijnmatrix tot ontregeling van allerlei bewegingen kan leiden. Daarbij speelt stress een belangrijke rol.

Verder besprak Nijs de cognitief-emotionele sensitisatie en de centrale sensitisatie, en het belang daarbij van de interpretatie van pijnsignalen door de patiënt voor een adequate keuze van de hands-on-vaardigheden van de manueel therapeut. Het is volgens Nijs bij centrale en perifere sensitisatie van belang welke strategie er gevolgd wordt tijdens de behandeling. Te denken valt aan bottom-up (via trigger points) en top-down door onder andere pijnstillers, naast het beïnvloeden van de pijnmatrix. Dit laatste kan door pijneducatie, stressmanagement en cognitieve gedragstherapie.

Nijs legde uit dat ook gedachten en overtuigingen over pijn kunnen bijdragen aan chronische klachten. Verder onderzoek dient uit te wijzen op welke manier plasticiteit in positieve zin kan worden gestuurd. Nijs eindigde zijn betoog met de stelling: bij centrale sensitisatie is nog altijd een perifere prikkel nodig.

No brain, no pain! Recognition of central sensitization in manual therapy practice

Volgens prof. dr. Mira Meeus is er aandacht nodig om pijn te kunnen voelen. Ze ging in op het assessment van centrale sensitisatie (CS): hoe herken je CS, welk klinisch beeld verwacht je bij CS en welke symptomen kun je verwachten, zoals overgevoeligheid voor geluid, licht en reuk? Volgens Meeus is CS een vorm van neuroplasticiteit; het is belangrijk de uitwerkingen ervan op de patiënt te kennen. Wat gebeurt er bijvoorbeeld na inspanning bij gezonde personen en bij personen met CS? Welke mechanismen gaan er meespelen bij personen met CS? Bekend is dat bij gezonde personen de pijn na inspanning minder is dan bij personen met CS, het zogenaamde 'wind-up-effect' (langer napijn). Meeus besprak de verschillende aspecten die een rol spelen op zowel moleculair niveau als neurofysiologisch vlak (descenderende banen), zoals catastroferen door betrokkenen waardoor de pijnmatrix overactief kan worden.

Tot slot maakte ze de vertaalslag naar de klinische praktijk. Zo is nocisensorische pijn een makkelijk te herkennen bron van pijn waarin houding en beweging een rol spelen. Bij neuropathische pijn echter wordt herkenning door de manueel therapeut moeilijker vanwege de moeilijk aanwijsbare oorzaak. Nog lastiger wordt het bij centrale sensitisatie omdat letsel en bron niet altijd duidelijk zijn, aldus Meeus. Bovendien kan bij musculoskeletale pijn disproportionele pijn kenmerkend zijn en kan er sprake zijn van spreiding van pijn (secundaire hyperalgesie) of hypersensitiviteit. Meeus gaf aan dat assessment moeilijk blijkt, maar dat we als manueel therapeuten wel kunnen beginnen om de meespelende mechanismen beter te begrijpen.

Prof. dr. Mira Meeus

Prof. dr. Paul van Wilgen

Chronische pijn en pijneducatie, wat is de rol van de manueel therapeut?

Prof. dr. Paul van Wilgen stelde de volgende vragen over chronische pijn centraal: hoe wordt chronische pijn verklaard vanuit de pijnmatrix, welke rol spelen ziektepercepties bij de diagnostiek van chronische pijn en hoe kan de manueel therapeut pijneducatie toepassen bij mensen met chronische pijn? Bij het beantwoorden van deze vragen ging Van Wilgen uit van drie pijntypen: acute pijn, neuropathische pijn en chronische pijn.
De chronische pijn is een complexe aandoening, stelt Van Wilgen. De manueel therapeut moet zich meer bewust zijn van hoe mensen hun eigen pijnsignaal interpreteren. Ook besprak hij verschillende behandelstrategieën: het biopsychosociale model, zelfmanagement van de patiënt, gedachteveranderingen en gedragsveranderingen.
Ten aanzien van de diagnostiek gaf Van Wilgen het publiek enkele tips mee:

- Vraag meer percepties uit over oorzaken van pijn, bijvoorbeeld: wat gebeurt er met uw rug tijdens het bukken? Wat gebeurt er als u pijn voelt? Wat is volgens u de oorzaak van de pijn? Wat gaat er mis als u deze pijn aan uw rug voelt?
- Wees minder medisch georiënteerd bezig.
- Vraag verwachtingen van de patiënt meer uit.
- Zorg voor meer interactie in de anamnese.

Na de diagnostiek is het volgens Van Wilgen van belang hoe je de patiënt vertelt waar de pijn vandaan komt als je geen lichamelijke afwijkingen hebt gevonden (pijneducatie). Tijdens de behandeling kan de manueel therapeut zich bij chronische pijn goed laten sturen door het sensitisatiegevolgenmodel. Hierbij krijgt de patiënt inzicht in zijn eigen gedrag en voelt hij zich gehoord.

Analgesic effects of manual therapy in patients with musculoskeletal pain: a systematic review

Dr. Lennard Voogt nam het publiek mee in opvattingen door de tijd heen over pijnmodulatie. Moeten we top-down of bottom-up werken bij pijnmodulatie? Voogt gaf enkele voorbeelden, zoals het pijnmodulerend systeem als onderdeel van de pijnmatrix. Hoe werkt het bijvoorbeeld bij lichamelijke activiteiten, waaronder ook manuele therapie, massage en oefentherapie? Het pijnmodulerend effect speelt in ieder geval een rol bij manipuleren, stelde Voogt. Van belang is welke cognitief-emotionele invloeden meespelen bij een manipulatie en of er zich placebo-effecten voordoen. In zijn uitleg van de neuromatrix schetste Voogt het pijnsysteem als een volumeregelingssysteem. Zijn conclusie was dat perifere beïnvloeding van de pijnmatrix zinvol kan zijn bij mensen met musculoskeletale pijn. Ook concludeerde hij dat manuele technieken deel kunnen uitmaken van een bredere behandeling met pijneducatie, oefentherapie en myofasciale technieken.

Dr. Lennard Voogt

Prof. dr. Ben Wand

Chronic low back pain: a maladaptive perception model. 'So when everything seems to turn out for the better and I am on track again, the physiotherapist always finds something new in my back that is not OK and…'

Met het citaat van Mosely gaf prof. dr. Ben Wand duidelijk aan welke koers hij zou inzetten. Focussen op weefselstructuren kan nociceptie in de hand werken: 'Managing nociception is not the same as managing pain.' Als laatste spreker van het symposium ging Wand in op structurele veranderingen in het brein (neurochemical profile, grey matter, white matter). Ook interessant was zijn uiteenzetting over 'altered body perception/awareness' als gevolg van chronische pijn. Welke gevolgen heeft altered body perception voor het bewegen van de patiënt, zoals tempo, cocontracties, veranderde rekrutering van spieren en veranderde propriocepsis?

Stefan Buikema

Het symposium werd afgesloten door NVMT-bestuurder Stefan Buikema. Volgens Buikema ligt er een grote uitdaging voor de manueel therapeut om met het voortschrijdend inzicht van het symposium de dagelijkse praktijk in te gaan.

Huub Vossen is als manueel therapeut werkzaam bij Heliomare in Wijk aan Zee. Ook is hij redacteur namens de NVMT voor het Specialistenkatern. Hij is bereikbaar via redactie@nvmt.nl.

Zorgpad voor orofaciale fysiotherapie

Interdisciplinair werken: patiëntgericht en goedkoper

"Interdisciplinair werken biedt meerwaarde op alle fronten." Sandra van Maarseveen schetst in enkele zinnen de belangrijkste voordelen van het nieuwe werken: "De patiënt centraal en niet de individuele expertise. Dit geeft de patiënt rust en biedt soms zelfs al klachtenvermindering. De interdisciplinaire aanpak is optimaal patiëntgericht, adequaat en heeft een expliciete waarde vanwege de aantoonbare kostenbesparing. Een interessante aanpak, ook voor zorgverzekeraars."

Tekst: Grace van den Dobbelsteen

Als orofaciaal fysiotherapeut is Sandra van Maarseveen gespecialiseerd in het behandelen van klachten in het hoofd-halsgebied. Ze ziet patiënten met kaakklachten, hoofdpijn, oorpijn, kies- en tandpijn en aangezichtspijn. Sinds 2000 is Van Maarseveen werkzaam binnen het Centrum Bijzondere Tandheelkunde in Zwolle. Door de jaren heen maakte haar actieve samenwerking met tandartsen, tandarts-gnatologen en psychologen een succesvolle ontwikkeling door in de richting van diagnostiek en interdisciplinair werken.

ULTIEM TEAMWORK

"Bij regulier samenwerken benadert iedere expert een klacht puur vanuit zijn eigen vakgebied. Samenwerking is uitstekend, maar bij complexere problemen zagen we toch dat patiënten niet altijd vanuit de beste basisvisie werden behandeld en soms van het kastje naar de muur werden gestuurd, waardoor ze bij elk loket hun verhaal moesten doen. Om dit te tackelen gingen we op zoek naar de best mogelijke zorgsynergie." "Zo'n tien jaar geleden introduceerden we het interdisciplinair werken. Hierin zijn gelijktijdig de benodigde expertises verenigd. Ultiem teamwork: we zien letterlijk samen de patiënt." Binnen het centrum is Van Maarseveen de coördinator voor de intake vanuit de orofaciale fysiotherapie. "We werken met vragenlijsten op basis waarvan we het behandelteam samenstellen."

BEROEPSOVERSCHRIJDENDE HOUDING

In de samenwerking is ook klinisch psycholoog Femke Popma betrokken. "We gaan verder dan multidisciplinair samenwerken", legt ze uit. "We zitten op dezelfde locatie, zijn bereid om over de grenzen van ons vakgebied te gaan en stellen niet ons ego of de eigen discipline voorop. Dit is een absolute voorwaarde voor succes. Onze manier van samenwerken vraagt om een open visie, een beroepsoverschrijdende houding en kennis. Dat maakt het werk nog boeiender. We starten gezamenlijk en samen overzien we het gehele proces, altijd staat de patiënt centraal. In ons team is de orofaciaal fysiotherapeut de spin in het web."

ZORGPAD VOOR OROFACIALE FYSIOTHERAPIE

"Er ligt wel een struikelblok op het vlak van financiën", stelt Van Maarseveen. "In het Centrum Bijzondere Tandheelkunde werken we met één budget voor een interdisciplinair product. Onze financieringsstroom is anders dan in een eerstelijns praktijk. Toch zou ik dolgraag deze werkwijze NVOF-breed uitgerold zien en promoten door met zorgverzekeraars in gesprek te gaan. Aan de hand van de cijfers van de afgelopen tien jaar kunnen we aantonen dat interdisciplinair werken kosten bespaart."

"Als centra erin slagen een orofaciaal team in één setting te verenigen, dan creëren we de ideale situatie. Dat is absoluut mijn droom. Een zorgpad voor orofaciale pijn, begeleid door verschillende specialisten op het gebied van hoofd en hals. De patiënt met pijn in het hoofd-halsgebied meldt zich met zijn klacht, we stellen de diagnose, trekken de conclusie en stellen een behandelteam samen en een behandelplan op, en dit in één dag. Als er enkele centra in Nederland zijn die dit aanbieden, dan wordt het orofaciale zorgpad op ideale wijze ingezet."

Grace van den Dobbelsteen is communicatieadviseur en tekstschrijver in Tilburg. Ze is bereikbaar via info@dobbelsteencommunicatie.nl.

Over Sandra van Maarseveen

- **Werkzaam op het Centrum Bijzondere Tandheelkunde Vogellanden in Zwolle (voorheen Isala Klinieken)**
- **Fysiotherapeut en orofaciaal fysiotherapeut sinds 1995**
- **Psychosomatisch fysiotherapeut i.o.**
- **Tot 2010 bestuurslid van de NVOF**

Geïntegreerde zorg voor hart-, vaat- en longpatiënten

Samenwerken: voorwaarde voor goede zorg

Tijdens mijn opleiding als fysiotherapeut wist ik eigenlijk al dat ik graag in een revalidatiecentrum of ziekenhuis wilde werken: meer uitdagend, meer mensen om je heen, meer meningen, meer samenwerking en meer overleg dan in de eerste lijn. Mijn carrière verliep echter heel anders, en toch eigenlijk ook weer niet. Samenwerking liep er als een rode draad doorheen.

Tekst: Ellen Toet

Al direct na mijn afstuderen specialiseerde ik me in longaandoeningen, toen vooral astma. In opdracht van de GGD werkte ik mee aan de cursus 'Mijn kind heeft astma, wat nu?'. Daarin leerden ouders van een fysiotherapeut wat ze moesten doen bij ernstige kortademigheid van hun kind, waarom en hoe ze de medicatie moesten geven (dit deel werd verzorgd door een verpleegkundige) en ze leerden van een kinderarts wat astma precies inhield. U herkent het al: ketenzorg.

BEHANDELING OP MAAT

In 2004 werkte ik in opdracht van het Astmafonds vanuit het NPi mee aan de pilot COPDCorefit met een groep sporters van het Astmafonds. Dit was het begin van het Beweegprogramma COPD zoals we het nu kennen. Voorafgaand aan de pilot werd het hele netwerk rondom longpatiënten in kaart gebracht en vervolgens uitgenodigd: longartsen, COPD-verpleegkundigen, huisartsen, diëtisten, de patiëntenvereniging, de patiënten zelf en de longrevalidatiecentra in de regio. Het inzicht dat de behandeling op maat rondom de patiënt georganiseerd moest worden, was leidend. Dat was toen vooruitstrevend, nu is dat heel gewoon.

GEÏNTEGREERDE AANPAK

Het streven van toenmalig minister Klink om vanaf 2009 integrale zorg voor mensen met een chronische aandoening te introduceren via zorgstandaarden, gaf een enorme stimulans aan de samenwerking tussen de verschillende zorgdisciplines bij onder meer COPD, hartfalen en CVRM. Immers, de zorgstandaard COPD van de LAN 2010 stelde: 'COPD als longaandoening met systemische effecten vraagt om een geïntegreerde aanpak, waarbij ziekte-uitleg, educatie, zelfmanagement, rookstopbegeleiding, medicatiebegeleiding, (gezond) bewegen c.q.

het aanbieden van een (individueel) beweegprogramma, optimalisatie van de voedingstoestand, exacerbatiemanagement en reactivering of zelfs revalidatie een rol spelen.'

PRETTIG WERKEN

In onze regio leidde de geïntegreerde aanpak tot het project 'Samen voor COPD' vanuit de (net opgerichte) zorggroep huisartsen. Vanaf 2008 waren we als longfysiotherapeuten in de regio ook een netwerk gaan vormen. Daardoor werden we nauw betrokken bij het invullen van de beweegzorg voor deze groep patiënten. In de daaropvolgende jaren groeide het netwerk uit tot een echte zorggroep fysiotherapie met daarin de werkgroep COPD, de werkgroep DMII en onlangs de werkgroep CVRM.

En wat is dat prettig werken! Er zijn afspraken gemaakt over het delen van gegevens van de longarts, cardioloog, vaatchirurg en huisarts om aan de slag te gaan met de patiënt. Er wordt volgens dezelfde kwaliteitsnormen gewerkt binnen de groep collega's, het is makkelijk om naast het reguliere overleg ad-hoc-contact te hebben met de andere disciplines, het is duidelijk binnen de zorgketen wie wat doet, er is gezamenlijke scholing met de huisartsen, fysiotherapeuten en praktijkondersteuners, en de patiënten krijgen geïntegreerde zorg.

DELEN IN GEGEVENS

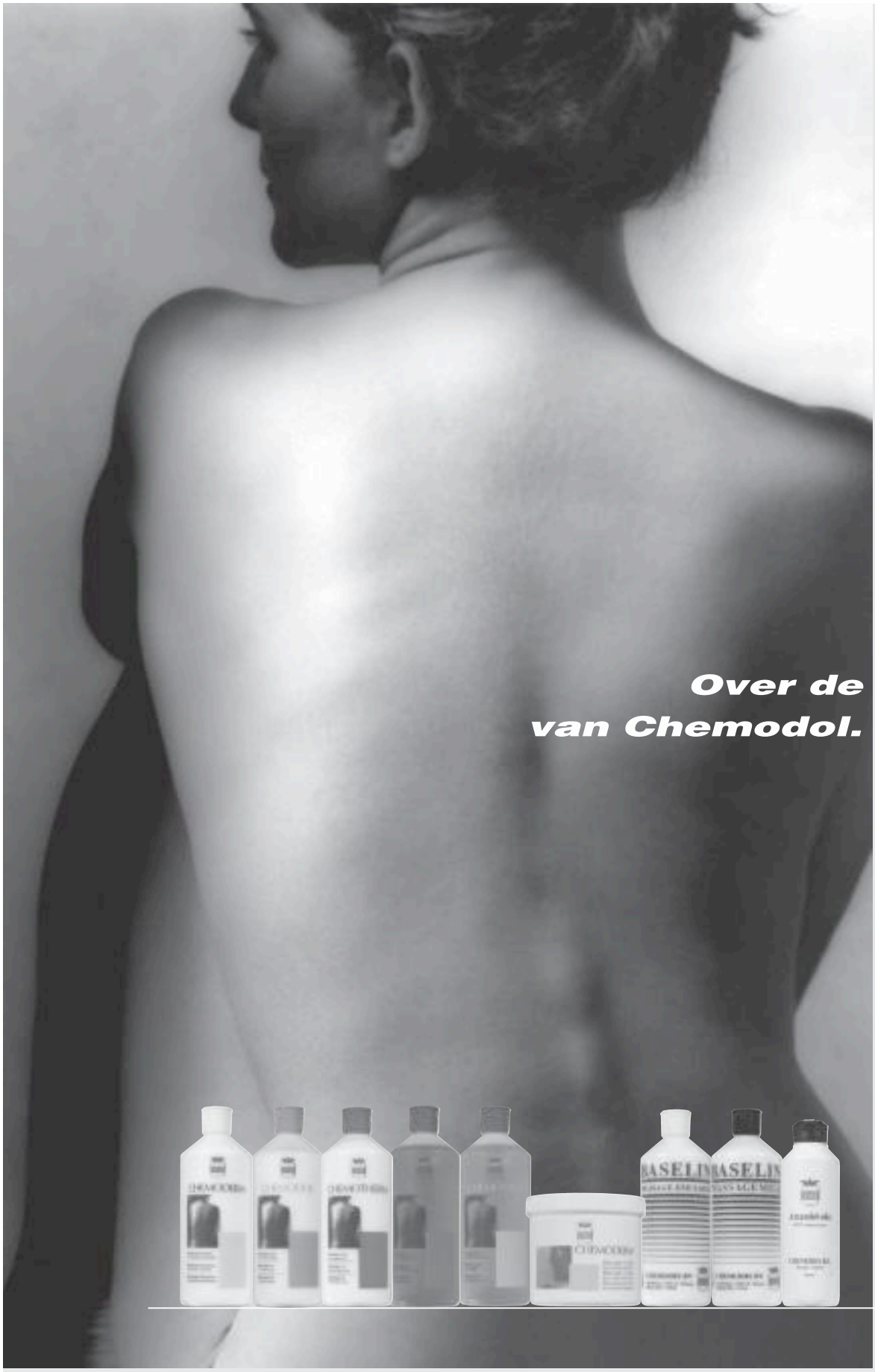
Bij de COPD-zorg wordt inmiddels gebruikgemaakt van een keteninformatiesysteem (KIS). Hierdoor hoeven patiënten slechts eenmaal de CCQ en de MRC in te vullen en kunnen zorgverleners de spirometrie- en medicatiegegevens digitaal ophalen. Na onze tests naar het fysiek functioneren, bijvoorbeeld de 6MWD en krachttests naar (perifere) ademhalingsspieren, kan de huisarts zien wat de uitslag is. Ook kunnen dankzij het KIS de resultaten na de interventie worden besproken tijdens het consult van de huisarts of de longarts. Via de zorggroep komen de vaatpatiënten in onze regio op de goede plek (lees: geschoolde fysiotherapeut) terecht waarbij er ook steeds overleg met de vaatchirurgen is over hoe de zorg verbeterd kan worden. Onlangs zijn we gestart met de CVRM-werkgroep volgens hetzelfde format.

GEÏNTEGREERDE ZORG

Op deze manier kan ik zorg leveren zoals ik zelf ook zou willen hebben: de huisarts hoort mijn klacht en controleert mijn medicatie. De praktijkondersteuner meet mijn longfunctie, adviseert me te stoppen met roken en vraagt naar mijn beweeggedrag. Hij/zij stuurt me daarna door naar een gespecialiseerde therapeut om mijn fysieke conditie en beweeggedrag te verbeteren. De therapeut stuurt me na het eerste consult naar de ergotherapeut voor eventuele aanpassingen aan mijn huis, en naar de diëtist omdat mijn spierkracht onvoldoende blijkt en ik meer kan bereiken in de training als ik ook mijn voeding aanpas. Geïntegreerde zorg dus!

Ellen Toet

Ellen Toet werkt als hart-, vaat- en longfysiotherapeut bij Lijf & Leven Fit en Fysio in Ede. Daarnaast is ze docent bij het NPi en voorzitter van RGF Groot Gelre. Ze is bereikbaar via info@lijfenleven.com.



U kent Chemodol, de hypo-allergene af-wasbare massage-olie. Maar Chemodis heeft meer massage-oliën. Zoals Chemotherm, een massage-emulsie met milde en verantwoorde warmtewerking. Het zuiver plantaardige Olivine, zonder conserveermiddelen en emulgatoren. Chemovine, speciaal voor de sterk behaarde huid.

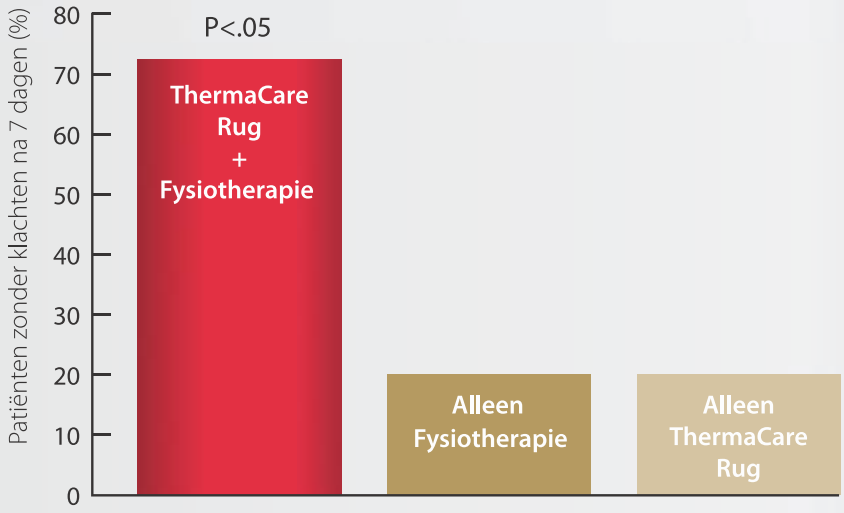
Over de rug van Chemodol.

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: 0800-chemodis (0800-24 36 63 47). 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
Fax +31 (0)72 - 512 82 14

Evidence based physiotherapy



Mayer et al., Treating Acute Low Back Pain with Continuous Low-Level Heat Wrap Therapy and/or Exercise: a Randomized Controlled Trial. The Spine Journal 2005; 395-403

ThermaCare Rug zorgt voor 8 uur diepgaande, constante warmte waardoor de bloedcirculatie verbetert en afvalstoffen worden afgevoerd. Het combineren van warmtetherapie met fysiotherapie bij patiënten met acute lage rugpijn verbetert de mobiliteit significant ten opzichte van fysiotherapie alleen.

Bestel bij disporta.nl

ThermaCare®
Zelfverwarmende kompressen

ThermaCare is een medisch hulpmiddel. Lees voor gebruik de gebruiksaanwijzing.

nederlands myofasciale pijncongres

Op zaterdag 1 november 2014 vindt het eerste Nederlandse Myofasciale Pijncongres plaats

Locatie: Universitair Medisch Centrum Groningen in De Blauwe zaal.

Myofasciale pijn is de meest voorkomende vorm van musculoskeletale pijn. Lage rug-, schouder- en nekklachten en hoofdpijn zijn hier veel voorkomende voorbeelden van. Maar ook sportblessures en postoperatieve pijn kunnen vaak geheel of gedeeltelijk myofasciaal verklaard worden.
Toch is lang niet iedereen bekend met deze vorm van 'spierpijn', de wetenschappelijke fundering en de praktische toepasbaarheid ervan. Het congres is bestemd voor medisch specialisten, huisartsen en paramedici, die meer willen weten over de huidige wetenschappelijke evidentie van myofasciale pijn.
Dit congres wil met het programma uitdagend zijn voor zowel de clinici die nog onbekend zijn met myofasciale pijn als voor de reeds ervaren behandelaar.

Keynote sprekers zijn dr. Jay Shah en dr. Jan Dommerholt

Dr. Jay Shah is arts en onderzoeker aan het National Institute of Health, een toonaangevend onderzoeksinstituut in Bethesda in de Verenigde Staten. Hij heeft baanbrekend werk verricht op het gebied van myofasciale pijn en het biochemische milieu van myofasciale triggerpoints.

Dr. Jan Dommerholt is fysiotherapeut en oprichter van Myopain Seminars in Bethesda MD, USA en heeft de meeste publicaties over myofasciale pijn op zijn naam staan. Hij zal in gaan op de wetenschappelijke evidentie van myofasciale pijn en dry needling.

Andere sprekers zijn: prof.dr. B. Cagnie, dr. C. Bron, prof.dr. G. Groen en J. Franssen

Kosten: € 225,- inclusief koffie, thee, lunch en borrel.

Accreditatie (6 punten) is toegekend door ABAN (van het KNMG) en het KNGF voor de registers algemeen practicus, manuele therapie, orofaciale therapie en sportfysiotherapie.

Meer informatie volgt op onze site www.pijncongresgroningen.nl

www.pijncongresgroningen.nl