

BEWEEGREDE

Vakblad voor Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck



JAARGANG 10, UITGAVE 4, NOVEMBER 2014

Mijn verzekeringen zijn op orde!



Dankzij de speciale arbeidsongeschiktheidsverzekering voor oefentherapeuten.

Een zeer concurrerende premie voor leden van de VvOCM.

De voordelen van deze speciale arbeidsongeschiktheidsverzekering zijn onder andere:

- Beroepsarbeidsongeschiktheid
- Gratis ongevallendeckking
- Extra aanvankskorting
- Gunstige zwangerschapsregeling
- Premiekorting in pakket met andere verzekeringen
- Verhogen zonder medische verklaring
- Premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid
- Mede tot stand gekomen door uw beroepsvereniging

Frisia Verzekeringen is uitvoerder mantelcontract VvOCM



Frisia Verzekeringen
Javastraat 1a
2585AA Den Haag

T. 070 342 01 50
F. 070 362 54 94
E. info@frisiaverzekeringen.nl
www.frisiaverzekeringen.nl



REDACTIONEEL

COLOFON

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

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

Losse abonnementen
€ 33,- per jaar

Redactie
Nanda Duin
Kitty Hueting
Annemiek van der Kamp
Evelien Seijger

Redactieadres
Ingrid de Wilt
Kaap Hoordreef 56
3563 AV UTRECHT
Tel. 030-2625627
E-mail: redactie@wvocom.nl

Advertenties
Advertentiemateriaal dient uiterlijk 1 maand voor de verschijningsdatum van het blad digitaal aangeleverd te worden.
Advertentietarieven op aanvraag. Advertenties kunnen zonder opgave van reden worden geweigerd.

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

Verschijningsdata in 2014
Februari
Mei
Augustus
November

Vormgeving
Studio Trebor

Drukwerk
Secrass

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



Van de redactie

Het einde van het jaar nadert, de contracten zijn (in mijn geval wel) getekend, cijfers worden ingeboekt en plannen voor het nieuwe jaar gemaakt. Een mooi moment om eens in m'n digitale portfolio te kijken: heb ik genoeg relevante punten, of kan er nog wel wat bij? En o ja, de nieuwe criteria vanuit het kwaliteitsregister waarover werd gesproken op de ALV, hoe zit het daarmee? Het antwoord op deze laatste vraag is te vinden in het stuk "werken aan kwaliteit met nieuwe kwaliteitscriteria". Voor mij persoonlijk een handig handvat.

Het toeval wil, dat Jolanda Wielemaker ons een stuk stuurde waarin ze haar visie en ervaring over het werken met en zonder kwaliteitscriteria en richtlijnen deelt. Een mooie combinatie om achter elkaar te lezen vonden wij.

Daarnaast hebben we het geluk dat we, naast een aantal vakverdiepende artikelen, ook weer een stuk van "iets buiten het vak" kunnen plaatsen.

En we beginnen zoals altijd met de column, de laatste uit de pen van Dr. Frits Winter. We danken hem hierbij hartelijk voor zijn inspirerende bijdragen en wensen hem veel geluk in de toekomst.

De redactie

Ideeën en reacties zijn welkom: redactie@wvocom.nl via het forum of via Twitter: @RedBeweegrede

INHOUD

- 5** **Column**
Opgebrand en uitgeblust
- 6** **Verlangen naar**
kwaliteitscriteria en meetinstrumenten
- 7** **Werken aan kwaliteit**
met nieuwe kwaliteitscriteria
- 9** **Taijiquan**
- 11** **Van de student**
Effect van balanstreining op het verbeteren van de balans en het verminderen van klachten tijdens het paardrijden
- 16** **Zwanger totaal**
- 18** **Van de werkvloer**
In contact met je patiënt, maak kennis met Transactionele Analyse
- 21** **Samenvatting lezingencyclus**
'Zorg op eigen kracht'
- 23** **MS Zorg Nederland**
wil expertise verbinden
- 26** **Imagine**
motor imagery bij chronische pijn
- 32** **Effecten van een beweegprogramma**
voor demente ouderen in het verpleeghuis op kwaliteit van leven
- 38** **Apps/websites etc.**



COLUMN

Opgebrand en uitgeblust

Auteur: Dr Frits Winter
www.fritswinter.nl

Je bent geen schaduw meer van wat je was. Je bent voortdurend uitgeput, je kunt je niet concentreren, je slaapt slecht, je bent prikkelbaar en je ziet overal als een berg tegen op. Hoe is het mogelijk?! Wie had kunnen denken dat jou dat zou kunnen overkomen?

Je bent niet de enige die denkt: dat gebeurt mij niet.

Arnold Jansen was ruim tien jaar de meest succesvolle verkoper van het bedrijf. De directeur eigenaar droeg hem op handen. Arnold werd al snel hoofd van het verkoopteam en de vertrouwensman van de grote baas. Omdat een aantal zaken niet goed liepen werd Arnold steeds meer betrokken bij de hele bedrijfsorganisatie. Zijn baas kreeg de handen vrij voor nieuwe projecten en liet steeds meer aan Arnold over. Arnold kreeg een directiefunctie en maakte ondanks de protesten van zijn vrouw, steeds langere dagen. Arnold kreeg echter last van nek-schouderpijn, vermoeidheid, slaapproblemen en plotselinge stemmingswisselingen. Op een zondagmiddag knapte er iets. Naar aanleiding van een onbenullig meningsverschil met zijn vrouw, werd hij buitensporig kwaad, barstte vervolgens in tranen uit en kon niet meer ophouden. Schrik en schaamte alom. Hij is nu maanden thuis, zwaar teleurgesteld in zijn baas, die alleen maar klaagt hoe druk het is op de zaak en steeds wil weten hoe lang het nog duurt voordat Arnold terugkomt.

Achteraf is het duidelijk wat er aan de hand is. Arnold heeft te veel op zijn nek genomen, hij draagt te veel op zijn rug. Arnold heeft steeds meer op zijn karretje gekregen en uiteindelijk is het karretje door de assen gegaan. Het karretje dat zo prima reed, kan niet meer voor of achter uit. Arnold heeft aan den lijve moeten ondervinden dat hij beschikt over een beperkte draagkracht. Als je steeds meer onder spanning komt te staan, verlies je je veerkracht. Net als bij een veer gaat de rek er dan uit en de veer kan zelfs knappen als er te hard aan getrokken wordt. Het valt niet mee een uitgerekte veer zijn veerkracht teruggeven. Als je als gevolg van langdurige overbelasting afknapt, dan is het terugkrijgen van je veerkracht een hele opgave.

Als je doodmoe bent, heb je alleen maar behoefte aan rust. Maar rust krijg je niet en rust alleen helpt niet. Je moet naar de dokter, naar de bedrijfsarts, naar de therapeut, naar de specialist, je werkgever begint te zeuren enzovoorts. Hoe langer je uit je werk bent, hoe meer je je

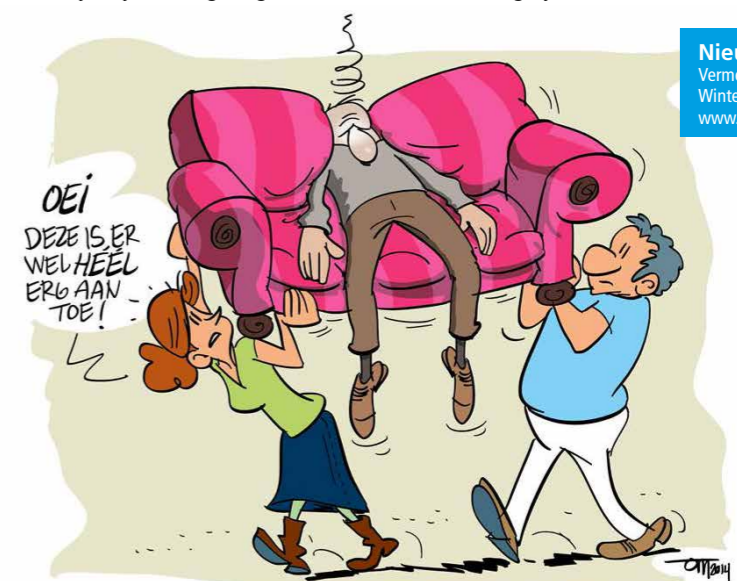
onzeker gaat voelen en hoe hoger de drempel wordt en hoe kleiner de kans op terugkeer. Je gaat één keer in de week naar een therapeut, maar dit staat vaak niet in verhouding tot de tijd die je piekerend op de bank doorbrengt. Het is een druppel op een gloeiende plaat. Bovendien valt tegen bepaalde situaties niet op te therapieën. Zolang Arnold alleen maar op de bank moe zit te wezen, is er weinig hoop. Hij heeft zich kapot gewerkt, zich onmisbaar gemaakt en nu baalt iedereen: zijn vrouw die hij langere tijd heeft verwaarloosd en nu met een uitgebluste vent zit opgescheept, zijn baas die dacht van een hoop sores af te zijn en lekker met zijn nieuwe projecten bezig wilde, krijgt nu alles met rente op zijn bordje terug. Arnold zelf, omdat hij vindt dat het leven toch wel heel erg onrechtvaardig is.

Arnold heeft een paar harde lessen te leren. Je hebt minder klachten als je iets beters hebt te doen'. Je klachten zeggen dus ook iets over je situatie en of je situatie gezond dan wel ongezond is. Klopt de noodzakelijk afwisseling van inspanning - ontspanning, fysiek - mentaal, werk - privé wel?

Anderen (doctoren, therapeuten) kunnen je niet beter maken. Alleen jij kan je omgeving en je situatie zodanig veranderen dat je langzaam maar zeker weer kunt bouwen. Wat kan je in jouw omgeving veranderen, wat

kan je in je dag- en weekprogramma veranderen, zodat je je weer beter gaat voelen? Een boom kan in de woestijn niet groeien en dat kun je die boom niet kwalijk nemen. Gezond zijn, beter worden en beter blijven vraagt een gezonde levensstijl, met uitdagingen, met rustmomenten, met warme sociale contacten, zodat het leven tegelijkertijd veilig en avontuurlijk wordt.

Arnold moet aan de slag met zijn relatie, met zijn werk en met zichzelf. Hij moet zien hoe hij het karretje weer aan het rijden krijgt. Het is belangrijk dat hij de balans opmaakt en weet wat hij wil en wat hij niet wil. Arnold wil weer lekker werken en niet meer de hele rompslomp van het bedrijf op zijn nek. Dit vraagt om een plan van aanpak en het maken van keuzes. Arnold laat de directiefunctie schieten en hij wil weer langzaam maar zeker het commerciële stuk oppakken. Hij wil de weg op en zijn relatiernetwerk nieuw leven in blazen. Hij wil privé meer tijd en aandacht besteden aan zijn vrouw, hij wil gaan sporten en hij wil zijn vrienden en zijn familie weer vaker zien. Hij leert de richtlijnen hanteren waarmee hij zijn doelen kan realiseren. Het zal tijd en moeite kosten, maar Arnold weet wat hij wil: hij wil leven en niet meer geleefd worden. Hij had niet verwacht dat met die aanpak met zijn 'wrakke lijf' nog zoveel mogelijk was. ●



Nieuw Boek:
Vermoeidheid de Baas, Dr Frits Winter, Ruitenberg Boek, Soest
www.flitswinter.nl

Werken aan kwaliteit

met nieuwe kwaliteitscriteria

Auteurs:

Claudia Bolleurs, Beleidsmedewerker kwaliteit NVD

Lucielle van den Broek-Porsius Beleidsmedewerker Kwaliteitsregister Paramedici

Een goede oefentherapeut blijft zich ontwikkelen. De kwaliteitscriteria 2015-2020 zijn hiervoor niet alleen een leidraad, maar maken het functioneren ook zichtbaar. In samenwerking met het Kwaliteitsregister Paramedici (KP) herzien en accorderen alle aangesloten paramedische beroepsverenigingen elke vijf jaar hun kwaliteitscriteria. Daarmee blijven deze criteria aansluiten op de ontwikkelingen in het veld en het kwaliteitsbeleid van de beroepsverenigingen. De kwaliteitscriteria 2015-2020 borduren voort op de huidige criteria en spelen in op ontwikkelingen binnen de zorg. Nieuw is de Individuele Professionele Ontwikkeling (IPO): het planmatig vormgeven van de eigen professionele ontwikkeling.

Jezelf blijven ontwikkelen

De beroepsbeoefenaar wordt tegenwoordig niet alleen aangesproken op de toepassing van zijn expertise. Ook belangrijk is of hij zijn professionele kwaliteiten gebruikt, ontwikkelt en blijft ontwikkelen. Verwacht wordt dat hij kritisch reflecteert op de beroepsuitoefening, verantwoordelijkheid neemt voor het behouden en ontwikkelen van de competenties die zijn gerelateerd aan zijn specifieke vakgebied en gericht acties onderneemt. De paramedische beroepsverenigingen vinden het belangrijk dat deze ontwikkeling binnen de huidige toetsingsystematiek wordt opgenomen. Ze hebben daarom met elkaar vastgesteld dat in de nieuwe kwaliteitscriteria getoetst wordt of de beroepsbeoefenaar zich continu blijft ontwikkelen. Door hierbij paramedische competenties als uitgangspunt te gebruiken, wordt het mogelijk om – bij herregistratie – het daadwerkelijke handelen inzichtelijk te maken en te toetsen.

Evaluatie huidige criteria

Bij de ontwikkeling van nieuwe criteria hecht het Kwaliteitsregister Paramedici belang aan de mening van geregistreerden en vertegenwoordigers van de beroepsgroepen. De bestaande sets kwaliteitscriteria (2005-2010 en 2010-2015) zijn daarom geëvalueerd. Uit de evaluatie van ruim 1500 respondenten kwam naar voren dat zij het merendeel van de deskundigheidsbevorderende activiteiten belangrijk vinden en dat de meeste activiteiten een bijdrage leveren aan betere zorg voor de patiënt. Een ruime meerderheid van de respondenten (ook onder de oefentherapeuten) vond dat er genoeg activiteiten zijn opgenomen in de criteria en ook dat er genoeg aanbod is van geaccrediteerde scholingen. Daarnaast gaf men aan dat men over het algemeen kon voldoen aan de kwaliteitseisen. Naast deze evaluatie heeft het bureau van de VvOCM in samenwerking met bestuur en vertegenwoordigers vanuit de diverse geledingen binnen de VvOCM, onder andere signalen in kaart gebracht over ontbrekende activiteiten en activiteiten die vragen oproepen. Ook zijn wensen voor de aankomende criteria geïnventariseerd.

De feedback is verwerkt in het concept voor de nieuwe criteria. De geplande wijzigingen zijn besproken binnen onder andere het landelijk bestuur, de platforms kinderoefentherapie en psychosomatische oefentherapie en ook tijdens de ALV van juni 2014. De VvOCM heeft de feedback vervolgens meegenomen tijdens een werkconferentie over de opzet van de nieuwe criteria met afgevaardigden van alle beroepsverenigingen.

Wat wordt anders?

Binnen de nieuwe criteria zijn enkele wijzigingen doorgevoerd. De belangrijkste is dat zichtbaar wordt hoe de paramedische beroepsbeoefenaar functioneert op verschillende competentiegebieden, en hoe hij zich hierop wil ontwikkelen.

fenaar functioneert op verschillende competentiegebieden, en hoe hij zich hierop wil ontwikkelen.

Competenties

In het beroepsprofiel staan de competenties beschreven waarover een oefentherapeut dient te beschikken. Binnen het Kwaliteitsregister Paramedici zijn competenties in kaart gebracht die voor alle negen beroepsgroepen gelden. Hierbij is gekozen om volgens het CanMEDS model (Canadian Medical Education Directions for Specialists) te werken. Centraal hierin staat de competentie vakinhoudelijk (oefentherapeutisch) handelen, met daaromheen zes competentiegebieden die daarmee samenhangen, te weten communicatie, samenwerking, kennis & wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie en professionaliteit. In de nieuwe criteria worden de zogeheten paramedische competenties gebruikt om zichtbaar te maken of de oefentherapeut zijn professionele kwaliteiten gebruikt, ontwikkelt en blijft ontwikkelen. Het beroepsprofiel van de oefentherapeut en de richtlijnen van de VvOCM blijven voor het vakinhoudelijk handelen leidend.

Wat merkt de oefentherapeut hiervan in de praktijk?

Deskundigheidsbevorderende activiteiten in het Kwaliteitsregister Paramedici dragen bij aan de ontwikkeling van de bovengenoemde zeven competentiegebieden. Scholingsaanbieders geven inmiddels bij de accreditatieaanvraag aan op welke competentiegebieden een scholing gericht is. Heeft de oefentherapeut zo'n geaccrediteerde scholing gevolgd, dan wordt automatisch in het digitale portfolio zichtbaar op welke competenties ontwikkeling heeft plaatsgevonden. Daarnaast wordt in de nieuwe criteria bij elke beschreven activiteit aangegeven op welke competentiegebieden de activiteit vooral betrekking heeft.

Individuele Professionele Ontwikkeling

Professionele ontwikkeling door het voortdurend verbeteren van kennis en vaardigheden, is essentieel voor het behouden van een hoog niveau

Verlangingen naar kwaliteitscriteria en meetinstrumenten

Een verhaal van een oefentherapeut die het beroep verlaat en overstapt naar de wereld van coachen met inzet van paarden.

Auteur: Jolanda Wielemaker

Bij welke Intercollegiale Overleggroep vallen niet regelmatig de woorden audit, meetinstrumenten en evidence based of best practice? In de 22 jaar die ik als oefentherapeut werk heb ik de start van dit alles meegemaakt. Van het advies cursussen te blijven volgen tot het verzamelen van punten voor het Kwaliteitsregister. Van het verbeteren van je cliëntgebonden registratie tot het invoeren van protocollen en richtlijnen. Van het werken in een solopraktijk naar “verplichte” samenwerking in groepspraktijken. Iedereen begrijpt dat professionalisering belangrijk is, maar toch krijg ik het idee dat het velen zwaar valt om onder deze druk trots te blijven op je werk. Om vol goede voornemens te gaan voldoen aan de telkens veranderende eisen.

Na ongeveer een jaar:

De tijd gaat snel, ik ben al bijna een jaar aan de slag als coach met inzet van paarden. Ik vond het de eerste tijd heerlijk om zonder al die regels te werken. Geen verplicht dossier aanleggen over de plannen en vorderingen van de cliënt. Maar gaandeweg ging ik me toch afvragen ‘hoe meet ik of het werkt?’. Hoe vind ik goede en betrouwbare collega's om naar door te verwijzen en mee samen te werken? Wat zet ik in mijn status over de cliënt, waarom geen begeleidingsplan opstellen zoals ik gewend was te doen? Wie durf ik allemaal te benaderen om nieuwe klandizie te krijgen? Wetenschappelijk onderzoek is nauwelijks voorhanden. De onderzoeken die gedaan zijn, hebben weinig wetenschappelijke waarde. De verwijzers van voorheen, de huisartsen en specialisten, willen naar mijn mening toch graag horen dat het effect onderzocht is. Het valt me zwaar om een andere klantenkring op te bouwen.

Samenvatting:

Wilde ik eerst heel graag het wereldje verlaten.

Wilde ik verlost zijn van de druk van audits, de macht van de veeleisende zorgverzekeraars. Had ik genoeg van evidence based practice, nu verlang ik nog wel eens terug naar de kaders en de controle. De duidelijkheid van een gedegen beroepsprofiel en kwaliteitseisen. Misschien komt dit omdat ik nog maar net begin, als startende Equine Assisted Coach (EAC) is het logisch dat je nog veel moet leren. Je hebt nog niet het trotse gevoel wat komt als je jarenlang ervaring hebt. Alles wat je hebt opgebouwd als oefentherapeut, een erkend beroep, is weinig waard als je in het alternatieve circuit gaat werken. Ik hoop in de toekomst oefentherapie te kunnen combineren met het coachen met inzet van paarden.

Conclusie:

Het is prettig om de ruimte te hebben en onder het verstikkende klimaat van de zorgverzekeraars uit te zijn, maar enige kaders en beschikbare meetinstrumenten zijn uiteindelijk, mijns inziens, onmisbaar. Je kunt wel ontsnappen aan je werkomgeving maar niet aan jezelf. Iets nieuws opbouwen

kost veel energie. Het positieve is dat je, als je de oude omgeving een jaartje helemaal loslaat, veel nieuwe inzichten krijgt en er een hoop inspiratie vrij komt. Dus als je tegen wat onzekerheid kunt dan is het absoluut aan te raden. ●



Auteur:

Jolanda Wielemaker heeft 20 jaar een solopraktijk gehad in Hellevoetsluis, waarvan 12 jaar een praktijk aan huis en 8 jaar in een pand met collega fysiotherapeuten. Zij is hier in begin 2013 mee gestopt in verband met een burn-out. In 2000 tot 2002 was zij verbonden aan het regioteam, als kwaliteitscoördinator. Op 30-jarige leeftijd is zij gestart met paardrijden. Door de omgang met paarden heeft zij veel over zichzelf geleerd. In het jaar van haar burn-out is zij op de Keulseweg een opleiding gaan volgen tot Equine Assisted Coach. In oktober 2013 was haar nieuwe bedrijf een feit. SLB-Coaching, Samenspel, Leiderschap en Beweging. Hier begeleidt zij mensen uit de zorg en het onderwijs die kampen met overbelastingklachten en levensvragen. Daarnaast verzorgt zij teambuilding sessies in de zorg en het bedrijfsleven.



van vakbekwaamheid. Het is een cyclisch proces dat is gericht op de eigen professionele ontwikkeling. In de kwaliteitscriteria 2015-2020 gaat dit proces Individuele Professionele Ontwikkeling (IPO) heten. Het bestaat uit vier fasen:

1. Reflecteren en analyseren
2. Doelen stellen en plannen
3. Uitvoeren en blijven reflecteren
4. Evalueren en beoordelen.

Hoe werkt IPO in de praktijk?

Naast het reflecteren staat in fase 1 feedback vragen aan anderen centraal. Het vertrekpunt is: nadenken over de eigen (vak)bekwaamheid en de huidige en toekomstige beroepsuitoefening en overdenken wat de eigen ontwikkelingsbehoeften en ambities zijn. De oefentherapeut staat daarvoor stil bij het oefentherapeutisch handelen aan de hand van de paramedische competenties (zelfreflectie).

Uit de literatuur blijkt dat er een discrepantie bestaat tussen zelfreflectie en externe metingen van competenties. Men kan zichzelf immers over- of onderschatten. Voor meer betrouwbare gegevens vraagt de oefentherapeut daarom input/feedback over de paramedische competenties aan anderen. Dat kunnen collega's, andere beroepsbeoefenaren, verwijzers en patiënten zijn. Dit is een cruciaal onderdeel bij het reflecteren en daarmee vormgeven van de eigen professionele ontwikkeling. Ter afronding van de eerste fase vergelijkt de oefentherapeut de eigen reflectie met de verkregen feedback en analyseert de uitkomsten. Dit wordt vastgelegd in een reflectieverslag.

Op basis van de analyse en de richting waarin de oefentherapeut zich wil ontwikkelen, bepaalt de oefentherapeut in fase 2 doelen en stelt de te bereiken resultaten vast. Dit wordt vastgelegd in een ontwikkelplan. De oefentherapeut benoemt daarin ook passende scholingen en 'overige activiteiten' die een bijdrage leveren aan de persoonlijke ontwikkeling en het behalen van de gestelde doelen. Hiermee heeft oefentherapeut fase 2 doorlopen. Tijdens fase 3 voert de oefentherapeut het plan uit en neemt deel aan de geplande activiteiten en scholingen én neemt met enige regelmaat bewust tijd om vast te stellen wat de uitgevoerde activiteiten tot nu toe hebben opgeleverd en wat nog niet. Deze tussentijdse reflectie geeft input voor fase 4. Centraal in fase 4 staan het beoordelen van de opbrengst en het effect van de uitgevoerde activiteiten en het beoordelen of de doelen bereikt zijn. Om dit aantoonbaar te maken, legt de oefentherapeut de uitkomst vast in een evaluatieverslag. Na de evaluatie is het logisch om te bekijken welke nieuwe ontwikkelingsbehoeften er zijn. Dan begint de cyclus opnieuw.

Binnen de kwaliteitscriteria 2015-2020 wordt verwacht dat de oefentherapeut minimaal het eigen professioneel handelen analyseert aan de hand van de competenties. Met andere woorden: dat hij IPO-fase 1 doorloopt. Dit levert 10 geaccrediteerde punten op in de categorie 'overige deskundigheidsbevorderende activiteiten'. De oefentherapeut bepaalt zelf welk reflectie- en feedbackinstrument hij daarvoor gebruikt. Online komt een 'multisource' feedbackinstrument beschikbaar: een instrument met vragenlijsten over de verschillende competenties voor paramedici, collega's, verwijzers en patiënten. De ingevulde vragenlijsten worden automatisch verwerkt en alléén voor de geregistreerde zichtbaar gemaakt in het portfolio. Kiest een oefentherapeut een eigen instrument, dan moet dat voldoen aan enkele voorwaarden. Het moet bijvoorbeeld gericht zijn op vakbekwaamheid en beroepsuitoefening. Daarnaast moet er reflectie en feedback zijn op competentieniveau. Zodra de oefentherapeut de activiteit 'Reflecteren

en analyseren' toevoegt aan het digitale portfolio, vindt toetsing plaats. Bij de nieuwe criteria komen ook formats beschikbaar die behulpzaam zijn bij het vormgeven van de eigen professionele ontwikkeling (zoals een ontwikkelplan en evaluatieverslag).

Met het IPO heeft de oefentherapeut een handvat om zijn eigen functiëren inzichtelijk te maken en vervolgens planmatig en doelgericht de eigen professionele ontwikkeling vorm te geven. Door te voldoen aan de kwaliteitscriteria 2015-2020 laat de oefentherapeut zien dat hij het vormgeven van de eigen professionele ontwikkeling serieus neemt en verantwoordelijkheid neemt voor en investeert in de kwaliteit van haar beroepsuitoefening.

Overige activiteiten

Tijdens de evaluatieronde zijn er voorbeelden genoemd van andere overige deskundigheidsbevorderende activiteiten. Enkele daarvan zijn opgenomen in de nieuwe criteria:

- 'Journal club', waarbij het op een methodische wijze lezen, analyseren en beoordelen van literatuur centraal staat. Voor de oefentherapeuten staat deze activiteit beter bekend als het lezen van een wetenschappelijk artikel in het Intercollegiaal Overleg (IO)
- 'Collegiale consultatie', een vorm van begeleiding waarbij collega's elkaar wederzijds helpen bij het uitbreiden van hun professionaliteit
- 'Meten behandelresultaten'

Bij diverse bestaande en nieuwe activiteiten komen formats beschikbaar als hulp bij het uitvoeren van de activiteiten.

De criteria zijn door het bestuur van het kwaliteitsregister paramedici vastgesteld op 10 juli 2014. De beroepsverenigingen zullen op hun beurt de criteria tijdens de ALV (algemene ledenvergadering) voorleggen aan de leden. De VvOCM zal de criteria ter goedkeuring voorgelegd tijdens de ALV van 26 november 2014.

Wanneer zijn de criteria 2015-2020 van toepassing?

Bij herregistratie wordt getoetst over de periode van de afgelopen vijf jaar. De startdatum van deze periode bepaalt welke criteria bij herregistratie van toepassing zijn. Veel oefentherapeuten die momenteel herregistratie aanvragen zullen nog worden getoetst aan de criteria 2005-2010. Voor hen geldt dat zij de eerstvolgende herregistratie getoetst zullen worden aan de criteria 2010-2015. Pas bij de daarop volgende herregistratie zal dan getoetst worden aan de nieuwe criteria 2015-2020. Dat betekent dat de eerste oefentherapeuten die met de nieuwe criteria te maken krijgen, de oefentherapeuten zijn van wie bij herregistratie de startdatum van de periode na 1 juli 2015 ligt. En per saldo dus ook de studenten die afstuderen vanaf 1 juli 2015.

Wanneer u twijfelt en wilt weten aan welke criteria u bij uw eerstvolgende herregistratie getoetst zult worden, kijk dan in uw portfolio. Daar is altijd te zien welke criteria voor u op dit moment van belang zijn en wordt daarmee duidelijk welke eisen voor u gelden. ●

info@kwaliteitsregisterparamedici.nl

Meer informatie over de kwaliteitscriteria is te vinden op <http://www.vvocm.nl/Lid/KwaliteitOpleiding/Kwaliteitsregister.aspx>

Taijiquan

ondersteunend in bewegingsmethodieken

Auteur: Christel Groenier

Taijiquan als Chinese bewegingsleer en martial art, toegepast binnen revalidatie. Een waardevol concept voor het opbouwen van lichaamsbewustzijn, zelfvertrouwen en zelfredzaamheid. Een uitdaging voor (bewegings)therapeuten en voor docenten Taijiquan!

Taijiquan in de bewegings-therapeutische praktijk

Werkend als ergotherapeute in diverse settings, gericht op het terug-begeleiden naar zelfredzaamheid van mensen met een verworven handicap, kwam ik in 1993 in aanraking met Taijiquan. Ik ben deze bewegingsvorm gaan beoefenen, naast een opleiding TCM (Traditional Chinese Medicine). Van hieruit vloeiden oosterse en westerse kennis over bewegingsleer in elkaar over.

Dit resulteerde in het gebruik van de principes van Taijiquan in mijn werkwijze. De werkwijze werd opgepakt binnen het revalidatiecentrum waar ik werkzaam ben. Er zijn sinds 2006 drie groepen waarin Taijiquan als onderdeel van het revalidatieproces wordt aangeboden. Mijn visie: effectief en ontspannen bewegen is een ontdekkingstocht in je eigen lijf én van je lijf in zijn omgeving.

Ik wil anderen graag inspireren om deze methode op eigen manier in eigen werkzaamheden toe te passen. Het is een schatkist aan mogelijkheden voor verbreding en verdieping van de westerse basiskennis in bewegen.

Wat is Taijiquan?

Taijiquan is een Chinese verdedigingsport, een martial art. Deze is gegrond op bewegen vanuit ontspanning en het steeds in balans zijn in plaats van de balans te "houden"; mentale rust en ontspannen, ruime aandacht vormen hierbij een essentieel onderdeel.

Taijiquan gaat over het leven aangaan in al zijn facetten, met zoveel mogelijk souplesse, met zo min mogelijk strijd.



Deze aspecten worden binnen Taijiquan continu getraind, in individueel bewegen maar ook in interactief oefenen. Ook zijn er momenten om te "sparren": aandacht, rust en balans te meten aan elkaar. Deze elementen maken Taijiquan bij uitstek geschikt om mensen van allerlei leeftijden te leren en te laten ervaren, dat we ontspannen in het leven kunnen staan en veel minder fysieke kracht nodig hebben dan we denken. Doordat "gronden" en "eigen kracht ervaren" centraal staan, ervaren deelnemers een versteviging van hun gevoel van zelfvertrouwen. Taijiquan gaat uit van natuurlijk bewegen, zoals een dier dat spontaan doet. Het is een ontdekkingstocht, terug naar ons eigen natuurlijk bewegen. De bewegingscomponenten grijpen terug op een goede uitlijning van het gehele lichaam en op het bewegen vanuit ons centrum, onze centrale as. Het behouden van stabiliteit wordt hiermee eenvoudiger en herkenbaarder. Binnen Taijiquan zoeken we steeds naar het zo licht mogelijk bewegen, met zo min mogelijk inspanning een zo goed mogelijk effect bereiken.

En dit sluit naadloos aan op het ergonomisch handelen wat we in bewegingstherapieën / bewegingsonderwijs voorstaan.

Wanneer je in de basis optimaal staat uitgelijnd, ervaar je al snel dat het staan geen kracht kost en kan je dat veel langer (op een ontspannen manier) doen. Voeten heupbreed, een stuit die je laat hangen, de wervels opgestapeld tot in de kruin of liever het fontanelpunt (Bai Hui). Het gewicht in je voeten laten vallen terwijl je goed staat uitgelijnd, geeft een reactie-kracht-lijn recht omhoog. Dit is ook te zien wanneer je een stuiterballetje laat vallen; zonder kracht mee te geven stuitert het recht omhoog terug.

Taijiquan en ergotherapie

In het proces van therapeutische begeleiding staan onafhankelijkheid en participatie van de cliënt centraal. Met therapeutisch bedoel ik het meekijken met een persoon en hem/haar coachen in het (her)vinden van eigen mogelijkheden.

We werken er als therapeuten naar toe dat de cliënt met creativiteit, inzicht en zelfvertrouwen met zijn mogelijkheden om kan gaan en deze verder kan ontwikkelen.

Het kennen van je eigenheid is voor elk persoon essentieel, om dat wat hem wordt aangereikt ook daadwerkelijk te kunnen gebruiken.



Taijiquan

ondersteunend in bewegingsmethodieken

lichaamsoefening. Door de aanraking bemerk je, heel zuiver, wanneer je écht in balans bent en wanneer je feitelijk nog hard staat te werken om in balans te

Taijiquan, als verdedigingssport, sensomotorische en aandachtstraining, ondersteunt dit proces op een directe, praktische manier. Het leert ons om ontspannen en bewust in het leven te staan, waardoor het therapeutische interventies helpt te bekliven. Taijiquan gaat over het leven aangaan in al zijn facetten, met zoveel mogelijk souplesse, met zo min mogelijk strijd. Het is dus voor iedereen toepasbaar.

Taijiquan biedt ons als bewegingstherapeuten een breed scala aan mogelijkheden om op een speelse, interactieve, bewuste wijze de cliënt te begeleiden in het eigen maken van een effectieve bewegings- en leefstijl, waarbij je eigen werkwijze intact blijft (feitelijk: verdiept).

Optimaal staan geeft enorme voordelen wanneer je een handicap hebt en alles meer energie kost. Door meer bewust te worden van wáár de beweging vandaan komt, wáár je kracht zit/begint, word je je ook bewust van de eigen mogelijkheden. Ditzelfde mechanisme is toepasbaar in het zitten. Laat dan je gewicht in je bekken vallen (dit werkt natuurlijk ook positief wanneer je "niks mankeert").

Vanuit deze gecentreerdheid kan effectief vanuit rotatie worden bewogen, zonder moeite. Sterker nog, deze rotatie lévert kracht. Dit ontdekte een zeer verbaasde oud-polio-patient. Hij was eraan gewend dat hij half uit zijn rolstoel kiepte als hij ergens naar reikte. Met bewegen vanuit deze opbouw kon hij veel vrijer bewegen en was zijn reikwijdte toegenomen. Als het zó duidelijk is voor je, kost het ook geen moeite om het toe te passen...

In het revalidatiecentrum ondersteunen we (4 therapeuten uit verschillende disciplines) de lessen wel met beeldmateriaal en eventueel een DVD om thuis verder mee te oefenen, maar grotendeels is het "veel spelen met de principes" vanuit doen en kijken in en naar jezelf.

Net als in alle bewegingsmethodieken maakt ook Taijiquan gebruik van oefeningen. Veel doe je zonder een ander aan te raken, in een rustige, ontspannen flow. Soms met hieruit ontstane kracht.

Voor mij zit erg veel meerwaarde in het spelen van Taijiquan, het in contact zijn met de ander. Door het zachte en ontdekkende contact wat in Taijiquan getraind wordt, is het meer dan een

blijven. "Aan de ander meet ik mezelf". In het zachte contact wordt ook de term "klevan" gekoppeld, bij meer spieren en uitdagen wordt de term "pushing hands" gebruikt. Doordat je in het spel allebei aan het ontdekken bent, is er ook een gelijkwaardigheid. Ik krijg van mensen uit de groepen terug dat ze dit het prettigste onderdeel vinden. Met name bij Parkinsonpatiënten hoor ik dit veel. Het wordt ook als een prettige tijdsbesteding ervaren om het met een/hun partner te doen. Het is een andere manier van elkaar ontmoeten. Over bewegen moet je eigenlijk niet praten, maar het doen. Hopelijk heb ik jullie nieuwsgierig gemaakt.

Ervaringen

Ik wil jullie nog graag een aantal quotes meegeven van de mensen waar ik mee werk in het therapeutische vlak.

- *Met toepassen van de Taijiprincipes durf/kan ik weer op blote voeten door de badkamer lopen.*
- *Het was bijzonder om te "klevan" (in zacht contact te volgen) met iemand die een andere beperking heeft. Dat geeft mij een heel ander inzicht over mijn eigen mogelijkheden.*
- *Als ik me omdraai om wat te pakken, val ik zowat uit mijn rolstoel; nu ik me bewust ben van mijn "centrum" kan ik het wel zelf én heb ik ook kracht.*
- *Ik krijg die zware schuifdeur nu wel open, door de klink ontspannen vast te pakken en dan gewoon mijn gewicht te verplaatsen.*
- *Ik heb heel snel meer zelfvertrouwen gekregen door Taiji, doordat ik aangesproken wordt op hoe ik mijn lichaam en bewegen voel.*
- *Ik heb leren spelen met mijn mogelijkheden, dat is op zich ontspannend.*
- *Ik kan me beter concentreren op wat ik aan het doen ben.*
- *Bij bezoek aan de stad of een evenement raak ik heel snel overprikkeld; ik ben me hier nu eerder van bewust en kan me dan direct en voldoende afschermen door een kleine oefening met gerichte aandacht of een ademtechniek.*
- *Ik merk in de herhaling van de Taijivorm*

hoeveel ik in mijn gehele functioneren vooruit ben gegaan.

- *Door de ontspannende werking van Taijiquan heb ik nu geen pijnklachten meer in mijn nek en schouders.*
- *Door de basisstap te gebruiken bij het openen van een la of kastje, kan ik gemakkelijker in de la of kast kijken zonder mijn nek te overbelasten.*
- *Dit levert me zóveel op... waarom heeft niemand me dit ooit eerder verteld?*

Voor mij is Taijiquan een verrijking in de uitoefening van mijn vak. Er is veel aansluiting met methodes die ik als ergotherapeute al gebruik. Mensen pakken instructies makkelijker en veel sneller op door het speelse karakter van Taijiquan en ik ervaar zelf ook meer creativiteit en speelsheid in mijn benadering en instructie. De souplesse die in Taijiquan wordt getraind vertaalt zich door naar de dagelijkse praktijk. Omdat het als uitdagend wordt ervaren blijft het mensen ook boeien, wanneer er een basisinteresse is. Ik geef aan het eerst twee a drie keer een uur te proberen, om te zien of het aanspreekt. Bij de eerste keer blijkt dat deze manier van bewegen en benadering voor velen even wennen is. Vaak is er de feedback dat er altijd wel enige principes blijven hangen in de dagelijkse praktijk. Vaak ook gaan mensen in de eigen woonomgeving verder. Informatie hieromtrent is te vinden bij de Stichting Taijiquan Nederland (STN) of in regionale kranten. In 2012 is "Ergo-Taiji" gestart, een trainingscentrum voor bewegingstherapeuten en bewegingsdocenten om effectief met de principes van Taijiquan te werken met mensen met of zonder handicap, zowel in trainingssituaties als voor tijdsbesteding of sport. Ook is het mogelijk om een coachingstraject te doen, waarin het bewegen geïntensiveerd wordt. Taijiquan is een waardevol concept voor het opbouwen van lichaamsbewustzijn, zelfvertrouwen en zelfredzaamheid. Een toevoeging én een uitdaging voor bewegingstherapeuten en -docenten. Taijiquan is een ontdekkingstocht, met vooral veel plezier. Welkom aan een ieder die mee wil! Hiermee hoop ik jullie geïnspireerd te hebben voor het gebruik van Taijiquan in bewegingstherapie.

Voor informatie en vragen kun je terecht op www.ergo-taiji.nl ●

VAN DE STUDENT



Effect van balansttraining

op het verbeteren van de balans en het verminderen van klachten tijdens het paardrijden

een gecontroleerde studie

Auteurs:

Ellen Veenhuizen, studentnummer 1526780, Oefentherapeut Cesar, Utrecht, Juni 2014

Begeleider: Johannes Noordstar Hogeschool Utrecht Beroepsinnovatie

Paardrijden is een sport met een laag risico op blessures. Daar staat echter tegenover dat de blessures die tijdens het paardrijden voorkomen vaak ernstig zijn. Het aantal Spoed Eisende Hulp (SEH-) behandelingen is dan ook relatief hoog (9.900 in 2012), evenals het aantal acute ziekenhuisopnamen. In 2012 werd 17% van alle slachtoffers na behandeling op de SEH-afdeling vervolgens in het ziekenhuis opgenomen. Dit aantal is aanmerkelijk hoger dan het aantal opnames na een gemiddelde sportblessure. Jaarlijks overlijdt gemiddeld tenminste één ruiter tijdens de sportbeoefening. Sinds 2005 lijkt het aantal SEH-behandelingen voor een paardensportblessure na lange tijd weer toe te nemen (LetseL Informatie Systeem 2012/ 1986-2012).

Meer dan twee derde van de blessures wordt veroorzaakt doordat een ruiter van het paard valt. Opvallend is het grote aandeel blessures aan hoofd en romp, in het bijzonder het grote aantal ernstige blessures aan de wervelkolom (Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek [TNO] (2008); Sandiford et al., 2013; Triantafyllopoulos et al., 2013). In de literatuur is onderzocht of blessures te voorkomen zijn met een veiligheidsvest en/of een helm. Een veiligheidsvest (body protector), dat steeds populairder wordt, blijkt echter weinig rugblessures te kunnen voorkomen (Hessler et al., 2011). Ook door het gebruik van een helm neemt het aantal blessures in de paardensport niet significant af (Püschel et al., 2012).

Een andere mogelijke voorspeller om een blessure op te lopen is de fitheid van de ruiter. Binnen de ruitersport is het algemeen bekend dat een ruiter mentaal geduldig, duidelijk, fysiek sterk en soepel moet zijn. Verkrampingen (mentaal en fysiek) zullen leiden tot een onbalans. Zowel

de ruiter als het paard bewegen hierdoor anders dan gewenst, wat frustraties op kan leveren bij zowel ruiter als paard. Het paard zal dan vaak reageren met ongewenst gedrag, zoals versnellen of bokken, wat tot onveilige situaties kan leiden. Onderzoek toont aan dat ruiters met ervaring en een ruitersdiploma minder vaak blessures krijgen (Hasler et al., 2011). In de ruitersport is ruitersfitness de laatste jaren populair. Door de fitnessstrainers wordt vaak aangegeven dat de ruiter een meer stabiele zit zal ontwikkelen. De relatie tussen training en paardrijden is echter niet onderzocht. Ook voor oefentherapeuten die werkzaam zijn met ruiters met lichamelijke klachten is het relevant om te weten of training van de balans zinvol is voor een meer stabiele zit op het paard.

Rompbalans

Een belangrijk onderdeel van het paardrijden is de rompbalans van de ruiter. Het reguleren van de rompbalans is een combinatie van sensorische

Effect van balanstraining

op het verbeteren van de balans en het verminderen van klachten tijdens het paardrijden

en motorische processen, en is afhankelijk van het visuele-, vestibulaire en neuromusculaire systeem. Hiervoor is onder meer een goed spier- en gewrichtsgevoel nodig (proprioceptie), waardoor bewust en onbewust de stand en bewegingen van spieren en gewrichten kunnen worden waargenomen. Onderzoek laat zien dat het specifiek trainen van de rompbalans bij volwassenen leidt tot een verbetering van de rompbalans tijdens een activiteit (Gruber et al., 2007). Bij stabiliteitstraining van onder andere de knie is er een significante verbetering gemeten in de proprioceptie van de knie (Cuğ et al., 2012). Deze studies zijn bij zowel recreatiesporters als atleten gedaan. Emery et al. (2005) heeft een significante vermindering van het aantal blessures gevonden door balanstraining bij atleten uit diverse takken van sport. Interessant is het onderzoek van Resch et al. (2011), waarin is gevonden dat bij het gelijktijdig aanbieden van een balansopdracht en een cognitieve opdracht, het handhaven van de balans de prioriteit krijgt boven het uitvoeren van de cognitieve opdracht. Ook bij paardrijden is er altijd sprake van een dergelijke duale taak. Het lijkt daarom zinvol om de rompbalans zo optimaal mogelijk te ontwikkelen om de kwaliteit van paardrijden te kunnen verbeteren, en daarmee mogelijk het aantal blessures te doen afnemen.

Binnen de balanstraining is het belangrijk dat de ruiter de juiste spieren goed leert aan- en ontspannen. Met name de rompspieren zijn hierbij belangrijk (alle buikspieren, rugstrekken, Mm. Quadratus lumborum, mm Lattissimus dorsi en mm Psoas). Versterking van de heupspiers geeft daarnaast een vergroting van de functionele rompstabiliteit (McGill et al., 2010). Sporters zonder klachten zijn duidelijk sterker in de heupspiers (Leetun et al., 2004). Rugklachten komen in de ruitersport regelmatig voor (Sandiford et al., 2013). Het is aannemelijk dat ruiters klachten krijgen wanneer de romp niet voldoende in balans is. Bij patiënten met lage rugklachten is gemeten, dat door balanstraining de rompstabiliteit verbetert en de rugklachten verminderden (Moon et al., 2013). Opvallend is dat weinig studies functionele metingen verrichten. Het toepassen van de meting van balans tijdens de uitvoering van de sport wordt vrijwel nergens gedaan. Het antwoord krijgen op de vraag: "geeft balanstraining functioneel een verbetering?" zou centraal moeten staan. De complexiteit om dit te meten zou hier de oorzaak van kunnen zijn.

Juist in de paardensport is het evident dat onderzocht wordt of door rompbalanstraining de ruiter in een meer stabiele zit blijft en daardoor mogelijk een lager risico heeft op een val van het paard. Daarom is de volgende onderzoeksvraag opgesteld:

Onderzoeksvraag

Wat is het effect van balanstraining zonder paard op de balans en op klachten tijdens het paardrijden van volwassen ruiters in vergelijking met volwassen ruiters die geen gerichte training volgen?

Daarnaast wordt onderzocht of: 1) er een relatie is tussen de balans en de bewegingsuitslag, en 2) er een relatie is tussen de balans en de klachten.

Methode

Studie design

Voor de studie naar het effect van balanstraining bij ruiters is gekozen om een interventiegroep te vergelijken met een controlegroep. Op deze manier kan worden uitgesloten dat een waargenomen effect niet te wijten is aan spontane veranderingen.

Procedure

Via (met name) sociale media is ruiters gevraagd om mee te doen aan de studie. In totaal hebben 22 ruiters meegedaan aan het onderzoek. Bij aanmelding is gevraagd of ze in de interventiegroep of in de controlegroep wilden. Het totaal aantal ruiters in de interventiegroep kwam hiermee op 12 en het aantal ruiters in de controlegroep op 10. Bij aanvang van de studie waren beide groepen vergelijkbaar op alle uitkomstmaten. Alle ruiters hebben een T0 test gedaan die bestond uit: 1) Vragenlijst (zie bijlage), 2) Meting op een Sensbalance Therapy Cushion en 3) Meting van de tijd dat een ruiter kan paardrijden in de verlichte zit.

In- en exclusiecriteria:

Minimaal 2 keer per maand paardrijden

Volwassen leeftijd (18 jaar of ouder)

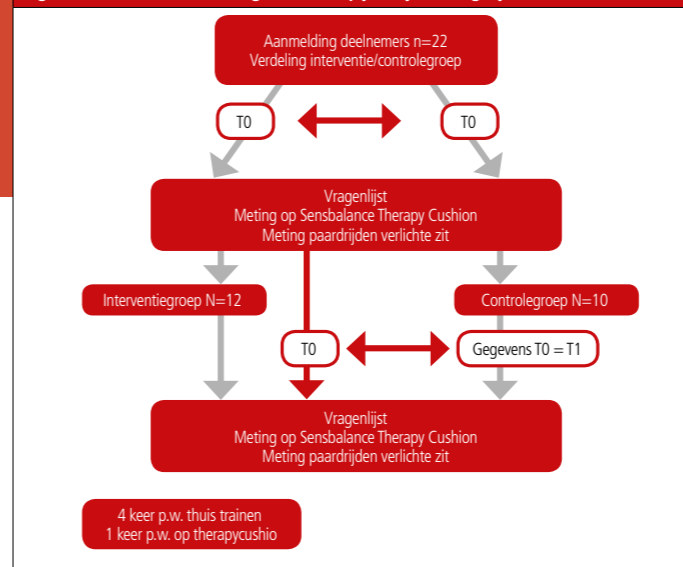
Meetinstrumenten

Vragenlijst

Om te inventariseren hoeveel lichamelijke klachten de ruiters hadden, hoeveel invloed dit had op het paardrijden en te meten wat het zelfbeeld van de ruiters over hun balans is, is gebruik gemaakt van een vragenlijst. Om de gegevens over de klachten en het zelfbeeld van de balans in kaart te brengen is in de vragenlijst gebruik gemaakt van de Visueel Analoge Schaal (VAS). De VAS is een psychometrisch meetinstrument bestaande uit een rechte lijn van 100 millimeter met aan beide uitersten twee tegenovergestelde beweringen. De schaal loopt van 0-100, waarbij 0 staat voor "geen pijn/ klachten" en 100 staat voor "de grootst mogelijke pijn/ klacht die ik me kan voorstellen". Er wordt gevraagd om een punt op de rechte lijn te kiezen die overeenkomt met de beleving van de pijn/ klacht. De score is de afstand in millimeters van nul tot aan het door de patiënt geplaatste streepje. Een VAS-schaal heeft een acceptabele validiteit en een goede betrouwbaarheid bij individuele patiënten (Sim et al., 1997). Een daling van 13 millimeter op de totaalscore wordt gezien als een klinisch relevante vooruitgang.

De vragen van de vragenlijst: **1.** Hoe lang rijd je paard? **2.** Hoe beoordeel je jouw balans op het paard op dit moment? (VAS score: zeer goed-zeer slecht) **3.** Heb je op dit moment lichamelijke klachten? Locatie van klachten kon worden aangegeven op een afbeelding. **4.** In hoeverre is deze klacht beperkend in het dagelijks leven? (VAS score: niet beperkend - zeer beper-

Figuur 1: flowchart studie design. De dikke pijlen zijn de vergelijkende testen.



kend) **5.** In hoeverre is deze klacht beperkend tijdens het paardrijden? (VAS score: niet beperkend - zeer beperkend) **6.** Ruimte voor opmerkingen.

Sensbalance therapy cushion

Het Sensbalance Therapy Cushion van SensaMove is een van sensoren voorzien balanskussen, dat via een USB kabel aangesloten wordt op een laptop. Via het beeldscherm krijgt de gebruiker visuele feedback over de uitgevoerde bewegingen van bekken en lage rug. Met de Meet-Analyse & Rapportage Software (BMS) worden verschillende aspecten van balansgedrag in kaart gebracht. Gedurende korte protocollen worden automatisch de bewegingen geregistreerd en geanalyseerd. Omdat dit een relatief nieuwe onderzoeksmiddel is, kan er nog niets worden gezegd over validiteit en betrouwbaarheid.

Onderzocht voor deze studie zijn: Range of Motion (ROM), Statische Balans en Dynamische Balans in de vorm van proprioceptie en reactie. ROM: bewegingsuitslag door bekkenkantelingen. Proprioceptie: door middel van bekkenbewegingen moet een doel bereikt worden op een beeldscherm. In deze opdracht gebeurt dat zonder de visuele ondersteuning van een bewegend stipje. Hoekverschil is de bewegingsrichting, afstandsverschil is de afstand tot het te bereiken doel. Reactietijd is de tijd dat er gestart wordt na het verschijnen van het doel, bewegingstijd is de tijd die nodig is om het doel te bereiken. ROM en proprioceptie is gemeten in graden, reactie in seconden.

Verlichte zit

De verlichte zit is de houding die een ruiter normaal gesproken aanneemt bij het springen. Deze houding zorgt ervoor dat het paard zo min mogelijk last heeft van de ruiter tijdens de sprong. De ruiter gaat ietwat staan in de beugels, klemt de knieën tegen het zadel en brengt zijn bovenlichaam iets naar voren. De ruiter heeft met het bekken geen contact meer met het zadel en moet de balans bewaren op het bewegend paard.

De test is afgenomen in draf en galop, zowel linksom (het paard loopt tegen de klokrichting in) als rechtsom (met de klok mee). De maximaal haalbare tijd was 60 seconden. Voor dit onderzoek werd het aantal seconden gemeten dat de ruiter in verlichte zit kon blijven. Zodra de ruiter met het bekken of de handen contact maakte met het paard, werd de tijd stopgezet.

Interventie

Na de starttest (T0) heeft de interventiegroep vier weken interventie ontvangen en is daarna opnieuw op dezelfde wijze getest (T1). De controlegroep heeft alleen de T0 gedaan. Deze ruiters hebben geen gerichte training ontvangen. Zie figuur 1.

De interventiegroep heeft na de eerste test (T0) vier weken gerichte balanstraining gevolgd. Deze interventie bestond uit: gedurende vier weken vier keer per week ongeveer 10 minuten thuis oefeningen doen. Deze

Groep	< 30 jaar	30-40 jaar	>40 jaar	Onbekend	Klachten	Eigen paard	Geen eigen paard	totaal
Interventiegroep	8	2	2	0	6	11	1	12
controlegroep	4	3	2	1	6	8	2	10

Tabel 2. Vooruitgang totale populatie.

	Totale populatie Gemiddelde score (SD) (n=22) T0	Totale populatie Gemiddelde score (SD) (n=22) T1	Verskil	Significantie
Zelfbeeld Balans (1)	47,50 (19,83)	32,81 (15,78)	14,69	.080*
Score beperking door klachten bij paardrijden (1)	18,50 (22,33)	12,74 (17,77)	5,76	.140*
Verlichte zit in draf linksom (2)	49,45 (14,39)	54,14 (9,30)	4,69	.004*
Verlichte zit in draf rechtsom (2)	42,45 (19,04)	52,23 (13,74)	9,78	.004*
Verlichte zit in galop linksom (2)	42,95 (19,88)	50,91 (17,88)	7,96	.228*
Verlichte zit in galop rechtsom (2)	39,95 (22,40)	50,64 (18,18)	10,69	.140*
ROM voor (3)	12,01 (3,60)	14,25 (3,59)	2,24	.381*
ROM achter (3)	10,47 (5,46)	10,69 (4,35)	0,22	.872*
ROM links (3)	15,37 (5,04)	16,51 (4,76)	1,14	.674*
ROM rechts (3)	15,20 (3,75)	16,72 (3,80)	1,52	.872*
Proprioceptie hoekverschil (3)	6,51 (3,94)	6,10 (4,09)	0,41	.582*
Proprioceptie afstandsverschil (3)	1,35 (0,64)	1,19 (0,60)	0,16	.025*
Reactietijd (4)	1,10 (0,21)	1,13 (0,32)	0,03	.381*
Reactie bewegingstijd (4)	2,01 (0,38)	2,04 (0,47)	0,03	.283*

1. Gemeten met een VAS score 0-100 mm. 2. Gemeten in seconden. 3. Gemeten op het sensbalance therapy cushion in graden. 4. Reactie is gemeten op het sensbalance therapy cushion in seconden. Mann Whitney U test. * significant bij p < 0.05. SD = StandaardDeviatie

oefeningen kregen de deelnemers op papier mee naar huis. De oefeningen waren gericht op het stimuleren van de balans. Oefeningen waarbij is aangetoond dat deze stabiliserend zijn voor de lumbale wervelkolom zijn gebruikt (Moon et al., 2012). Uit de literatuur blijkt tevens dat oefeningen op handen en knieën en handen en tenen meer spieractiviteit genereren op een onstabiele ondergrond (Atsushi imAi et al., 2010). Eenmaal per week kwamen de deelnemers naar de praktijk of naar een oefenruimte. Hier werden gezamenlijk oefeningen gedaan, zowel op de mat als op de Swiss ball, balkkussen en balansplank en -tol. Elke deelnemer trainde minimaal 10 minuten op het Sensbalance Therapy Cushion. Het oefenprogramma bestond hier uit labyrint oefeningen: door middel van bekkenbewegingen moesten op het beeldscherm één of meer kogels door een labyrint worden geloodst. De labyrint oefeningen werden wekelijks complexer.

Gegevensverzameling en data-analyse

Gegevens van de interventiegroep zijn bij aanvang binnen tien dagen verzameld (T0). Binnen elf dagen na de laatste training zijn alle deelnemers van de interventiegroep opnieuw getest (T1). De controlegroep is eenmaal getest, deze afspraken zijn verspreid gemaakt in een periode van zes weken. Bij de test is steeds zo veel mogelijk gebruik gemaakt van dezelfde materialen: kruk, laptop, kussen en stopwatch. Elf van de twaalf ruiters hebben hetzelfde paard gebruikt bij de beide testen. Bij de 12e ruiter was bij de tweede test het paard niet beschikbaar. In dit toetsend onderzoek naar het effect van balanstraining zonder paard op het effect van balans te paard is door middel van de Mann-Whitney U test onderzocht of er verschillen bestonden tussen de interventie- en de controlegroep op baseline (T0). Hierbij zijn de gegevens van zelfbeeld van de balans, klachten, ROM, proprioceptie, reactie en balans te paard met elkaar vergeleken. Vervolgens is met een Wilcoxon signed rank test onderzocht of de interventiegroep vooruit is gegaan op de verschillende uitkomstmaten na een interventie van vier weken. Daarnaast is er onderzocht of er een relatie is tussen de ROM en balans, en of er een relatie is tussen klachten en balans tijdens het paardrijden.

Effect van balanstraining

op het verbeteren van de balans en het verminderen van klachten tijdens het paardrijden

Hierbij is gebruik gemaakt van de Spearman's correlation coefficient. Een p-waarde van < 0.05 werd gezien als een significante verandering en significante relatie.

Alle statistische analyses zijn uitgevoerd in het Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versie 22,2013). Alle gegevens zijn anoniem verwerkt.

Resultaten

In totaal hebben 24 ruiters zich aangemeld via sociale media of na persoonlijk contact, om deel te nemen aan het onderzoek. Twaalf deelnemers kozen bewust voor de interventiegroep. De twaalf andere ruiters hadden geen voorkeur of wilden in de controlegroep. Met drie ruiters uit de controlegroep kon geen afspraak worden gemaakt, één ruiters heeft zich teruggetrokken omdat ze door zwangerschap in het tijdsbestek van het onderzoek niet meer kon paardrijden. Twee andere ruiters waren bereid om alsnog mee te doen aan het onderzoek. Hierdoor kwam het totaal aantal ruiters in de controlegroep op tien.

Proefpersoonkarakteristieken

Bij aanvang van de studie (T0) waren beide groepen vergelijkbaar op alle uitkomstmaten.

De gehele populatie ruiters bestond uit vrouwen. De leeftijd varieerde van 18 tot 64 jaar. Eén deelnemer wilde geen geboortedatum opgeven, maar was ouder dan 18 jaar. In beide groepen gaven zes ruiters aan klachten te hebben tijdens of door het paardrijden. Op twee ruiters na reden alle deelnemers langer dan 10 jaar paard. In beide groepen had het merendeel van de deelnemers een eigen paard. In de interventiegroep waren dat elf van de twaalf deelnemers, in de controlegroep waren dat acht van de tien deelnemers (zie Tabel 1). De meeste ruiters beoefenden meerdere onderdelen van de paardensport, zoals dressuur, springen, endurance en Western riding.

Alle deelnemers van de interventiegroep hebben aangegeven dat ze minimaal vier keer per week thuis de voorgeschreven oefeningen deden. Daarnaast zijn alle deelnemers wekelijks komen trainen op het sensbalance therapy cushion.

Totale populatie

In totaal zijn er veertien variabelen vergeleken bij aanvang en na afloop van de vier weken training. De totale groep bleek significant vooruit te zijn gegaan op de onderdelen "verlichte zit in draf linksom" (p = .004), "verlichte zit in draf rechtsom" (p = .004) en op het sensbalance therapy cushion het onderdeel "proprioceptie afstand" (p = .025). (zie Tabel 2).

Controlegroep vs Interventiegroep

Tabel 3 toont de vooruitgang van de interventiegroep ten opzichte van de controlegroep. Significante verschillen zijn aangetoond op de variabelen zelfbeeld balans (p = .005), verlichte zit in draf rechtsom (p = .028), verlichte zit in galop linksom (p = .028), verlichte zit in galop rechtsom (p = .018), ROM voorwaarts (p = .013), ROM naar links (p = .017) en ROM naar rechts (p = .012). (zie Tabel 3).

Binnen de ruitersport is het algemeen bekend dat een ruiters mentaal geduldig, duidelijk, fysiek sterk en soepel moet zijn. Verkramptingen (mentaal en fysiek) zullen leiden tot een onbalans

1. Gemeten met een VAS score. 2. Gemeten in seconden. 3. Gemeten op het sensbalance therapy cushion in graden. 4. Reactie is gemeten op het sensbalance therapy cushion in seconden. SD = StandaardDeviatie * significant bij p < 0.05

Relatie tussen de bewegingsuitslag (ROM) en de balans tijdens het paardrijden

Er is geen significante relatie gevonden tussen bewegingsuitslag en balans. Ook wanneer onderscheid wordt gemaakt naar de interventiegroep en controlegroep is er geen relatie tussen bewegingsuitslag en balans, zowel voor als na de interventie. (zie Tabel 4).

Relatie tussen balans en klachten

Voor het analyseren van de relatie tussen balans en klachten zijn alleen de ruiters met klachten op T0 meegenomen in de analyse (n = 12). Er is echter geen significante relatie tussen de verbetering van de balans en de afname van de klachten (zie Tabel 5).

Discussie

De resultaten van deze studie laten zien dat door balanstraining zonder paard de balans van de ruiters tijdens het paardrijden is verbeterd. Wanneer gekeken wordt naar de resultaten van de totale populatie is er een significante vooruitgang zichtbaar op het gebied van proprioceptie en verlichte zit in draf linksom en rechtsom. Binnen de interventiegroep is er een significante verbetering van het zelfbeeld over balans, het paardrijden in de verlichte zit in draf en galop, en de bewegingsuitslag (ROM). Het reactievermogen is niet significant vooruit gegaan. Daarnaast hebben de ruiters minder lichamelijke klachten na het volgen van vier weken balanstraining.

Er zijn geen andere artikelen over balanstraining bij ruiters gevonden. Bij kunstschaatssters en basketballers bleek dat gerichte balanstraining een significante verbetering van de functionele balans in de uitvoering van de sport gevonden werd (Kovacs et al., 2004; Boccolini et al., 2013). Willardson et al. (2007) geeft aan dat oefenen op een onstabiele ondergrond mogelijk de proprioceptie en het reactievermogen verbetert. De proprioceptie is in deze studie ook verbeterd, het reactievermogen niet. Uit eerdere studies blijkt niet altijd duidelijk dat het gebruiken van een onstabiele ondergrond zoals balanskussen, wiebelplank of ander materiaal een verschil maakt voor de verbetering van de rompstabiliteit ten opzichte van trainen op de grond (Lehman et al 2007; Cressey 2007). Er werd, ook uit praktische overwegingen, geen gebruik gemaakt van materiaal bij de oefeningen die thuis werden gedaan. In de wekelijkse training was er wel een gevarieerd aanbod aan materiaal en oefeningen op een instabiele ondergrond. De studie van Sannicandro et al. (2014) heeft gevonden dat bij jonge tennissers de balans meer is verbeterd door oefenen op een onstabiele ondergrond, zoals balanskussens en Bosu ballen, dan bij krachttraining.

De interventie bestond uit vier weken training. In deze relatief korte tijd is er een duidelijke vooruitgang van de balans bij het paardrijden te zien. Het is niet duidelijk of er op de langere termijn ook een blijvend effect te

	Controlegroep Gemiddelde score = mean (SD) n=10	Interventiegroep Gemiddelde score = mean (SD) (n=12) T0	Interventiegroep Gemiddelde score = mean (SD) (n=12) T1	Vershil T0-T1 (n=12)	Significantie (gepaarde T-test)
Zelfbeeld Balans (1)	41,10 (18,47)	52,83 (20,09)	25,91 (9,05)	26,92	.005*
Score beperking door klachten bij paardrijden (1)	19,50 (19,37)	17,66 (25,36)	7,10 (14,83)	10,56	.310*
Verlichte zit in draf linksom (2)	47,10 (10,04)	51,42 (17,42)	60,00 (0,00)	8,58	.109*
Verlichte zit in draf rechtsom (2)	42,90 (16,23)	42,08 (21,83)	60,00 (0,00)	17,92	.028*
Verlichte zit in galop linksom (2)	47,70 (18,66)	39,00 (20,79)	53,58 (17,56)	14,58	.028*
Verlichte zit in galop rechtsom (2)	46,30 (19,29)	34,67 (24,20)	54,25 (17,17)	19,58	.018*
ROM voor (3)	13,42 (3,56)	10,85 (3,32)	14,95 (3,61)	4,1	.013*
ROM achter (3)	10,70 (5,44)	10,29 (5,72)	10,68 (3,44)	0,39	.327*
ROM links (3)	15,92 (4,04)	14,92 (5,88)	17,01 (5,41)	2,09	.017*
ROM rechts (3)	16,47 (3,51)	14,14 (3,75)	16,93 (4,17)	2,79	.012*
Proprioceptie hoekverschil (3)	6,32 (4,75)	6,68 (3,34)	5,91 (3,67)	0,77	.209*
Proprioceptie afstandsverschil (3)	1,52 (0,59)	1,21 (0,66)	0,92 (0,47)	0,29	.289*
Reactietijd (4)	1,06 (0,21)	1,14 (0,22)	1,20 (0,39)	0,06	.637*
Reactie bewegingstijd (4)	1,91 (0,38)	2,10 (0,38)	2,15 (0,52)	0,05	.575*

1. Gemeten met een VAS score. 2. Gemeten in seconden. 3. Gemeten op het sensbalance therapy cushion in graden. 4. Reactie is gemeten op het sensbalance therapy cushion in seconden. SD = StandaardDeviatie * significant bij p < 0.05

zien is. Ook zou er gekeken moeten worden naar de blessures: vallen getrainde ruiters minder vaak van hun paard en neemt het aantal blessures af? Hiervoor zou een grotere groep ruiters moeten worden onderzocht om een reëel beeld te krijgen. Voor stallen en maneges kan het dan interessant zijn om standaard ruiters training in hun programma op te nemen om valpartijen te voorkomen. Hiervoor is nader onderzoek nodig. In de sport wordt nog vaak alleen getraind op kracht en conditie. Deze studie toont aan dat door het trainen van de rompstabiliteit het paardrijden verbetert, zonder dat dit op het paard is getraind. Dit sluit aan bij de literatuur waarin blijkt dat trainen van de balans door middel van neuromusculaire activering beter werkt dan meer eenzijdige vormen van training (Frank et al., 2013).

De lichamelijke klachten die de deelnemers vooraf aangaven, zijn door de interventie afgenomen. Dit komt overeen met het onderzoek van Moon et al. (2013) waar na balanstraining minder klachten werden gemeten.

Gezien de beperkte omvang van de onderzoeksgroep van tweeëntwintig ruiters, moet voorzichtig worden omgegaan met de generaliseerbaarheid van de resultaten. Desalniettemin is het opmerkelijk te noemen dat er met deze kleine onderzoekspopulatie significante verbeteringen gevonden zijn in de relatief korte trainingsperiode van vier weken. Mogelijk is de motivatie van de deelnemende ruiters een positieve factor. Zij kozen zelf om aan de interventiegroep deel te nemen. Daarnaast zijn er een aantal factoren die de resultaten van deze studie mogelijk beïnvloed hebben. Zo zijn de ruiters van de controlegroep maar een keer gemeten. Echter, in studies gedaan op het gebied van balans, is er in de controlegroep zelden een vooruitgang gemeten (Rasool et al. 2007; Schubert et al. 2007; Cuğ et al. 2012; Vando et al. 2013). Er is dus weinig effect te verwachten wanneer er niet getraind wordt. Uit praktische overwegingen (tijd van onderzoeker en ruiters) is er dan ook voor gekozen om de gegevens van T0 van de controlegroep ook te gebruiken om een vergelijking te kunnen maken met de gegevens van T1 van de interventiegroep.

Daarnaast is de meting zonder paard gedaan door middel van een vragenlijst en het relatief nieuwe sensbalance therapy cushion. Hiermee kunnen veranderingen elektronisch gemeten worden. Voorafgaand aan het onderzoek zijn diverse stoelen en zadels getest die middels sensoren informatie geven over de bewegingen en stabiliteit van de ruiters. Omdat het onderzoek als onderzoeksonderwerp "balans" heeft, is gekozen voor het meest instabiele medium, het balkussen met sensoren. Doordat het sensbalance therapy cushion een relatief nieuw instrument is, zijn er geen gegevens over validiteit en betrouwbaarheid.

Een factor die de meting van de verlichte zit kan beïnvloeden is het paard. De bouw, het karakter en de leeftijd van het paard verschillen,

T1 n=22	Draf linksom	Draf rechtsom	Galop linksom	Galop rechtsom
ROM voor correlatie coëfficiënt significantie	.008 .971	.054 .810	.055 .809	.243 .276
ROM achter correlatie coëfficiënt significantie	.173 .442	.169 .453	.051 .823	.146 .517
ROM links correlatie coëfficiënt significantie	.021 .928	.092 .683	.338 .124	.268 .228
ROM rechts correlatie coëfficiënt significantie	.115 .609	.145 .520	.265 .233	.322 .144

Spearman's correlation coefficient. * correlatie is significant bij p < 0.05

T1 n=12	Draf linksom	Draf rechtsom	Galop linksom	Galop rechtsom
Klachten correlatie coëfficiënt significantie	.193 .971*	.172 .592*	.264 .407*	.543 .068*

* correlatie is significant bij p < 0.05

hierdoor loopt het ene paard stabiel en rustiger dan het andere. Het is echter zo dat de ruiters gewend is aan het paard, en over het algemeen op het paard zal rijden dat bij haar past.

Conclusie en aanbevelingen

Balanstraining zonder paard is bewezen effectief om de balans te paard te verbeteren. De resultaten laten zien dat vier weken training zowel de proprioceptie als het functionele paardrijden verbetert. Dit is voor zowel ruiters, maneges, stallen en instructeurs relevant. Ruiters training kan makkelijk geïntegreerd worden in het lesprogramma omdat er geen grote investeringen voor nodig zijn. Ruiters zouden er meer bewust van moeten worden dat hun eigen rompbalans belangrijk is voor het participeren in de ruitersport. Omdat er diverse vormen van training worden aangeboden is het raadzaam om de training, zeker bij lichamelijke klachten, te laten geven door een paramedicus die, door de juiste kennis van zaken, kan onderbouwen welke oefeningen relevant zijn.

Het verdient aanbeveling om het onderzoek over enige tijd te herhalen voor de langere termijn effecten. Ook zou er op grotere schaal gekeken moeten worden naar het effect van balanstraining op het aantal valpartijen van het paard en blessures ten opzichte van niet getrainde ruiters.

Voor de literatuurlijst verwijzen we naar de website → Bekendheid → Beweegreden ●

ZwangerTotaal

Oefenprogramma voor prenatale en postnatale begeleiding

Auteur: ...



Oefentherapeuten Cesar/ Mensendieck, gespecialiseerd in bekken- en zwangerschapsgerelateerde klachten kunnen een belangrijke meerwaarde bieden in de begeleiding van de zwangere of postnatale vrouw. Zowel preventief als curatief. Vrouwen met klachten aan het bekken, zoals bekkenpijn of bekkenbodempromblematiek zijn gebaat bij de adviezen en oefeningen van een oefentherapeut.

In 2008 werd tijdens overleg met verloskundigen en gynaecologen geconcludeerd dat zwangere vrouwen met klachten in de meeste gevallen individueel begeleid worden en vanwege hun klachten vaak niet kunnen deelnemen aan groepsprogramma's. Tijdens een individuele behandeling voelt iemand zich patiënt, terwijl het belangrijk is dat je tijdens de zwangerschap zo min mogelijk medicaliseert. Een groepsbehandeling waarbij de klachten worden behandeld in combinatie met bevallingsinstructies, met daarbij klachtgerichte adviezen (o.a. adviezen m.b.t. pershoudingen, kraambedadvisen, etc.) was erg welkom. Uit deze vraagstelling is het product ZwangerTotaal voortgekomen.

Groepsbehandeling

Er is bewust gekozen om ZwangerTotaal grotendeels uit groepsbehandelingen op te bouwen. Naast het voordeel van sociale verbondenheid en het minder medicaliserende karakter is er ook het voordeel van tijd- en kostenbesparing. Dat is ook gebleken uit onderzoek van Janssen en Miltenburg¹ die de verschillen tussen individuele en groepsgerichte oefentherapie bij incontinentieklachten onderzochten.

Wanneer nodig is extra individuele begeleiding in het programma opgenomen. Dit kan tijdens het eerste consult, wat altijd individueel is, geïndiceerd worden of tijdens de groepsbehandeling.

ling. Deze flexibiliteit blijkt in sommige gevallen noodzakelijk en borgt kwaliteit van behandelen en eindresultaat voor het individu in de groepsbehandeling. De zorgverzekeraar accepteert deze flexibiliteit, wanneer de oefentherapeut duidelijk kan aangeven dat een verandering in het behandelplan medisch noodzakelijk is.

De groepsbehandelingen bestaan uit prenatale en postnatale begeleiding. De twee programma's zijn afzonderlijk van elkaar te volgen maar sluiten ook erg goed op elkaar aan. Het pre- en postnataal begeleiden gedurende een periode van ongeveer zes maanden geeft een positieve uitwerking op het opnieuw opbouwen van de stabiliteit en daarnaast het bewust worden van het eigen handelen. In een periode waarin het lichaam grote veranderingen doormaakt, worden aangeleerde houding- en bewegingspatronen sneller en beter eigengemaakt.

Bekkenpijn en bekkenbodempromblematiek

In het programma wordt zowel prenataal als postnataal aandacht besteed aan de spiergroepen rondom het bekken. Deze spiergroepen hebben veel invloed op het verminderen van bekkenpijn en bekkenbodempromblematiek en daarnaast op het voorkomen van klachten op langere termijn. Uit onderzoek naar incontinentie is gebleken dat goede begeleiding van zwangeren en pas bevallen vrouwen, in het oefenen van buik- en bekkenbodemspieren, de kans op blijvende of op latere leeftijd optredende incontinentieklachten verkleint. De prevalentie van pijn in de Maastrichtse Cohort Studie² is 84% van de 7526 deelnemende vrouwen tijdens de zwangerschap. Twee weken na de bevalling was dit percentage 32%. Zes maanden na de bevalling was de prevalentie 29% en 1 jaar na de bevalling was dit percentage 35%. Goede begeleiding voor deze doelgroep is daarom van groot belang, juist in de basis van het ontstaan van klachten die ook nog op latere leeftijd tot uiting kunnen komen.

Multidisciplinaire samenwerking

Na overleg met een aantal verwijzers, waaronder verloskundigen, is een volledig behandelprogramma uitgedacht, zowel prenataal als postnataal, met daarnaast een plan van fases waarin het multidisciplinaire samenwerken vorm kan krijgen. Een klankbordgroep van oefentherapeuten, gynaecologen, eerste- en tweedelijns verloskundigen en huisartsen heeft meegelezen en aanbevelingen gedaan, waardoor het programma optimaal multidisciplinair ingezet kan worden.

De oefentherapeut en de verloskundige werken samen, zowel 'achter de schermen' tijdens overleg, als tijdens de groepsbehandelingen, waarin ook de verloskundige haar rol heeft. Op deze manier krijgt de zwangere adviezen vanuit diverse hoeken, waarbij de verschillende inzichten goed op elkaar zijn afgestemd en de zwangere geen tegenstrijdige adviezen krijgt. Dit schept vertrouwen tussen de zwangere vrouw en haar begeleiders.

Goede samenwerking en overleg is noodzakelijk. De oefentherapeut en verloskundige kunnen, wanneer nodig, interventie inschakelen van andere disciplines zoals psycholoog, diëtist, manueel therapeut, osteopaat of fysiotherapeut voor aanvullende behandeling. Het streven voor elke praktijk die bij ZwangerTotaal is aangesloten, is een deskundig ZwangerTotaal-netwerk op te bouwen bestaande uit bovengenoemde zorgverleners die gespecialiseerd zijn in het behandelen van zwangeren of pas bevallen vrouwen. Zowel voor de patiënt zelf als voor de bijkomende zorgkosten is het beter dat deze behandelingen op elkaar zijn afgestemd en behandelingen elkaar niet onnodig overlappen. Daarbij komt, dat het tijdig inzetten van een andere interventie voorkomt dat een onnodig lange solistische behandeling voortgezet wordt. Voor de zorgkwaliteit is dit een goede ontwikkeling omdat er beter inzicht komt in welke aanpak, wanneer moet worden ingezet.

¹ Janssen ALM, Miltenburg Th. Effectiviteit van oefentherapie bij incontinentie. 1998 Instituut voor Toegepaste wetenschappen van de Stichting Katholieke Universiteit te Nijmegen. ISBN 90 5554 080 3
² Bastiaanssens JM, Bastiaens CHG, Heuts A, Kroese MEAL, Essed GGM, Brandt PA van den. Etiology and prognosis of pregnancy-related Pelvic girdle pain; design of a longitudinal Study. BMC Public Health. 2005;5

Huidige situatie



Website met EPD

Een belangrijk knelpunt wat alle partijen aanvankelijk aangaven, was veelal beperkte mogelijkheid tot multidisciplinair overleg. Door verschillende werktijden, spreekuren, dag- en nachtdiensten, etc. is het vaak onmogelijk om een vast moment voor overleg af te spreken. Ook communiceren via Zorgmail was geen optie, omdat verloskundigen hier nog weinig gebruik van maakten. Omdat alle betrokken zorgverleners wel de noodzaak van overleg inzagen, is er gezocht naar een alternatieve oplossing voor overleg.

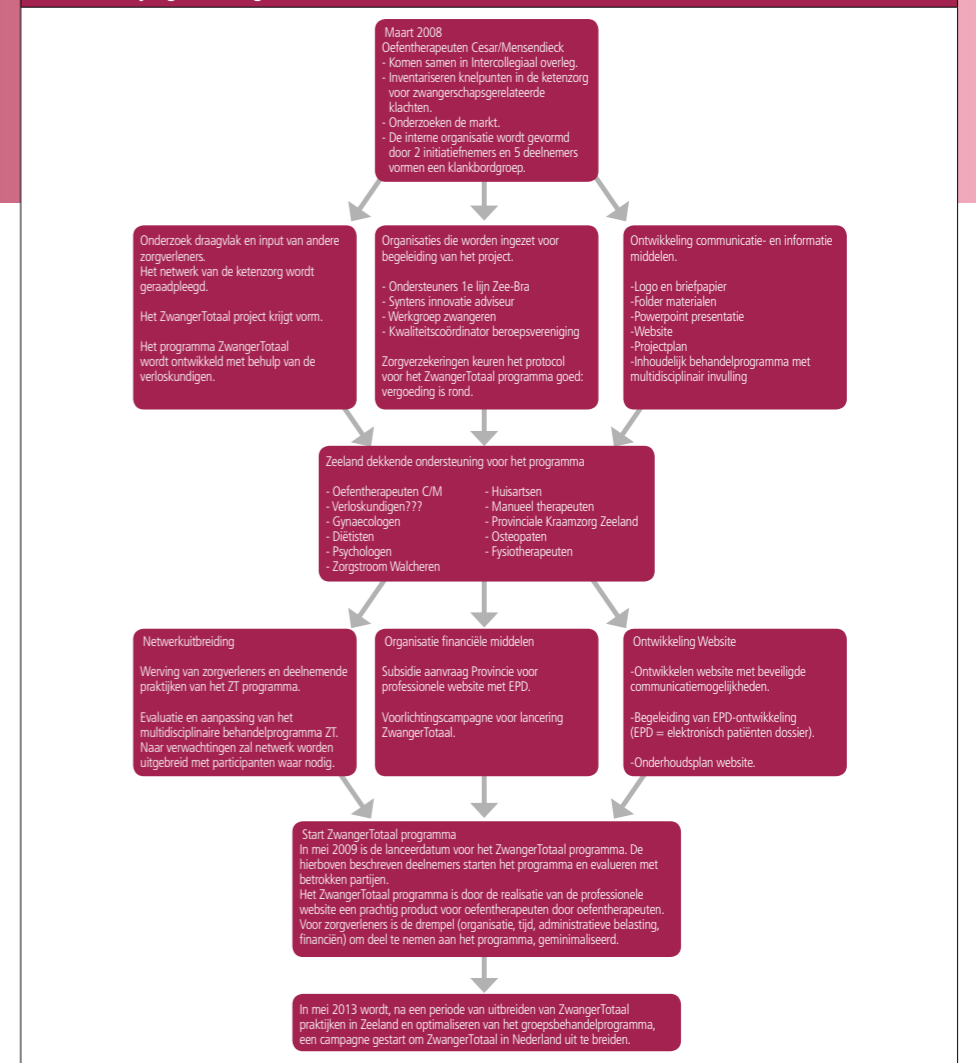
Deze oplossing is gevonden in de ontwikkeling van een speciale webbase applicatie (beveiligde website), waarbij verschillende zorgverleners eenvoudig kunnen communiceren. De website www.zwangertotaal.nl bevat een beveiligd deel voor zowel oefentherapeut, zorgverleners zoals verloskundige of gynaecoloog, maar ook voor de patiënt zelf. Oefentherapeuten kunnen hierdoor onderling communiceren (interdisciplinair), maar ook met de betrokken zorgverleners uit het omliggende netwerk (multidisciplinair). Ook communicatie met de patiënt is mogelijk.

Daarnaast maakt de website een online intake mogelijk, die meteen kan worden ingeladen in het softwareprogramma WinMens. Dit betekent dat een groot gedeelte van het patiëntendossier automatisch wordt gevuld o.a. ook met de afgenomen meetinstrumenten die door de patiënt, voorafgaand aan de 1e behandeling, zijn ingevuld. Dit levert tijdsbesparing op tijdens de daadwerkelijke intake, waardoor veelal na het onderzoek nog voldoende tijd is om meteen te starten met de behandeling. Als iemand een ander administratieprogramma gebruikt kan de intake op een andere wijze worden opgehaald.

BekkenTotaal

De oefentherapeuten C/M die met ZwangerTotaal werken, hebben affiniteit met het behandelen van zwangeren. Zoals in het behandelprotocol is vastgelegd heeft de oefentherapeut vastgestelde scholing op bekkengebied gevolgd of zal dit binnen twee jaar gevolgd hebben.

Procesomschrijving van ZwangerTotaal



De oefentherapeuten die vaak ook breder werkzaam zijn op bekkengebied, staan ook geregistreerd op de overkoepelende website www.bekkentotaal.nl

Doelstellingen ZwangerTotaal

- Verbeterde zorg voor zwangeren in de pre- en postnatale fase
- Verbeteren van communicatie tussen (para) medici van de 1e en 2e lijns gezondheidszorg ter verbetering van de kwalitatieve zorg
- Voorkomen van chronische urine-incontinentie, verzakkingen en andere bekkengerelateerde klachten, ontstaan door onvoldoende en onzorgvuldig herstel van het lichaam na de bevalling
- Verminderen van ziekteverzuim t.g.v. bovengenoemde klachten en het bevorderen van terugkeer in het arbeidsproces
- Verminderen van de stijgende zorgkosten door een effectieve multidisciplinaire begeleiding
- Het ZwangerTotaal programma dient voor iedereen toegankelijk te zijn, financieel en in alle delen van Nederland

Huidige situatie

Op dit moment zijn er 28 praktijken die het ZwangerTotaal behandelprogramma aanbieden aan vrouwen met zwangerschapsgerelateerde klachten in Nederland.

Voor nieuwe praktijken die zich aanmelden wordt er een bijeenkomst georganiseerd, waarbij alle zaken betreffende de praktijkvoering en de webbase-applicatie worden toegelicht. Ook wordt uitgelegd hoe een praktijk ZwangerTotaal opgezet kan worden in de eigen regio. Dit najaar vindt de nieuwe startersbijeenkomst plaats. Ook voor de reeds bestaande ZwangerTotaal-praktijken is in het najaar weer een scholingsmiddag georganiseerd.

Toekomstvisie

ZwangerTotaal is een oefentherapeutisch product dat zich in ZuidWest Nederland heeft bewezen als effectief multidisciplinaire behandelingsmethode. De uitrol landelijk is al gestart en nieuwe aanvragen blijven binnenkomen. Wenselijk is dat ZwangerTotaal Nederland dekkend wordt. Dit maakt onderhandeling met de zorgverzekeraars sterker. Daarnaast wordt met een landelijk product gemakkelijker en sneller naamsbekendheid opgebouwd en geeft het product een professionelere uitstraling.

Toelichting

ZwangerTotaal is ondergebracht in de VOF ZuidWest in Beweging. Initiatiefnemers zijn Mariëlla Oosthoek-van 't Westende, oefentherapeut Cesar en Janine Davidse- Zuidweg, oefentherapeut Mensendieck. ●

In contact met je patiënt

Maak kennis met Transactionele Analyse

Auteur: Margot Prins, oefentherapeut
Mensendieck

Dit artikel heeft als doel oefentherapeuten kennis te laten maken met enkele concepten uit de Transactionele Analyse (TA) en te laten zien op welke wijze TA een toegevoegde waarde kan hebben voor het beroep oefentherapeut. Er wordt een aantal TA-concepten en begrippen uitgelegd aan de hand van casuïstiek.

In de oefentherapeutische praktijk is sprake van een ontmoeting tussen twee mensen, waarin aandacht, respect, empathie en andere elementen belangrijk zijn. Vooral vertrouwen speelt een grote rol. De patiënt moet een therapeut vertrouwen, zowel qua professionaliteit met betrekking tot de behandeling als qua persoon. Een gevoelsmatig vertrouwen in de mens is essentieel. Op dat laatste kan de therapeut invloed uitoefenen door het persoonlijk contact te verbeteren. Uit onderzoek is gebleken dat bij meer vertrouwen het effect van de behandeling groter is.

Tijdens het eerste consult maakt de oefentherapeut contact met de patiënt en maakt samen met de patiënt, middels een anamnese, de hulpvraag van de patiënt helder. Na een lichamelijk onderzoek maakt de oefentherapeut samen met de patiënt een behandelplan en stelt een contract op met de patiënt voor een behandeling.

Contact en Contract

In de Transactionele Analyse speelt contact een wezenlijke rol. Contact is het volledig accepteren van het feit dat de patiënt en de therapeut verschillend zijn, dat zij heel anders kunnen voelen, denken en kunnen reageren op een situatie en dat beide ziens- en handelwijzen naast elkaar mogen bestaan. Dat is de basisfilosofie van de Transactionele Analyse: ik ben OK en jij bent OK. Dit benadrukt de gelijkwaardigheid tussen de verschillende contract-partners. Na contact volgt contract; dit is niet alleen een belangrijk instrument in de TA, maar ook binnen het behandelen van patiënten in de oefentherapiepraktijk. Het is belangrijk om na het vaststellen van het behandelplan te verifiëren of de patiënt en de therapeut hetzelfde voor ogen hebben. Als het contract is vastgelegd bij de eerste behandeling kan het op ieder moment geëvalueerd worden en indien nodig bijgesteld.

Het is goed om stil te staan bij de vraag: hoe reageert de ander op mijn communicatie en kan ik dat beïnvloeden? Een manier om hier inzicht in te krijgen start met kennis van de ego-toestanden vanuit de TA.

Ego-toestanden



O Ego-toestanden zijn een samenhangend patroon van voelen, denken en ervaren die leiden tot een daarmee overeenstemmend gedragspatroon.

V Ego-toestanden zijn manieren waarop we ons tot onze omgeving verhouden, waarbij ons denken, voelen en ons doen logisch met elkaar samenhangen.

K We onderscheiden drie toestanden: Ouder, Volwassene en Kind. Deze worden getoond als drie op elkaar staande bollen.

De ego-toestand Kind is gevuld met onze kinderlijke ervaringen. We leren samenhangend te denken, te voelen en ons te gedragen op basis van onze vroegste ervaringen. Als we ons met als kind opgedane ervaringen geen raad weten gaan we maskergedrag vertonen. Zo overleven we en slijpen we gebaande paden in. Dat laatste doen we ook op een andere manier, door gedrag van onze opvoeders over te nemen. In de opvoeding krijgt ieder kind boodschappen mee van belangrijke ouderfiguren over hoe de wereld in elkaar zit en hoe we ons dienen te gedragen. Zo kunnen levenspatronen van generatie op generatie worden overgedragen.

Daarnaast hebben we een Volwassen ego-toestand. Deze wordt bepaald door wat er in het hier en nu gebeurt. Het gaat over denken, voelen en handelen op basis van wat er nu gebeurt. Hoe meer inzicht de oefentherapeut heeft in zijn/haar ego-toestand, hoe beter de oefentherapeut in staat is om maskers af te leggen en vrij te bepalen welk gedrag hij/zij gaat vertonen en af te wegen welk gedrag passend is in die situatie. De toegevoegde waarde voor de oefentherapeut in het zichzelf kennen bestaat hieruit, dat een oefentherapeut soms verast is door haar reacties op patiënten waarbij terugkijkend duidelijk wordt dat men zich onbewust in de Kind ego-toestand bevond. De reactie vond dan plaats vanuit oude ervaringen en niet vanuit het nu.

Tabel 4: relatie bewegingsuitslag en balans tijdens paardrijden.			
T1 n=22	Prikkels	Problemen	Opties
Bestaan	Bestaan van prikkels	Bestaan van problemen	Bestaan van opties
Betekenis	Betekenis van prikkels	Betekenis van problemen	Betekenis van opties
Veranderbaarheid	Veranderbaarheid van prikkels	Veranderbaarheid van problemen	Veranderbaarheid van opties
Eigen capaciteiten	Eigen capaciteiten om prikkels te veranderen of anders te reageren	Eigen capaciteiten om problemen op te lossen	Eigen capaciteiten om opties toe te passen



Het is belangrijk om na het vaststellen van het behandelplan te verifiëren of de patiënt en de therapeut hetzelfde voor ogen hebben

Ook kan het voorkomen dat je ongemerkt in je Ouder ego-toestand verkeert en je bijvoorbeeld de patiënt gaat vertellen hoe het moet. Kennis van de ego-toestanden kan zodoende helpen om een communicatiepatroon te herkennen of te veranderen.

De Miskenningsmatrix

Een ander TA-concept is de miskenningsmatrix. Dit is een belangrijk instrument voor het analyseren van een probleem en het doorbreken van passiviteit.

Het kan jezelf of de patiënt helpen om via bewustwording van passief gedrag over te gaan in actie en oplossing van het probleem. In de oefentherapiepraktijk komt miskennen regelmatig voor. Immers, als een patiënt zich niet bewust is van prikkels die mogelijk lichamelijke klachten veroorzaken, kun je niet met hem/haar de betekenis van de prikkel bespreken. Pas als de patiënt het bestaan van de prikkel erkent en de betekenis van de prikkel duidelijk is, kun je gaan kijken naar de veranderbaarheid van het probleem, naar de opties die de patiënt heeft om het probleem op te lossen. De patiënt kan lichamelijke oefeningen doen om de pijn te verminderen en zelf ervaren welke oefeningen hem helpen. De patiënt kan ook adviezen over gezond houdings- en beweeggedrag in de praktijk brengen op momenten dat het hem het beste helpt om de klachten te verminderen. Zo wordt de patiënt zich bewust van zijn eigen vermogen om anders te reageren op de prikkels en zet hij zijn eigen capaciteiten in, om tot een oplossing van de klachten te komen.

Kennis van de ego-toestanden kan helpen om een communicatiepatroon te herkennen of te veranderen

Praktijkvoorbeeld

In mijn praktijk meldt zich een vrouw van 34 jaar. Zij is verloskundige in een maatschap met drie andere verloskundigen. Nu is zij zelf 18 weken zwanger van haar derde kind. Zij heeft een man en twee dochters. Sinds twee weken heeft zij pijn in het bekken bij onverwachte bewegingen, startpijn bij opstaan en lopen na zitten. De pijn neemt toe met vermoeidheid. Dankzij haar ervaring als verloskundige is zij zich bewust van het feit dat haar bekken kwetsbaarder is geworden ten gevolge van de hormonale veranderingen in haar lichaam. Zij vraagt mij om advies hoe hier mee om te gaan.

Ik leg haar de veranderingen in het bekken uit en de aanpassingen die deze veranderingen vragen in haar dagelijkse houdingen en bewegingen. Ook wijs ik haar op de verandering in het evenwicht tussen belasting en belastbaarheid; de zwangerschap en de bekkenklachten vragen meer energie, waardoor de belastbaarheid afneemt en met dezelfde belasting kan zij hier meer last van krijgen.

Wij maken een contract waarin we een aantal afspraken maken: Ik ga haar coachen bij het inzicht verkrijgen in de bewegingen en houdingen die de pijn kunnen provoceren en bij het leren toepassen van de nieuwe houdingen en bewegingen in het dagelijks leven. Ook help ik haar bij ontspanning en pijnverlichting. Zij geeft aan hier graag mee aan de slag te gaan. Zij wil zo lang mogelijk blijven werken om haar collega's niet extra te hoeven belasten als zij uit zou vallen.



De basisfilosofie van
de Transactionele Analyse:
ik ben OK en jij bent OK

Uit bovenstaande casus blijkt dat zij het probleem nog niet erkent en dat het voor haar heel moeilijk is om haar grenzen te zien en om hulp te vragen. Ik geef haar de permissie om hulp van de waarneemster in te roepen en haar te vragen haar diensten over te nemen, als dat nodig is.

Twee weken later vertelt zij trots dat ze de tips goed heeft toegepast en dat de pijn verminderd is. Ze is in de tussentijd verhuisd en heeft hulp aanvaard van vrienden. Ik geef haar een positieve strook (=een erkenning) dat ze zo goed voor zichzelf heeft gezorgd en de hulp van vrienden heeft aangenomen. Ze maakt zich zorgen over de diensten die haar voor de komende week te wachten staan; de diensten duren van 19.00 uur 's avonds tot 7.00 uur 's ochtends en zijn onvoorspelbaar. Ze wil met mij alle mogelijke houdingen en bewegingen doornemen die ze bij een bevalling, tijdens haar dienst, tegen kan komen. Daarnaast leg ik haar nogmaals het belang uit van ontspanning tussendoor en wijs haar op de energie die nodig is om haar lichaam verantwoord te belasten.

De afspraak daarna vertelt zij, dat ze één rustige dienst heeft gehad, met voldoende slaap, die zonder problemen is verlopen.

Maar de laatste dienst heeft haar doen inzien dat het niet meer gaat. De bevalling waar ze voor werd gebeld duurde van 19.00 uur tot 04.00 uur. Het was een poliklinische bevalling op de baarkruk, waarbij zij zelf op de knieën moest. Ze heeft zelf ervaren dat vermoeidheid een grote rol speelt bij de pijn en dat ze soms in onmogelijke houdingen terecht komt die veel te belastend zijn voor haar bekken. Ze kwam huilend van de pijn en vermoeidheid thuis. De volgende dag heeft ze met haar collega's gesproken en heeft ze aangegeven geen diensten meer te kunnen draaien. De collega's reageerden heel begrijpend. De waarnemer heeft toegezegd de diensten over te nemen en zij neemt nu van haar collega's een aantal spreekuren over.

Het was voor haar nodig om alle stappen in de miskenningsmatrix te doorlopen om haar grenzen te voelen en te erkennen. Ze erkende

het bestaan van de prikkel, gaandeweg erkende zij dat er een probleem was, ze heeft andere opties uitgeprobeerd om het probleem op te lossen, ze is zich bewust van haar vermogen om het probleem op te lossen en ze accepteert uiteindelijk de consequenties. Ze heeft nu een nieuwe balans gevonden werkzaamheden die binnen haar mogelijkheden liggen en de rust die ze nodig heeft. Ik zeg haar dat het mij spijt voor haar dat ze zo'n zware dienst heeft gehad en dat ze veel pijn heeft gehad, maar dat het OK is dat ze het verdriet heeft gevoeld. Ook zeg ik haar dat ik het knap vind dat ze de hulp van haar collega's heeft ingeroepen en dat ik blij voor haar ben dat de diensten nu zijn geregeld. Ik geef haar een positieve strook voor het open staan voor en uiten van haar behoeften.

Met dit artikel is slechts een kleine aanzet gegeven om inzicht te krijgen in de begrippen en de te gebruiken concepten uit de TA. De concepten bieden een scala aan mogelijkheden om meer inzicht te krijgen in eigen communicatie patronen en die van onze patiënten. Deze inzichten kunnen het contact tussen behandelaar en patiënt bevorderen en daarmee meer resultaat van de behandelingen opleveren. Hopelijk is na het lezen van dit artikel de belangstelling voor TA als toegevoegde waarde voor ons beroep als oefentherapeut gewekt.

Dit artikel is een onderdeel van de eindopdracht van de 2-jarige Opleiding Toegepaste Transactionele Analyse bij Roos Ikelaar en is geschreven in samenwerking met: Annemiek Pas, Simone de Kruijk en Evelien Schaart ●

TA literatuurlijst:

Dit ben ik; Lieuwe Koopmans; ISBN 978 90 5871 686 6
De transactionele manager; Abe Wagner; ISBN 978 90 8850 104 3
Einstein en de kunst van het zellen; De Graaf & Kunst; ISBN 90 6665 568 2
Het constructieve gesprek; Gührs & Nowak; ISBN 90 6665 330 2

'Zorg op eigen kracht'

Commissie Praktijk & Wetenschap

Het afgelopen jaar heeft de commissie Praktijk & Wetenschap van de VvOCM een lezingencyclus georganiseerd met als titel 'Zorg op eigen kracht'.

Lange tijd lag in de gezondheidszorg het accent op ziekte. De laatste jaren verschuift dat accent naar gezondheid en gedrag. Door mensen te stimuleren tot gezond gedrag en zelfmanagement is het mogelijk het individueel welbevinden te vergroten. Op termijn heeft dit een positief gevolg voor de maatschappelijke kosten van de zorg. Bij gezond gedrag gaat het niet alleen over de zorg, maar vooral ook over bewegen en leefstijl.

Het stimuleren van zelfmanagement bij patiënten heeft alles te maken met de houding van de eerstelijnszorgaanbieder, dus ook van de oefentherapeuten. Als bijvoorbeeld de huisarts focust op bloedwaarden, richt de patiënt zijn aandacht daar ook primair op. Het kan ook anders, door als zorgaanbieder het gesprek aan te gaan over gedragsaspecten en eigen regie van de patiënten. Dit noemen we zelfmanagement. De cliënt leert goed om te gaan met de mogelijk symptomen, behandeling, lichamelijke, psychische en sociale consequenties en de benodigde leefstijlaanpassingen. De zorgverlener ondersteunt de persoon in het bewust maken van de keuzes in zijn of haar leven en hoe de behandeling eruit ziet.

Zelfmanagement. Een mooie term voor de patiënt, maar ook voor de oefentherapeut! In de lezingen cyclus is gedragsverandering en zelfmanagement vanuit verschillende invalshoeken belicht.

De commissie kijkt met plezier terug op deze cyclus. Hieronder kunt u lezen waar de lezingen over gingen en hoe de lezingen zijn beoordeeld door de oefentherapeuten. Er staan ook verschillende opmerkingen van oefentherapeuten bij de lezingen.

Lezing 1: Introductie op het moderne zelfmanagement

2 oktober 2013 - Dhr. Dr. L. (Bart) Visser

Bart Visser is lector oefentherapie aan de Hogeschool van Amsterdam en opleidingsmanager van de opleiding Mensendieck. In zijn lezing heeft hij vier bondige adviezen gegeven voor de gezondheidszorg van de toekomst: doe het zelf, doe het thuis, doet het met techniek en doe het kosteneffectief. Dit met het zicht op de noodzaak om dure tweedelijns zorg te verplaatsen naar de eerste lijn.

Reacties van oefentherapeuten:

- 'Prima presentatie op inhoud'
- 'Genoemde websites erg interessant'

Lezing 2: Optimaliseren van zelfmanagement: welke rol speelt de professional zelf?

28 november 2013 - Mw. Dr. B. (Barbara) Sassen
Barbara Sassen is postdoc onderzoeker bij het lectoraat Chronisch Zieken van de Hogeschool Utrecht, waarbij ze is verbonden aan het kenniscentrum 'Innovatie van zorgverlening'. Zij bracht de lezing zowel vanuit het perspectief van de patiënt als de professional. Ze heeft besproken hoe zelfmanagement van de patiënt kan worden geoptimaliseerd en wat de rol van de professional hierin is. Ze heeft antwoord gegeven op de vraag of, en in hoeverre, het gemotiveerd en goed toegerust zijn van de professional een voorwaarde is om het zelfmanagement van patiënten geoptimaliseerd te krijgen. Ook gaf ze adviezen over de manier waarop je patiënten motiveert en coacht.

Reacties van oefentherapeuten:

- 'Interessant om te beseffen dat de patiënt en de therapeut eigenlijk dezelfde cyclus (moeten) doorlopen'
- 'De uitafeling van stappen voor het motiveren van patiënten, wat de basis is van mijn werk, geeft inzicht en duidelijkheid'
- 'De spreker vond ik goed! Leuke lezing'

- 'De interactie met de luisteraars was leuk, en het was goed om te reflecteren op je eigen professionele gedrag en vaardigheden'
- 'Ik heb goede tips en extra aanvulling gekregen op wat ik al deed'

Lezing 3: E-health in de (zorg)praktijk

7 januari 2014 - Dhr. J.W. (Jan Willem) Faessen

Jan Willem Faessen is een van de grondleggers van Redmax, de kennispartner voor online zorg. Hij heeft zich ontwikkeld in de creatie van nieuwe projecten waarbij zorg zijn interesse heeft. Hij heeft gesproken over de toekomst en uitdaging van de zorgsector om gezondheid te verbeteren en te stimuleren, de kwaliteit van zorg te verbeteren en de zorgkosten te verlagen. Het toepassen van internettechnologie kan helpen de zorg op een andere manier te organiseren. In de lezing is eveneens aandacht besteed aan de mogelijkheden van e-Health en de toepassing hiervan in de (zorg)praktijk.

Reacties van oefentherapeuten:

- 'De vele discussies waren erg leuk'
- 'Spreker weet de aandacht vast te houden en vertelt met veel enthousiasme zijn verhaal'



'Zorg op eigen kracht'

Commissie Praktijk & Wetenschap

- 'Hij heeft een andere kijk op ons vak gegeven, dit motiveert weer voor in de praktijk'
- 'Ik ben voor het eerst enthousiast gemaakt om me verder te verdiepen in E-health door deze lezing'

Lezing 4: Transparantie in de zorg: meten in de praktijk

12 februari 2014 - Mw. Dr. A.J.H.M. (Sandra) Beurskens

Sandra Beurskens is lector van het lectoraat Autonomie en participatie van mensen met een chronische ziekte binnen de faculteit Gezondheidszorg van Hogeschool Zuyd. In haar lezing heeft Sandra aandacht besteed aan het principe 'meten is weten'. Door het gebruik van meetinstrumenten wordt veel nuttige informatie over het functioneren van de patiënt inzichtelijk. Meetinstrumenten kunnen ook informatie geven over de effecten van zorg en de inhoud van een behandeling. Door

dit te meten worden deze zaken uitvergroot en verhelderd. Sandra is dieper ingegaan op het thema 'meten in de praktijk'.

Reacties van oefentherapeuten:

- 'Boeiend! De hele avond.'
- 'Prettige manier van werken, door echt uit te dagen ons na te laten denken.'
- 'Interactief aspect vind ik een pluspunt.'
- 'Vraagt wat de luisteraars willen, dat vind ik een pluspunt.'
- 'Duidelijke boodschap voor gebruik meetinstrumenten in de praktijk.'

Lezing 5: De ondernemende oefentherapeut in de zorg

15 april 2014 - Dhr. Dr. H.B. (Hans) Duits

Hans Duits is lector financieel-economische advisering bij innovatie aan de faculteit Economie en Management van de Hogeschool Utrecht. Hij heeft tijdens de lezing aandacht besteed

aan de gevolgen van maatschappelijke veranderingen op de huidige businessmodellen van de oefentherapeut en zorgverleners in het algemeen. Ook heeft hij handvatten gegeven voor de ondernemende zorgprofessional om hier zelf sturing aan te geven.

Reacties van oefentherapeuten:

- 'Leuk dat hij eigen ervaringen en praktische voorbeelden gaf om iets duidelijk te maken'
- 'Bracht het thema op een goede manier over'
- 'Enthousiaste spreker'

Lijkt het u ook leuk om mee te helpen een wetenschappelijke lezingencyclus te organiseren? Neem dan contact op met de commissie praktijk & wetenschap van de VvOCM. Voor vragen en informatie kunt u mailen naar ciepraktijkenwetenschap@wocm.nl

Voor de literatuurlijst verwijzen we naar de website → Bekendheid → Beweegreden ●



MS Zorg Nederland

wil expertise verbinden

Auteur: Pië...

Een nieuw initiatief om de MS-zorg in Nederland te optimaliseren - MS Zorg Nederland - maakt sinds oktober vorig jaar een vliegende start. De regionale samenwerkingsverbanden van MS-zorgverleners zijn bedoeld om de momenteel versnipperde zorg te verbinden.

Multiple sclerose (MS) is de meest voorkomende neurologische aandoening op de jong-volwassen leeftijd die kan leiden tot blijvende invaliditeit. De aandoening kan een ingrijpende impact hebben op nagenoeg alle aspecten van het menselijk functioneren: van mobiliteit tot seksualiteit, van visus tot cognitieve multitasking. MS kent veelal een onvoorspelbaar beloop waarbij de situatie van dag tot dag kan wisselen. MS is niet te genezen. Wel kan met behulp van medicatie het verloop rustiger worden. Daarnaast kunnen goede therapie en begeleiding ervoor zorgen dat de impact op het leven van iemand met MS minder ingrijpend is.

Vanuit het perspectief van de patiënt bestaat de meest optimale MS-zorg uit:

- deskundige, laagdrempelige multidisciplinaire zorgverlening;
- in de eigen directe omgeving;
- in alle fasen van de ziekte;
- met zoveel mogelijk eigen regie.

MS Zorg Nederland is een netwerk van zorgverleners gespecialiseerd in de behandeling en begeleiding van mensen met multiple sclerose en hun naasten. In dit netwerk participeren onder andere verpleegkundigen, neurologen, revalidatieartsen, specialisten ouderengeneeskunde, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, oefentherapeuten en psychologen. Zij vormen regionale netwerken waarin zij samenwerken bij het leveren van zorg aan MS-patiënten.

Om de missie van MS Zorg Nederland te verwezenlijken vormt deze niet alleen netwerken van gespecialiseerde zorgverleners met optimale onderlinge samenwerking, maar worden er ook scholingen en trainingen van zorgverleners verzorgd, worden er richtlijnen voor verbetering van de organisatie van zorg ontwikkeld, en wordt zelfmanagement en dergelijke gestimuleerd.

Zorg verleend door MS Zorg Nederland gekwalificeerde zorgverleners kenmerkt zich door:

- betrouwbare zorg en begeleiding dichtbij huis;
- de juiste behandeling op het juiste moment;
- hoge deskundigheid door de inzet van (lokale) MS-zorgverleners;
- gemakkelijk contact leggen met zorgverleners;
- streven naar snelle hulp, geen lange wachtlijsten;
- vlotte verwijsprocedures;
- veel aandacht voor preventie ;
- van medische behandeling tot leren omgaan met een chronische ziekte;
- goede samenwerking en afstemming tussen zorgverleners;
- patiënten optimaal informeren bij het maken van keuzes.

Het ontstaan van MS Zorg Nederland

Het idee voor het netwerk is enkele jaren geleden ontstaan tijdens een bijeenkomst van bij de behandeling van MS betrokken zorgverleners in de regio Eindhoven. In 2010 zijn we letterlijk met een aantal zorgverleners om de keukentafel gaan zitten om te kijken hoe de zorg

Advertenties

Goedkoop, eenvoudig en gebruiksvriendelijk behandelingen declareren via Vecozo of per factuur.

- ✓ Verslaglegging (DTO) zorgmail
- ✓ Online (SaaS) ✓ Agenda
- ✓ Gratis Helpdesk ✓ Goedkoop!

€ 170,- per jaar incl. btw

www.e-devop.nl of bel 085 773 14 74

software van **frenzs**

yvlo

www.yvlo.nl info@yvlo.nl

Opleiding tot Oefentherapeut ZwangerFit

- deze opleiding start tweemaal per jaar op 11 maart en op 23 september 2015
- Accrediatie 133 punten bij de St. ADAP
- Cursus Babymassage op 25 oktober
- Workshop Ademen & Ontspannen

YVLO is praktijkgericht om gelijk aan de slag te gaan

UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM **amc**

Evidence Based Practice MSc/Drs

START 14^e ACADEMISCH JAAR SEPTEMBER 2015

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

Bridging healthcare and science

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

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



Formeel valt MS Zorg Nederland onder de verantwoordelijkheid van de Stichting MS Zorg Nederland. Diverse zorgpartijen die vanaf het eerste moment betrokken zijn geweest bij het initiatief hebben zitting in deze stichting.

Hoger niveau

Een van de belangrijkste doelen van het initiatief is om zorgverleners van MS-patiënten elkaar beter te laten vinden. MS Zorg Nederland ziet zichzelf vooral als een verbindend platform. Er is in Nederland veel kennis en kunde op verschillende deelgebieden van de MS-zorg, maar deze zorg is op veel plaatsen in het land nog een versnipperd veld. Door dit beter aan elkaar te verbinden, tillen we de zorg naar een veel hoger niveau. Dat is de achterliggende gedachte achter MS Zorg Nederland. Daarbij heeft het toegevoegde waarde als artsen kunnen verwijzen naar andere deskundige zorgverleners. Veel neurologen willen, wanneer zij bijvoorbeeld verwijzen naar een fysiotherapeut of oefentherapeut, graag weten dat dit iemand is die weet waar het bij MS om gaat. Deze wetenschap maakt het werk voor de verwijzer en zorgverleners een stuk makkelijker, ook omdat patiënten daar beter bij gedijen. Anderzijds is een voordeel van het samenwerken dat dit kan gelden als een kwaliteitsstempel. Het netwerk kan als het ware een soort keurmerk vormen voor MS-zorg van goede kwaliteit. Zorgverzekeraars zoeken momenteel naar kwaliteitsindicatoren die zij kunnen gebruiken voor een selectieve inkoop van zorg. En als het veld zelf geen kwaliteitscriteria heeft gesteld, geldt vaak maar één criterium en dat is het volume van zorg. Maar te verregaande centralisatie werkt voor een chronische aandoening als MS niet goed. Het is beter als je kwalitatieve zorg kunt aanbieden in de regio waar een patiënt woont.

Om de kwaliteit van zorg en het samenwerken te bevorderen, wordt aan zorgverleners bij toetreding tot het netwerk gevraagd deel te nemen aan een tweedaagse scholing. Deze scholing heeft niet alleen tot doel het vergroten van de kennis en kunde van de deelnemers, maar vooral ook het inhoudelijk en persoonlijk (beter) leren kennen van

je regionale netwerk. Het netwerk moet een goed samenwerkend team gaan vormen. Momenteel wordt daar een goede basis voor gelegd.

Om het lidmaatschap van MS Zorg Nederland te behouden wordt vervolgens, onder andere, gevraagd om deel te nemen aan nascholingbijeenkomsten. Zo is er in iedere regio jaarlijks één multi-, en één monodisciplinaire bijeenkomst. Verder is een tweejaarlijkse landelijke nascholing verplicht gesteld.

We willen dat iedereen dezelfde uitgangspunten heeft. Daarom worden deelnemers geschoold en verwachten we van ze dat ze geschoold blijven.

Omschrijving zorg nodig

Een goede omschrijving van de zorg is nodig. Zo is er sinds kort wel een multidisciplinaire richtlijn over MS, maar hierin worden vooral hoofdlijnen benoemd terwijl de praktische invulling, die in de dagelijkse praktijk van belang is, ontbreekt. Zoals gezegd zullen de verschillende beroepsverenigingen een belangrijke rol gaan vervullen bij het bepalen van de

inhoud van de te prefereren zorg voor MS-patiënten en/of het opstellen van kwaliteitscriteria. MS Zorg Nederland ziet voor zichzelf vooral een faciliterende rol bij het ontstaan van de zorgstandaarden en de implementatie daarvan. We zijn als het ware twee sporen aan het bewandelen. Enerzijds willen wij optimale zorg beschikbaar stellen in de eigen directe omgeving van mensen met MS, en in iedere fase van de ziekte - waarvoor je netwerken nodig hebt - en anderzijds willen wij naar een betere inhoudelijke omschrijving van deze optimale zorg. Wat dit laatste betreft, is er nog veel werk te doen.

400 aangesloten zorgverleners

In de werkwijze van MS Zorg Nederland is veel interesse. Nadat het initiatief vorig jaar oktober begon met vijf regio's en 200 zorgverleners, wordt dit aantal deze herfst verdubbeld. In oktober/november van dit jaar zijn er opnieuw vijf regionale netwerken opgestart. Wat betreft het aantal zorgverleners gaan we dan naar 400. Daarbij zijn we momenteel bezig met de voorbereidingen voor de aansluiting van de volgende regio's in maart 2015, waaronder Vlissingen/Goes en Zeeuws-Vlaanderen. Als we in dit tempo doorgaan, is er na een jaar of vijf een landelijke dekking. Eind 2014 zijn er in de volgende regio's netwerken van MS Zorg Nederland actief:

- Arnhem
- Den Bosch
- Doetinchem
- Ede
- Eindhoven/Veldhoven
- Geldrop/Helmond/Weert
- Kennemerland Zuid/Haarlemmermeer
- Nijmegen
- Oss/Uden/Veghel
- Zuid-Holland Noord

Alle aangesloten zorgverleners zijn gemakkelijk door patiënten en voor elkaar te vinden via de zorgzoeker op de website: www.ms Zorg Nederland.nl/zorgzoeker/

Uitnodiging

Om de missie van MS Zorg Nederland te verwezenlijken waarbij elke MS-patiënt in zijn eigen omgeving toegang heeft tot de beste zorg, nodigen wij zorgverleners uiteraard graag uit onderdeel te worden van dit unieke proces. In eerste instantie kunnen de volgende zorgverleners toetreden: MS-verpleegkundigen, neurologen, revalidatieartsen, specialisten ouderengeneeskunde, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten en psychologen. In een latere fase zullen ook andere disciplines toegelaten worden. Van alle deelnemers binnen MS Zorg Nederland verwachten wij een duidelijke affiniteit met de zorg voor mensen met MS en een proactieve houding ten aanzien van participatie binnen het multidisciplinaire zorgnetwerk en het verder verbeteren van de zorg.

Wat maakt het interessant om deel te (gaan) nemen en wat moet je ervoor doen?

MS Zorg Nederland stelt zorgverleners in staat om de expertise op het gebied van de zorg voor mensen met MS te vergroten door middel van onder andere centrale en lokale nascholingen. Daarnaast wordt iemand onderdeel van een deskundig multidisciplinair netwerk waarbinnen intensief zal worden samengewerkt met andere zorgverleners en frequent naar elkaar zal worden verwezen. Door aan te sluiten bij MS Zorg Nederland verkrijgt de zorgverlener een herkenbaar kwaliteitskeurmerk, niet alleen voor patiënten en andere zorgverleners, maar ook bijvoorbeeld

voor zorgverzekeraars. Kort samengevat zorgt deelname aan MS Zorg Nederland voor:

- uitbreiding expertise middels nascholingen en continue informatievoorziening;
- opname in deskundig multidisciplinair netwerk met intensieve samenwerking;
- vermelding op de zorgzoeker van www.ms Zorg Nederland.nl;
- toegang tot de zorgproducten die ontwikkeld zijn door MS Zorg Nederland. Denk hierbij aan inhoudelijke richtlijnen, draaiboeken voor informatiecentra en multidisciplinaire spreekuren, etc.;
- herkenbaar kwaliteitskeurmerk voor patiënten en verwijzers en met streven naar erkenning zorgverzekeraars.

Om optimale deskundigheid en intercollegiale samenwerking te kunnen garanderen vraagt MS Zorg Nederland het volgende van haar leden:

- de intentie om minimaal twee jaar lid te zijn;
- eenmalig volgen van de tweedaagse basisscholing met daarbij aandacht voor de achtergronden van MS, het realiseren van optimale samenwerking en verdere diepgang ten aanzien van kennis en kunde binnen het eigen vakgebied;
- eenmaal per jaar deelname aan een multidisciplinaire regionale bijeenkomst;
- eenmaal per jaar deelname aan een monodisciplinaire regionale bijeenkomst;
- eenmaal per twee jaar deelnemen aan het landelijke multidisciplinair MS symposium;
- aanmelden op diverse informatievoorzieningen van MS Zorg Nederland, zoals de digitale nieuwsbrief en de Digitalepoli.

Zowel voor de tweedaagse basisscholing als voor het landelijk multidisciplinair MS-symposium is accreditatie aangevraagd bij de diverse beroepsverenigingen.

De kosten bedragen € 395 per persoon voor het kalenderjaar waarin de zorgverlener lid wordt. Dit is inclusief lidmaatschap, deelname aan de tweedaagse scholing, vermelding op de zorgzoeker en deelname aan de regionale bijeenkomsten. Vanaf het daarop volgende kalenderjaar bedragen de kosten € 95 euro per persoon per jaar, waarbij alleen het verplichte multidisciplinaire MS symposium nog apart betaald moet worden.

Selectieprocedure

In principe kan iedere gekwalificeerde zorgverlener lid worden van MS Zorg Nederland. Omdat wij streven naar optimale zorg in de directe omgeving van de patiënt zal bij vorming van het netwerk gelet worden op geografische spreiding. Daarnaast zal gekeken worden naar zichtbare affiniteit en ervaring met zorg voor mensen met MS. ●



Meer informatie

Voor verdere informatie over MS Zorg Nederland, aanmelden, een overzicht van de aangesloten zorgverleners e.d. verwijzen wij graag naar onze website: www.ms Zorg Nederland.nl. We zijn ook per mail bereikbaar via info@ms Zorg Nederland.nl

Imagine

motor imagery bij chronische pijn

Een literatuurstudie

Bachelor Thesis Oefentherapie
Auteur: Sonja Evers¹
Begeleider: Greet Gevers²
Hogeschool van Amsterdam,
2014

Er komt in de gezondheidszorg, maar ook op andere gebieden, steeds meer aandacht voor chronische pijn. Dit is pijn die langer dan drie maanden duurt. Het betreft een grote groep patiënten. Eén op de vijf volwassen Europeanen lijdt aan chronische pijn. In Nederland betreft dit meer dan 2 miljoen volwassenen. Chronische pijn heeft een forse impact op het dagelijks functioneren, de kwaliteit van leven en het ziekteverzuim en gaat gepaard met aanzienlijke directe en indirecte kosten (Regieraad kwaliteit van zorg, 2011). Verschillende nationale en internationale autoriteiten op het gebied van chronische pijn ontwikkelden mede hierdoor een andere visie op de behandeling van chronische pijn.

Er wordt steeds meer duidelijk over chronische pijn, vooral over de belangrijke rol die het centraal zenuwstelsel hierbij speelt. Plasticiteit van de hersenen en sensitiviteit zijn daarbij kernbegrippen. De verklaring voor chronische pijn wordt volgens Van Cranenburgh (2012) nog vaak gezocht in somatische danwel psychische oorzaken en een beperking van veel

behandelingen is, dat deze perifeer aangrijpen en passief zijn (de patiënt ondergaat), wat kan leiden tot toename van invaliditeit. Omdat bij chronische pijn plastische veranderingen in het neurale pijnsysteem zijn aangetoond, zouden behandelingen voor het normaliseren van het pijnsysteem zich vooral moeten richten op verandering van de centrale neurale representatie

van het lichaamsdeel. Of populairder gezegd: men moet toegang zoeken tot het virtuele brein en het brein trainen (Butler & Moseley, 2013).

Een behandeling in deze context voor chronische pijn die vaak wordt genoemd is Motor Imaging of Motor Imagery: het in de verbeelding oefenen van een beweging, zonder zelf enige beweging te maken. Voor de eenduidigheid is in het hierna volgende gekozen voor Motor Imagery (MI). Het uitgangspunt van Van Cranenburgh (2009) is dat door MI in de hersenen de plastische veranderingen ontstaan die nodig zijn voor het beheersen van de beweging/taak die geoefend moet worden. MI kan volgens hem nuttig zijn in die gevallen waarin het werkelijk oefenen niet mogelijk of moeizaam is, bijvoorbeeld bij immobiliteit ten gevolge van gips, voor een musicus of sporter op zijn hotelkamer of wanneer bewegingen pijnlijk zijn. Zo ziet hij ook een toepassing bij chronische pijnpatiënten voor wie fysiek oefenen door de pijn niet, of slechts beperkt, mogelijk is. Butler & Moseley hebben op basis van verschillende onderzoeken een therapie-methode ontwikkeld waarin MI een onderdeel van een stapsgewijs behandelplan vormt: Graded Motor Imagery (GMI) (<http://www.gradedmotorimagery.com>).

¹ Oefentherapeut Cesar en student Maatwerktraject Oefentherapie Hogeschool van Amsterdam, Nederland
² Docent oefentherapie Mensendieck Hogeschool van Amsterdam, Nederland



Sonja Evers

Sinds 2011 wordt het Protocol Chronische Pijnpatiënten (Stichting landelijk netwerk chronische pijn, 2013) gebruikt door oefentherapeuten aangesloten bij de Stichting Landelijk Netwerk Oefentherapeuten Chronische Pijn (SLNOCP). Binnen dit protocol wordt nog geen aandacht besteed aan MI bij de behandeling van patiënten met chronische pijn.

De hypothese waarop dit artikel is gebaseerd is dat MI effectief is als aanvulling op de behandeling zoals die wordt gegeven aan patiënten met chronische pijn door oefentherapeuten aangesloten bij het SLNOCP. Deze systematische literatuurstudie richt zich dan ook op de vraag of er in de literatuur voldoende bewijs is voor werkzaamheid van MI bij chronische pijnpatiënten.

Onderzoeksvraag voor systematische literatuurstudie: Welke effecten van MI, bij de behandeling van volwassenen met chronische pijn voor verbetering van algemeen niveau van functioneren, zijn bewezen?

Methode

Er is aanvankelijk gezocht naar relevante artikelen via het sneeuwbaaleffect, door te zoeken in de literatuurlijsten van het artikel in Beweegreden van B. van Cranenburgh (2012) en het boek Begrijp de Pijn van Butler en Moseley (2013).

Daarna is in de periode februari-maart 2014 gezocht in verschillende relevante elektronische databases: HBO Kennisbank, Google Scholar, SUMSearch, Cochrane Library Trials, Cochrane reviews, Cinahl plus with full text, PEDRO, Pubmed.

Gebruikte zoektermen: motor imaging, motor imagery, motor imag*, chronic pain en effect. De volgende inclusiecriteria zijn toegevoegd: artikelen niet ouder dan vijf jaar, geschreven in het Nederlands of Engels en volledige tekst beschikbaar.

De gevonden artikelen werden door middel van een quickscan op titel en abstract beoordeeld en geselecteerd, waarbij de volgende exclusiecriteria werden gebruikt: kinderen, ouderen, stroke/CVA/beroerte, brain injury, fantoompijn/phantom limb pain. Na screenen op overlap van artikelen bleven uiteindelijk dertien artikelen over, waarvan de volledige tekst is gelezen, o.a. critical review, RCT, systematic review and meta analysis, case studies. Hierbij vielen nog drie artikelen af omdat deze buiten het bestek van dit literatuuronderzoek vielen

of omdat het een protocol voor een nog uit te voeren studie betrof. Twee artikelen hadden MI als onderwerp, maar waren onderzocht bij sporters. Omdat er een relatie werd gelegd naar revalidatieprogramma's en de onderzoeken voor oefentherapeuten behandelbare aspecten beschreven, zijn deze onderzoeken toch geselecteerd. Figuur 1 is een schematische weergave van de zoekstrategie.

De 10 artikelen zijn beoordeeld op methodologische kwaliteit (Tabel 1) middels de beoordelingslijsten analyselijst voor systematische review, analyselijst voor interventieonderzoek en AGEE II-instrument voor beoordeling van richtlijnen.

Tabel 1. Beoordeelde artikelen met methodologisch kwaliteitsniveau op basis van landelijke afspraken CBO (2007), te zien in bijlage 1.

Resultaten

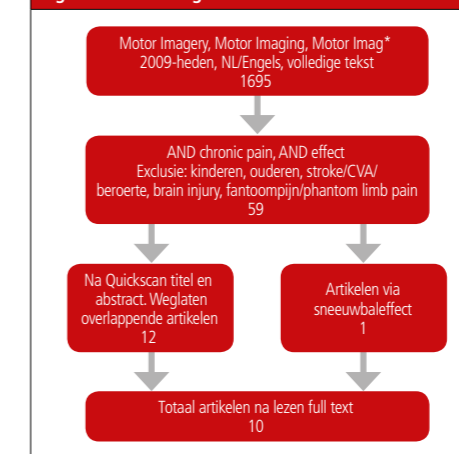
Evidence voor MI

Zangrando et al. (2014) beschreven een single case study om MI te evalueren in het kader van revalidatie bij chronische schouderpijn. Er was significante pijnvermindering (71%) en functieverbetering (50%). Het gebruik van MI in revalidatie zou een mogelijk alternatief zijn voor de behandeling van chronische schouderpijn die resistent is voor andere revalidatie protocollen. Het moeilijkste volgens de auteurs is, om de juiste verbeelding van de beweging tot stand te brengen, zodat de juiste informatie over lichaamsgevoel de verstoorde representatie in de hersenen kan beïnvloeden. Belangrijk is om de kwaliteit van de MI te checken. Om te beoordelen of de patiënt tot MI in staat is

helpt het om de patiënt de MI te laten omschrijven: van welke informatie is de patiënt zich bewust, kan de patiënt de lichaamsdelen detecteren die nodig zijn voor de beweging, hoe is het besef van ruimtelijke oriëntatie, van timing en van coordinatie? De ervaringen van de patiënt moeten leiden tot kennis en autonomie, zijn/haar vaardigheden benadrukken en moeten een stabiel gedragsrepertoire bewerkstelligen, dat kan worden geïnternaliseerd.

Mizuguchi et al. (2012) vatten in hun review verscheidene aspecten van MI samen. Verschillende studies bewijzen het effect van MI op basismotorische vaardigheden, spierkracht en flexibiliteit bij sportuitoefening. Volgens de auteurs bevestigen vele studies dat MI eveneens nuttig kan zijn bij het verbeteren van prestaties in revalidatieprogramma's. MI is een subjectieve ervaring maar kan toch objectief geëvalueerd en geanalyseerd worden. Hoe goed iemand MI kan uitvoeren, kan volgens hen in de praktijk worden gemeten met vragenlijsten of door de tijd te meten die nodig is om een beweging voor te stellen. De auteurs stellen dat activatie van de hersenen bij MI sterker is als de inbeelding ondersteund wordt met sensorische input, door bijvoorbeeld de ingebeelde houding aan te nemen of door een object wat bij de beweging verbeeld wordt vast te houden. Belangrijk is om te definiëren vanuit welk perspectief MI wordt toegepast, derdepersoons perspectief (extern) danwel eerstpersoons perspectief (intern). Ook is er verschil in visuele of kinesthetische MI, waarbij kinesthetische imagery het meest overeenkomt met eerstpersoons perspectief, vaak met

Figuur 1. Zoekstrategie



Tabel 1. Beoordeelde artikelen met methodologisch

Artikel	Soort onderzoek	Kwaliteitsniveau artikel
Bowering et al. 2013	Systematic review + meta-analysis	B
van de Munt 2012	Systematic review	B
Mizuguchi et al. 2012	Review Article	C
Bovend'Eerd et al. 2012	Practical research-based guidance	C
Priganc & Stralka 2011	Case study	C
Guillot et al. 2010	Vergelijkend onderzoek	B
Bowering et al. 2014	Cohort onderzoek	B
Zangrando et al. 2014	Case report	C
Malouin et al. 2013	Critical review	C
Schuster et al. 2011	Systematic review	A1

kwaliteitsniveau op basis van landelijke afspraken CBO (2007), te zien in bijlage 1.



input van meerdere verschillende sensorische modaliteiten en meer hersenactiviteit. Visuele imagery komt overeen met derdepersoons perspectief.

Verbetering van stretching en flexibiliteit door MI werd in de sportwereld bevestigd door Guillot et al. (2010). Zij vergeleken twee groepen synchroonzwemsters, waarvan een groep getraind werd met MI in een vijfweeks programma. De synchroonzwemsters met de beste scores op MI zaten in de MI-groep en hadden meer verbetering in bewegingsuitslag. De interne validiteit van het onderzoek was echter niet sterk want er was geen blinding: de training en de metingen werden door dezelfde onderzoeker gedaan.

Schuster et al. (2011) analyseerden in hun systematic review elementen van succesvolle MI trainingssessies gericht op aanleren en verbeteren van motorische vaardigheden, uitvoering en kracht bij vijf verschillende disciplines, te weten educatie, geneeskunde, muziek, psychologie en sport. Analyses van de inhoud van de MI trainingssessies (MITS) zijn gedaan om te bepalen welke elementen

succesvol zijn voor implementatie in de praktijk. Het betrof zeer heterogene MI interventies, mede door de variëteit in geoefende taken; een muziekstuk instuderen met MI duurt langer dan een beweging van een ledemaat met MI oefenen. De gemiddelde interventieduur was 34 dagen. Hierin vonden gemiddeld 13 MITS plaats. De gemiddelde MITS-duur bedroeg 17 minuten waarin gemiddeld 34 MI oefeningen werden gedaan. De gemiddelde totale MI oefentijd was 178 minuten. Vier elementen van MITS bleken belangrijk te zijn voor succes: individuele sessies, gesuperviseerd door een therapeut zonder dat deze gedetailleerde aanwijzingen geeft en in aansluiting op fysieke training.

Bovend'Eerd et al. (2012) hebben een evidence based richtlijn geschreven over MI bij neurorevalidatie, waarbij vermeld wordt dat de richtlijn niet onderzocht is op effectiviteit. MI zou volgens de auteurs makkelijk kunnen worden toegepast bij de huidige behandelingen van volwassenen met chronische pijn, want het lijkt kosteneffectief, het is veilig en het is praktisch: MI kan overal en op elk moment van de dag gedaan worden. MI stimuleert het adaptatieproces van het brein en resulteert in verbeterd herstel. MI is het meest effectief in combinatie met fysieke oefening, maar vervangt dit niet.

De auteurs beschrijven een cyclisch proces voor MI (figuur 2):

- Oriëntatiefase: de patiënt voorbereiden op het uitvoeren van de taak door hem te helpen zich te oriënteren op de situatie, de omgeving, de taak, het doel en mogelijkheden. Een intern concept wordt gevormd over hoe de taak moet worden uitgevoerd in deze specifieke situatie, een soort actieplan. De therapeut kan de scene schetsen.
- Uitvoeringsfase: activiteiten die worden geoefend met MI moeten een duidelijk begin en eind hebben, snelheid en timing moeten zorgen voor een vloeiende beweging. De uitvoering van de beweging kan worden beschreven door de therapeut.
- Controlefase: de patiënt checkt of de reële beweging overeenkomt met het interne concept en pas, indien nodig, de MI aan. Ook zij geven het belang aan van het beoordelen van de MI ability en van de inhoud van de MI. Belangrijk is de intensiteit van de inbeelding; in hoeverre worden de zintuigen gebruikt om het realiteitsgehalte te ondersteu-

nen, liefst zo levendig en helder mogelijk. Ook controle over het proces van MI is belangrijk, omdat iemand zich moet voorstellen dat de beweging/taak op een juiste manier tot een goed eind wordt gebracht. Omdat een nieuwe beweging meer cognitieve aandacht vraagt dan een ingetrainde beweging, zou MI goed passen bij het aanleren van een beweging. De verbeelde beweging moet zo veel mogelijk de echte beweging benaderen en het liefst in de context. Om integratie te bewerkstelligen kan steeds iets veranderd worden, bijvoorbeeld het tempo van bewegen, de frequentie, de houding, de afstand en het gebruik van objecten, de omgeving zelf.

Malouin et al. (2013) sluiten in hun onderzoek hierbij aan. Zij stellen ook dat complexe taken kunnen worden getraind als fysiek oefenen niet mogelijk is en beschrijven een positief effect op de motorische functie, maar stellen tegelijkertijd dat mentale training een complex proces is dat zich juist niet gemakkelijk leent voor toepassing in reguliere revalidatieprogramma's. MI kan niet alleen vaardigheden oefenen en verbeteren, maar ook de motivatie, het focus en het zelfvertrouwen en vermindering van angst bewerken. Minder angst voor een recidief geeft meer ontspanning en betere trainingsresultaten. Het beste resultaat geeft MI in combinatie met fysiek oefenen. Mentale training bereidt de fysieke uitvoering voor en kan zorgen voor een efficiëntere uitvoering ervan. Bij neurologische revalidatie wordt MI zeer verschillend toegepast en de auteurs concluderen dat de optimale toepassing onduidelijk blijft. Ze stellen voor toepassing in de praktijk het volgende kader voor: Stap 1: Introductie MI training. Begin met de patiënt zich een of twee bewegingen/taken te laten inbeelden om met MI vertrouwd te raken een bewegestrategie aan te leren en vertrouwen te krijgen in een succesvolle fysieke uitvoering van de beweging/taak.

Stap 2: Toepassen van MI in de fysieke trainingssessies. Begin met het laten inbeelden (MI) van een simpele beweging die ook daadwerkelijk uitgevoerd kan worden en laat de patiënt MI afwisselen met de fysieke uitvoering van de beweging/taak. Herhaal dit enkele malen. Ga door met steeds moeilijker wordende bewegingen. Wissel MI steeds af met de fysieke uitvoering van de beweging/taak en herhaal



Het focus ligt op bewegestrategie, motivatie en concentratie

dit enkele malen. De fysieke uitvoering geeft sensorische feedback die de levendigheid van de MI bevordert. Stap 3: Motorisch leren vraagt om veel herhalingen van de aan te leren beweging. Stimuleer daarom het doen van "thuiswerk".

Evidence voor GMI

Priganc & Stralka (2011) bespreken GMI, een behandeltechniek die uitgaat van het 'top down' principe bij chronische pijn. Het idee achter GMI is het geleidelijk activeren van corticale motorische netwerken zonder uitlokken van de beschermende pijnreactie, waardoor corticale reorganisatie bewerkstelligd wordt wat chronische pijn zou doen verminderen. GMI bestaat uit drie opeenvolgende stappen: Lateralisatietraining (left/right judgments): verschillende foto's van de linker en rechter ledemaat in verschillende standen worden aan de patiënt getoond en de patiënt moet zo snel mogelijk beoordelen of het links of rechts is, zonder dat deze opdracht pijn oplevert. De onderliggende gedachte is dat de mogelijkheid om onderscheid te kunnen maken tussen links en rechts afhangt van een intact lichaamsschema oftewel een accurate corticale representatie van het lichaam. Patiënten met chronische pijn zouden langer doen over de taak en meer fouten maken. Lateralisatietraining activeert de premotorische cortex en herstelt het links/rechts concept in het brein. Motor Imagery: de patiënt wordt gevraagd om

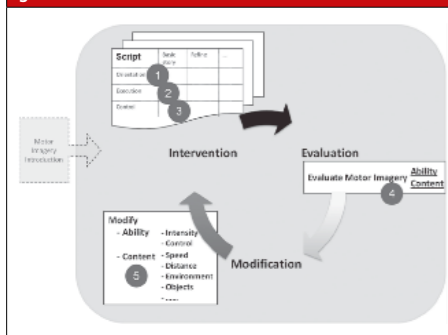
zich een bepaalde stand van een ledemaat visueel voor te stellen zonder daadwerkelijk die stand uit te voeren. Zodra dit lukt zonder pijn, worden bewegingen succesvol gevisualiseerd. De onderliggende gedachte bij deze stap is dat chronische pijnpatiënten pijn ervaren door alleen al te denken aan een beweging. Door MI training zou de gevisualiseerde beweging geen pijn meer doen. Spiegeltherapie (mirrortherapie): met behulp van een 'mirror box' (figuur 3) wordt de illusie gewekt dat de pijnlijke ledemaat beweegt zonder dat deze beweging pijn veroorzaakt. De patiënt ziet de niet-pijnlijke hand in de spiegel bewegen, waarbij het lijkt alsof het de pijnlijke hand is die pijnvrij beweegt (die hand zit feitelijk achter de spiegel en beweegt niet). Als deze opdracht lukt zonder pijn, dan wordt de patiënt gevraagd de aangedane hand gelijktijdig mee te bewegen, terwijl hij in de spiegel de pijnvrije hand ziet bewegen. Spiegeltherapie zou zorgen voor positieve feedback in de cortex, dat niet alle bewegingen pijnlijk hoeven zijn en heeft sterke invloed op gedachten en emoties. De auteurs beschrijven een case study van een patiënt met CRPS die baat had bij GMI binnen een pijnmanagement programma. Na de GMI gaf de patiënt pijnvermindering aan, verbetering van de bewegingsuitslag en functionele verbetering van de ledemaat. De auteurs concluderen dat patiënten met chronische pijn mogelijk baat hebben bij GMI

voor het hertrainen van het brein.

In een nog niet gepubliceerd artikel van Bowering et al. (2014, publish ahead of print) is voor de romp een aangepaste versie ontwikkeld van de lateralisatietraining van GMI, omdat de romp als een geheel functioneert. De houding moet worden beoordeeld als een rotatie of lateroflexie naar links/rechts ten opzichte van het midden. Het bleek dat mensen met rugpijn minder accuraat waren in het beoordelen van de houdingen dan mensen zonder rugpijn. Het minst accuraat waren mensen met een episode van rugpijn in hun voorgeschiedenis en rugpijn tijdens de test. De auteurs veronderstellen dat de uitvoering van MI van de romp verminderd is bij deze mensen door fysiologische veranderingen in de corticale representatie van voor de rug relevante gebieden in de hersenen. Sommige mensen lijken zich beter aan te passen na een episode van rugpijn, zij voeren de taak beter uit en zouden minder kans hebben op recidief. Anderen herstellen minder goed, voeren de taak slechter uit en zouden meer kans hebben op recidiverende rugklachten. Maar dit is een hypothese en moet nog verder onderzocht worden.

Bowering et al. (2013) heeft bewijsmateriaal uit de beschikbare literatuur (RCT's) systematisch geëvalueerd op het effect van GMI en de drie afzonderlijke deelcomponenten daarvan op

Figuur 2. Schematic illustration of the motor imagery guidance.



Overgenomen van "Practical research-based guidance for motor imagery practice in neurorehabilitation" door Bovend'Eerd, T.J.H., Daves, H., Sackley, C., & Wade, D.T., 2012, Disability & Rehabilitation, 34(25), p. 2196. Copyright 2012 Informa UK, Ltd.

Figuur 3. Example of a mirror box.



Overgenomen van "Graded motor imagery" door Priganc, V.W., & Stralka, S.W. 2011, Journal of hand therapy, 24(2), p. 166. Copyright 2011 Hanley & Belfus, an imprint of Elsevier Inc.

de pijnintensiteit bij chronische pijnpatiënten. Deze onderzoeken zijn gedaan bij patiënten met onder andere CRPS en rugpijn. Het onderzoek laat verschillende resultaten zien ten aanzien van het effect van GMI en de drie deelcomponenten ervan en het is nog niet duidelijk of deze resultaten van toepassing zijn op andere groepen patiënten met chronische pijn.

- Lateralisatietraining zou geen effect hebben op chronische pijn en werd nooit als aparte therapie gegeven, alleen als onderdeel van GMI.
- MI zou de pijnintensiteit doen toenemen en daarom juist niet geïndiceerd zijn voor chronische pijnpatiënten.
- Spiegeltherapie lijkt effectief voor pijnvermindering bij chronische pijn.
- GMI lijkt vergeleken met de gangbare fysiotherapie effectief m.b.t. pijnvermindering, maar dit resultaat kon in een andere studie niet bevestigd worden. De vaste volgorde van GMI componenten lijkt wel van belang.

Van de Munt (2012) heeft een literatuurstudie gedaan naar het effect en de bewijskracht van GMI en Pain Exposure Physical Therapy (PEPT) bij volwassenen met CRPS type 1 op de pijn en op het functioneren. PEPT valt buiten dit on-

derzoek en wordt verder buiten beschouwing gelaten. Het zou aannemelijk zijn dat GMI effectief is met betrekking tot pijnvermindering en functieverbetering bij volwassenen met CRPS type 1. Ook hier lijkt de volgorde waarin GMI uitgevoerd wordt van groot belang evenals het strikt volgen van het GMI protocol.

Discussie

Tijdens dit onderzoek bleek dat wetenschappelijk onderzoek naar MI bij chronische pijn nog in de kinderschoenen staat. Tijdens het zoeken naar artikelen in de databases kwamen wel veel onderzoeken naar voren over MI bij CVA en fantoompijn, maar deze vielen buiten het bestek van dit onderzoek omdat bij die groepen sprake is van forse neuronale schade.

De onderzoeken beschreven verschillende effecten en manieren van toepassing van MI in de revalidatie. De doelgroepen waren heterogeen zodat de resultaten niet gelden voor chronische pijnpatiënten in het algemeen. Daarbij waren de onderzoeken vaak gedaan bij kleine groepen patiënten (N= of < 50) en door de aard van de therapie was blinding niet mogelijk, wat het

kwaliteitsniveau van de onderzoeken deed afnemen. Van deze tien artikelen is één artikel beoordeeld op niveau A1, zijn vier artikelen beoordeeld op niveau B en vijf op niveau C.

Tabel 2 geeft een overzicht van de effecten van MI/GMI uit de verschillende artikelen.

Ten aanzien van MI als een op zichzelf staande vorm van therapie zijn er tegenstrijdige effecten gevonden.

Er zijn aanwijzingen dat MI leidt tot toename van pijnintensiteit (Bowering et al., 2013). Dat komt ook uit een onderzoek van Moseley (2008) naar voren waaruit blijkt dat MI bij patiënten met CRPS een toename van pijn en zwelling geeft. Deze toename van pijn en zwelling was positief gerelateerd met de duur van de symptomen, catastrofen en bewegingsangst. Het gebruik van MI bij patiënten met chronische pijn zou mogelijk kunnen leiden tot toename van de pijn en zou daarom gecontraïndiceerd zijn. Zangrando (2014) concludeert daarentegen dat MI kan leiden tot pijnvermindering en functieverbetering. Mizuguchi et al. (2012) en Guillot et al. (2010) constateren eveneens dat men MI kan toepassen voor verbetering van motorische vaardigheden, kracht en mobiliteit.

Door onderzoeken van Bowering (2013), Van de Munt (2012) en Priganc & Stralka (2011) is het aannemelijk dat GMI, waarvan MI een onderdeel vormt, kan leiden tot pijnvermindering. Er zijn aanwijzingen dat GMI invloed heeft op verbetering van mobiliteit en functioneren.

De volgorde waarin de drie componenten van GMI uitgevoerd worden lijkt van groot belang, evenals het strikt volgen van het GMI protocol. Niet duidelijk is of het protocol van GMI in de klinische praktijk te implementeren is, daarnaar zou meer onderzoek gedaan moeten worden.

Er is nog geen onderzoek gedaan naar GMI zonder MI; mogelijk zou dat nog effectiever zijn. GMI is voornamelijk onderzocht in Australië door Moseley en zijn team. Vervolgonderzoek buiten Australië en door andere onderzoekers zouden de conclusies kunnen versterken.

Er zijn aanwijzingen dat een onderdeel van GMI, spiegeltherapie, positief effect heeft op de pijnintensiteit bij chronische pijn (Bowering, 2013). De vraag is in hoeverre het gebruik van

Er wordt steeds meer duidelijk over chronische pijn, vooral over de belangrijke rol die het centraal zenuwstelsel hierbij speelt

spiegels door een oefentherapeut kan worden vergeleken met spiegeltherapie zoals toegepast in deze onderzoeken. Een interessant onderzoek in deze context is van Wand et al. (2012) waaruit blijkt dat patiënten met aspectieve lage rugpijn significant minder pijn toename en snellere pijnafname ervoeren als zij hun rug in spiegels konden zien tijdens het bewegen van de lage rug. Vervolgonderzoek naar spiegelgebruik door de oefentherapeut bij patiënten met chronische pijn zou daarop mogelijk een antwoord kunnen geven.

MI is een relatief nieuwe interventie in de revalidatie. In de onderzoeken van Schuster (2011), Bovend'Eerd et al. (2012) en Malouin et al. (2013) worden op basis van wetenschappelijk onderzoek wel handvatten aangereikt hoe MI zou kunnen worden toegepast in de praktijk, maar dit is nog niet onderzocht op effectiviteit. Het is belangrijk dat er meer onderzoek wordt gedaan naar de effectiviteit, de inhoud en dosering van MI bij diverse patiëntengroepen met chronische pijn.

Een interessant onderzoeksprotocol is gevonden in de databanken is van Plumbe (2013). Het is een opzet voor een review naar spiegeltherapie, GMI en virtual illusion met behulp van computertechnologie bij patiënten met chronische pijn. Het creëren van een visuele illusie van een niet pijnlijk bewegend lichaamsdeel zou mogelijk pijnvermindering en functionele verbetering kunnen bewerkstelligen. Een mogelijke verklaring voor de manier waarop deze interventies zouden werken, is volgens hen het beïnvloeden van de ongewenste plastische veranderingen in het centraal zenuwstelsel die bij patiënten met chronische pijn

zijn opgetreden. Maar het is nog niet duidelijk hoe deze plastische veranderingen gecorrelleerd zijn met de pijn: of ze de oorzaak, of het gevolg van de pijn zijn. De resultaten van dit onderzoek lijken interessant, maar zijn nog niet gepubliceerd.

Priganc & Stralka (2011) noemen in hun inleiding ook spiegelneuronen, een relatief nieuwe ontdekking waar momenteel veel onderzoek naar wordt gedaan. Spiegelneuronen zijn speciale neuronen in het brein die vuren bij het observeren van iemand anders, bijvoorbeeld als die beweegt, maar ook bij visuele inbeelding en het daadwerkelijk uitvoeren van bewegingen. Spiegelneuronen zijn onderdeel van hoog cognitieve processen en helpen bij het leren. Er is een hypothese dat deze spiegelneuronen niet goed werken bij mensen met chronische pijn, maar daar zal in de toekomst nog meer onderzoek naar moeten worden gedaan.

Ramachandran en Altschuler (2009) geven aan dat zintuigen en ook de verschillende hersencentra veel sterker samenwerken dan aanvankelijk werd gedacht. Door middel van visuele feedback, zoals spiegeltherapie maar ook onder invloed van MI, kunnen functies van de hersenen soms herstellen en kan verbetering optreden van somatische pijn, huidtemperatuur, kracht, bewegingsuitslag, paresthesieën en van beperkingen in ADL. Het zou in dit kader interessant zijn onderzoek te doen naar de werkwijze van oefentherapeuten, waarbij onder andere het gebruik van spiegels, uitleg, het voordoen van bewegingen en het functioneren als rolmodel in houding en beweeggedrag mogelijk de spiegelneuronen en/of hersencentra beïnvloedt.

Conclusie en aanbevelingen voor de praktijk

Dit literatuuronderzoek is uitgevoerd om een antwoord te geven op de vraag: Welke effecten van MI bij de behandeling van volwassenen met chronische pijn voor verbetering van algemeen niveau van functioneren zijn bewezen? Het is aannemelijk dat MI/GMI van toegevoegde waarde kan zijn ter vermindering van pijn. Uit de literatuur wordt tegelijkertijd aannemelijk dat de pijnklachten toenemen bij toepassing van MI. Het verdient aanbeveling nader te onderzoeken welke factoren van invloed zijn op het al dan niet succesvol zijn van MI. Ook zijn er aanwijzingen dat MI van invloed is op verbetering van mobiliteit, kracht en functie hetgeen kan bijdragen aan verbetering van algemeen niveau van functioneren, maar dit moet nader onderzocht worden bij diverse chronische pijnpatiënten. Ook zou nader onderzocht moeten worden wat de raakvlakken van MI met oefentherapie zijn en of het als aanvulling op de gebruikelijke werkwijze het algemeen functioneren van patiënten met chronische pijn kan bevorderen. Dit zou mogelijk in een praktijkonderzoek kunnen worden getoetst.

Op grond van de onderzochte literatuur is de aanname dat MI effectief is als aanvulling op de behandeling zoals die wordt gegeven aan patiënten met chronische pijn door oefentherapeuten aangesloten bij het SLNOCP nog onvoldoende te onderbouwen.

Dankbetuiging

Graag wil ik Karen Bok, oefentherapeut Cesar en Sandra Struys, neuroloog n.p., hartelijk bedanken voor hun nooit aflatende steun, aanmoediging en adviezen tijdens het proces van deze Bachelor Thesis. Tevens gaat mijn dank uit naar alle medestudenten van het maatwerk traject, Greet Gevers, Paul Keesen, Eveline de Jong, Ben van Cranenburgh, Paul Voorn en Monique Bak voor hun inbreng tijdens dit literatuuronderzoek.

Voor het dankwoord, de referenties, de survey en bijlagen verwijzen we u naar de website → Bekendheid → Bewegegreden ●



Artikel	Kwaliteitsniveau artikel	Doelgroep	Effect van MI/GMI:				
			Pijn ↓	Pijn ↑	Functioneel ↑	ROM ↑	Kracht ↑
Bowering et al. 2013	B	Patiënten met CRPS, fantoompijn, rugpijn	GMI	MI			
van de Munt 2012	B	Patiënten CRPS 1	GMI		GMI		
Mizuguchi et al. 2012	C	Sporters			MI	MI	MI
Priganc & Stralka 2011	C	CRPS	GMI		GMI	GMI	
Guillot et al. 2010	B	Synchroonzwemsters				MI	
Zangrando et al. 2014	C	Schouderpijn	MI		MI		

Gebruikte afkortingen: MI= motor imagery; GMI= graded motor imagery; ROM= range of motion, de bewegingsuitslag in een gewricht; CRPS= complex regional pijn syndroom.

Door 'tijdgebrek' en onwetendheid worden vaak veel activiteiten die bewoners nog zelf zouden kunnen uitvoeren overgenomen



Effecten van een bewegprogramma voor demente ouderen in het verpleeghuis op kwaliteit van leven

Een gecontroleerde studie

Auteurs:
Mieke Koning-van Zuilen en
Robert Lindeboom

Dit artikel is eerder gepubliceerd
in "Fysiotherapie en ouderenzorg"
jrg. 28, uitg. juni 2014, nr. 2

In de komende jaren zal de vergrijzing van de samenleving enorm toenemen⁽¹⁾. Er is niet alleen een toename van het aantal ouderen, maar de ouderen worden ook steeds ouder. Ouderdom gaat vaak gepaard met multimorbiditeit, beperkingen en kwetsbaarheid. Kwetsbaarheid wordt gekenmerkt door gewichtsverlies, lage loopsnelheid, spierkrachtverlies, lage fysieke activiteit en uitputting⁽²⁾. De beperkingen die vooral de activiteiten in het dagelijkse functioneren betreffen zijn een bijkomend probleem bij kwetsbaarheid.

Veel kwetsbare ouderen worden uiteindelijk opgenomen in verpleeghuizen of zorginstellingen. In Nederland worden relatief meer mensen opgenomen in instellingen dan in de ons omringende landen. Volgens de Gezondheids-

Mieke Koning-van Zuilen, MSc is geriatriefysiotherapeut, docent opleiding Fysiotherapie Hogeschool Utrecht en klinisch epidemioloog. Dr. Robert Lindeboom is Master Evidence Based Practice aan de Universiteit van Amsterdam. E-mail: mieke.koning-vanzuilen@hu.nl

raad is er bij meer dan de helft van de mensen die in een verpleeghuis zijn opgenomen sprake van een dementieel beeld. De laatste tijd is veel onderzoek gedaan naar de invloed van bewegen op fysiek en cognitief functioneren⁽³⁻⁵⁾. Bewegen heeft een positief effect op het voorkomen van valincidenten⁽⁶⁾, op de activiteiten in het dagelijks functioneren⁽⁷⁾, op het beloop van cardiovasculaire aandoeningen⁽⁸⁾ en ziektes als osteoporose⁽⁹⁾, diabetes⁽¹⁰⁾, artritis⁽¹¹⁾, depressie⁽¹²⁾ en dementie⁽¹³⁾. Een tekort aan beweging maakt ziek en afhankelijk, vooral bij kwetsbare ouderen⁽¹⁴⁾. Hoewel

de negatieve aspecten van inactiviteit bekend zijn, is er in verpleeghuizen nog steeds relatief weinig aandacht voor de lichamelijke activiteit van de bewoners. Door 'tijdgebrek' en onwetendheid worden vaak veel activiteiten die bewoners nog zelf zouden kunnen uitvoeren overgenomen. Zo ontstaat een soort 'aangeleerde hulpeloosheid' en een passieve woonomgeving.

Onderzoek van het Nederlands Instituut voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek (TNO) uit 2008 wees uit dat bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen slechts vijf minuten per dag bewegen, waarbij de bewoners zelf aangaven circa zeven minuten per dag actief te zijn⁽¹⁴⁾. TNO heeft vervolgens onderzoek gedaan naar een norm voor gezond bewegen voor ouderen. Tot nu toe zijn er geen gevalideerde richtlijnen voor de aanbevolen dagelijkse hoeveelheid beweging. Er is op basis van bestaande internationale richtlijnen een Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) ontwikkeld in 1998. Deze richtlijn is gespecificeerd naar drie leeftijdscategorieën, te weten jeugdigen (jonger dan 18 jaar), volwassenen (18-55 jaar) en 55+ers, en geeft de minimale hoeveelheid lichaamsbeweging aan die nodig is om de gezondheid te verbeteren dan wel te handhaven. De NNGB is overigens een niet gevalideerde norm die wel uitgangspunt is geworden van overheidsbeleid. In 2008 is door TNO onderzocht in hoeverre deze richtlijn bruikbaar is voor de groep kwetsbare ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen. Hieruit zijn de volgende aanbevelingen naar voren gekomen:

- dagelijks bewegen gedurende 15-30 minuten;
- verspreid over de dag;
- type activiteiten afstemmen op de wenselijkheid van de bewoners;
- matig intensief bewegen, waarbij voor de zeer oude oudere elke vorm van bewegen voldoende is.

De richtlijn is gebaseerd op literatuuronderzoek en op de mening van experts⁽¹⁴⁾. Deze studie onderzoekt of deze richtlijn haalbaar is bij demente bewoners in het verpleeghuis en of de gunstige effecten van bewegen leiden tot een betere kwaliteit van leven, verbeterde stemming, verbetering in Activiteiten van het Dagelijks Leven (ADL) en verbetering van fysiek functioneren.

Methode

Het onderzoek betrof een gecontroleerde, niet-gerandomiseerde klinische trial. Het was niet mogelijk om per bewoner te randomiseren, daar er een training van het personeel heeft plaatsgevonden en er veel groepsactiviteiten op het gebied van bewegen plaatsvonden, waarbij het moeilijk is om bepaalde mensen uit te sluiten. Tevens zou er dan sprake kunnen zijn van contaminatie van de interventie, omdat bewoners van de beweginginterventie de controlepersonen kunnen beïnvloeden waardoor zij ook meer gaan bewegen. Het onderzoek vond plaats in Zorgcentra De Betuwe, een zorginstelling voor somatische en psychogeriatrische bewoners. Deze instelling bestaat uit twee verpleeghuizen, een zorgboerderij en vijf verzorgingshuizen met een verpleegunit. De verpleeghuizen kenmerken zich door kleinschalige woonunits voor mensen met zowel psychogeriatrische als somatische aandoeningen. Er is een zorgboerderij voor tien cliënten met een psychogeriatrische aandoening en in de vijf verzorgingshuizen zijn verpleegunits voor circa tien cliënten met een psychogeriatrische en/of somatische aandoening.

Het bewegprogramma vindt plaats in het grootste verpleeghuis met tachtig psychogeriatrische, veertig somatische en een geriatrische revalidatie-unit van twaalf plaatsen. De plaatsen zijn verdeeld over zeven-

tien woningen. Als controlegroep fungeerde het andere verpleeghuis, de zorgboerderij en cliënten van de verpleegunits van de verzorgingshuizen, zodat interventie- en controlegroep ongeveer even groot waren. Er is gekozen voor een controlegroep uit dezelfde zorginstelling, omdat de wijze van zorg verlenen dan vergelijkbaar is. Het onderzoek vond plaats in de periode van maart tot oktober 2013. Er is een 0-meting gedaan en een vervolgmeting na vier maanden.

Studiepopulatie

Het inclusiecriteria was dat cliënten opgenomen waren op een psychogeriatrische afdeling van het verpleeghuis. Uitgesloten van deelname aan het onderzoek werden cliënten van de geriatrische revalidatieafdeling, cliënten die niet in staat waren aan enige activiteit mee te doen en degenen die weigerden mee te doen aan de beweegactiviteiten.

De cliënten of hun wettelijke vertegenwoordigers in de interventiegroep (n=73) en de controlegroep (n=96) werden gevraagd schriftelijk toestemming te verlenen om aan het onderzoek mee te doen.

Interventie

De interventie betrof een geïntegreerd beweegprogramma waarbij per cliënt een programma werd opgesteld conform de ontwikkelde richtlijn van TNO, namelijk dagelijks 15-30 minuten bewegen, verspreid over de dag, afgestemd op de individuele wensen en licht tot matig intensief. Iedere cliënt kreeg een bewegboekje waarin stond vermeld wat zijn beweegmogelijkheden waren, wat hij/zij graag voor activiteiten in het dagelijks leven kon en wilde doen (zoals planten water geven, was vouwen, aardappels schillen, enzovoorts) en aan welke beweegactiviteiten hij/zij mee zou willen doen. Het boekje werd met de cliënt of diens vertegenwoordiger ingevuld, samen met de fysiotherapeut en de verzorging. Het bewegen is onderdeel van het integraal zorgleefplan. Tijdens de zorgleefplanbesprekingen (minimaal 2x per jaar) wordt het bewegen geëvalueerd. Het meedoen aan de activiteiten is vrijwillig, maar wordt op een positieve wijze gestimuleerd.

Bij de uitvoering van het beweegprogramma werden verschillende disciplines betrokken. De fysiotherapie geeft 'Meer Bewegen Voor Ouderen' en fitnesslessen. Zij trekken het programma. De verzorging werd begeleid op welke manier zij de cliënten meer konden betrekken bij de ADL en beweegactiviteiten in de woning. Indien nodig werd hierbij ook de ergotherapeut in consult gevraagd. In iedere woning werd één verzorgende als 'ambassadeur' aangesteld om goede uitvoering van de beweegactiviteiten te promoten. Het welzijns personeel organiseerde beweegactiviteiten overeenkomstig de wensen van de cliënten, zoals koersbal, jeu de boules, ziddansen, wandelgroepen, enzovoorts. Er is een duofiets waarmee man-

Bewegen heeft een gunstig effect op kwaliteit van leven, stemming, ADL functioneren, fysiek functioneren en cognitie bij ouderen. De meeste ouderen in het verpleeghuis hebben echter een uitermate sedentaire leefwijze. In dit onderzoek is gekeken naar de effecten van een beweegprogramma waarbij demente ouderen in het verpleeghuis werden gestimuleerd om 15-30 minuten per dag in beweging te zijn. In het onderzoek deden veertig mensen mee aan de interventie en 38 in de controlegroep; zij kregen de tot dan toe gebruikelijke zorg en activiteiten. Na vier maanden bleek een significant verschil in kwaliteit van leven en in stemming.

Effecten van een bewegprogramma

voordemende ouderen in het verpleeghuis op kwaliteit van leven

Resultaten van dit onderzoek laten een gunstig effect zien op kwaliteit van leven en op stemming bij demente ouderen

telzorgers of vrijwilligers samen met de cliënt kunnen fietsen. Er kon tevens gebruik gemaakt worden van zitfietsen (MOTomed, Theravital) en een computerspel van SilverFit. Met medewerking van een middelbare school werd een zogenaamde beweegdag georganiseerd om het bewegen te promoten.

Omdat veel gebruik gemaakt wordt van vrijwilligers werden ook zij geschoold in hoe ze de cliënten konden begeleiden met lopen naar en ze te betrekken bij beweegactiviteiten. Daarnaast werden familieleden en/of mantelzorgers gestimuleerd om te bewegen met de cliënt.

In iedere woning, waar gemiddeld zeven bewoners wonen, is een mand met sport- en spelmaterialen geplaatst en er is een dvd gemaakt, gebaseerd op het televisieprogramma 'Nederland in beweging'. Deze werd in de huiskamer vertoond, zodat cliënten op de afdeling zelf mee konden doen. In eerste instantie werd ondersteuning geboden door de fysiotherapieassistent bij het meedoen met de oefeningen, daarna werd dit door de verzorging of vrijwilligers overgenomen. Bij de controlegroep vond de gebruikelijke zorg plaats, waarbij ook activiteiten werden aangeboden, die echter niet zozeer gericht waren op bewegen.

Uitkomstmaten en meetinstrumenten

De primaire uitkomstmaat was de kwaliteit van leven, gemeten met de Qualidem (15). Gezien de hoge leeftijd en beperkte levensverwachting zijn voor deze doelgroep vooral aspecten van welbevinden, tevredenheid en kwaliteit van leven relevant. De Qualidem is een gevalideerd meetinstrument voor kwaliteit van leven bij mensen met dementie in het verpleeg-

huis. Het instrument bestaat uit veertig vragen verdeeld over de volgende subschalen: zorgrelatie, positief affect, negatief affect, rusteloos gespannen gedrag, positief zelfbeeld, sociale relaties, sociaal isolement, zich thuis voelen, iets om handen hebben en overige vragen bedoeld voor verder onderzoek. De items worden gescoord als 3 (nooit), 2 (zelden), 1 (soms) en 0 (vaak). Een hoge score geeft een betere kwaliteit van leven aan. Het instrument wordt afgenomen door verzorgenden werkzaam in verpleeg- en verzorgingshuizen bij mensen boven de 65 jaar met lichte tot ernstige dementie (Global Deterioration Scale (GDS) 2-6)⁽¹⁶⁾. Afname bij mensen met zeer ernstige dementie (GDS 7) is ook mogelijk, maar slechts 21 items

zijn geschikt voor afname bij mensen in dat stadium. Het meetinstrument kan gebruikt worden in wetenschappelijk onderzoek om het effect van een interventie te meten en kan herhaald toegepast worden in de praktijk om het effect van zorg te bepalen. De psychometrische eigenschappen van de Qualidem zijn bevredigend, zeker

vergeleken met andere soortgelijke instrumenten. Het instrument bestaat uit acht matig sterke of sterke en één minder sterke subschaal op basis van de Mokschaalanalyse. De betrouwbaarheidscoëfficiënt Rho varieert van net acceptabel (0,60) tot zeer goed (0,90)⁽¹⁷⁾. De lijst werd afgenomen door verzorgenden, bij voorkeur de contactverzorgende en/of de woonzorgcoördinator, die de cliënten op alle tijden gedurende de dag meemaken. Afname van de scoringslijst vereist geen specifieke training. De scoring van het instrument is gestandaardiseerd door een schriftelijke handleiding. De lijst werd ingevuld na een observatieperiode van een week door de verzorgende. Het invullen duurde ongeveer vijftien minuten. De ingevulde lijsten werden gecontroleerd op volledigheid.

Secundaire uitkomstmaten waren stemming, ADL-functioneren en het fysieke functioneren. Om de stemming te meten werd gebruik gemaakt van de Cornell Scale for Depression in Dementia⁽¹⁸⁾. Deze schaal bevat negentien items, verdeeld over vijf domeinen, te weten stemmingsgerelateerde kenmerken, gedragsstoornissen, lichamelijke kenmerken, cyclische functies en stoornissen in de gedachten. De items worden gescoord als 0 (afwezig), 1 (licht of wisselend aanwezig) en 2 (ernstig). Een score van 8 of hoger is een indicatie voor depressie. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is 0,8⁽¹⁹⁾. De lijst werd afgenomen door verzorgenden, bij voorkeur de contactverzorgende en/of de woonzorgcoördinator, die de cliënten op alle tijden gedurende de dag meemaken. Voor het meten van de ADL werden de Barthel Index (BI) en de Elderly Mobility Scale (EMS) gebruikt. Met de BI kan de mate van hulp die een persoon nodig heeft bij de algemene dagelijkse verzorging worden vastgesteld. De BI is vooral geschikt om onderscheid in zelfredzaamheid te maken bij mensen met een laag niveau van ADL-functioneren en bestaat uit tien items. De moeilijkste items zijn baden/douchen en traplopen. De items worden gescoord op een twee-, drie- of vierpuntsantwoordschaal. De maximale score bedraagt 20 punten. Een hoge score op de BI komt overeen met een relatief hoge mate van ADL-onafhankelijkheid. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is hoog: 0,89 vastgesteld bij CVA-patiënten in de chronische fase⁽²⁰⁾ en ook bij demente ouderen⁽²¹⁾. De lijst werd afgenomen door een verzorgende, bij voorkeur de contactverzorgende, die de cliënten op alle momenten van de dag meemaakt. Met de EMS wordt de verplaatsbaarheid en de mogelijkheid om transfers uit te voeren die nodig zijn voor de ADL gemeten. De cliënt

dient zeven verschillende taken uit te voeren. De totaalscore varieert van 0-20 punten. Een score <10 wil zeggen dat een cliënt ondersteuning nodig heeft bij de ADL vanwege verminderde mobiliteit. De intra- en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is goed (>0,9)⁽²²⁾. De EMS wordt afgenomen door een fysiotherapeut.

Voor het fysiek functioneren werd gebruik gemaakt van de knijpkrachtmeting, de Timed Up & Go test (TUG) en de Performance Oriented Mobility Assessment (POMA). Deze testen werden afgenomen door de fysiotherapeut. De maximale knijpkracht van de hand geeft een goede inschatting van de perifere spierfunctie en is gerelateerd aan de totale hoeveelheid spiermassa in het lichaam. Afname van de spierkracht kan een teken zijn van spierafbraak. Bij een verlies van 10% van de spiereiwitten zal tevens de spierkracht afnemen⁽²³⁾. Om de knijpkracht te meten werd de Hand Held Dynamometer (Jamar) gebruikt. Per arm werden de metingen drie maal verricht. De maximumwaarde per arm telde. De scores van de linker- en rechterhand werden gemiddeld. De TUG is een fysieke test die informatie is voor de beoordeling van balans en ADL-afhankelijkheid. De TUG meet de tijd die de cliënt nodig heeft om op te staan uit een stoel, drie meter comfortabel te lopen, om te keren, weer terug te lopen en te gaan zitten. De cliënt mag zijn eigen loophulpmiddel en/of orthese gebruiken, maar er mag geen fysieke hulp worden gegeven. De test is praktisch en simpel uit te voeren en geschikt voor geriatrische personen. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid bij geriatrische patiënten is 0,99⁽²⁴⁾. De POMA of test van Tinetti bestaat uit een evenwichtsdeel (POMA-Balance) en een gangevaluatie (POMA-Mobility). De POMA-Balance evalueert de balans in zit en stand. De POMA-Mobility is een kwalitatieve beoordeling van het gaan. De POMA bevat zestien items die op een twee- of driepuntschaal worden gescoord. Een hogere score op de POMA betekent een betere balans en gangpatroon. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is 0,9⁽²⁵⁾.

Indien de cliënt niet mee wilde werken aan de metingen werd op een ander moment geprobeerd de testen uit te voeren. Als de test door lichamelijke en/of cognitieve beperkingen niet kon worden uitgevoerd werd 'niet uitvoerbaar' gescoord. De metingen zijn na vier maanden herhaald en werden zoveel mogelijk uitgevoerd door dezelfde personen. Voor de baselinedata werd informatie verzameld over leeftijd, geslacht, zorgzwaartecore, medicatiegebruik, opnamediagnose, secundaire diagnose en opnameduur.

Ethische aspecten

De interventie betreft een uitbreiding van het activiteitenpakket. Deelname aan de beweegactiviteiten is vrijwillig en wordt op een positieve wijze gestimuleerd. De metingen die gebruikt werden waren deels observatieformulieren die door de zorg ingevuld werden en bestonden verder uit een aantal fysieke testen die ook onderdeel uitmaken van de valrisicoscreening. Hierdoor was de belasting voor de cliënten minimaal. Voor de uitvoering van het onderzoek is toestemming verkregen van de directie en de centrale cliëntenraad. Externe medische ethische toetsing was niet nodig, omdat de interventie en gegevensverzameling onder de standaard verleende zorg viel en het hier geen geneesmiddelenonderzoek betrof.

Analyse

Bij de analyse werd gebruik gemaakt van SPSS software, versie 20. Een p-waarde <0,05 werd gezien als statistisch significant. De baseline karakteristieken tussen de interventie- en controlegroep werden vergeleken

met de Fischer's exact, de students T-test en bij niet normale verdeling met de Mann Whitney test. Bij de verschilscores op de baseline meting en na vier maanden werd gebruik gemaakt van de gepaarde T-test of van de Wilcoxon test. Voor gecorrigeerde analyses met betrekking tot het verschil op de primaire uitkomstmaat tussen de interventiegroep en de controlegroep werd gebruik gemaakt van lineaire regressie. Indien een cliënt niet meer mee wilde of kon doen, werd overgeplaatst of kwam te overlijden, werd een intentie to treat analyse toegepast. De laatst gedocumenteerde meting werd dan tevens de eindmeting.

Power en steekproef

Voor de steekproefberekening werd een verschil op de Qualidem van acht punten (met een standaarddeviatie van twaalf punten) als klinisch relevant verschil gezien (effect size 0.67)⁽²⁶⁾. Om dit verschil aan te tonen zijn 37 patiënten per groep nodig uitgaande van een 2-zijdige t-test en 80% power. Wij streefden naar veertig cliënten per groep. Door de niet gerandomiseerde opzet is de verwachting dat waarschijnlijk een correctie plaats moet vinden voor de baselinescore en voor 1 extra kenmerk. Om een eta-squared effectsize (R-square toename) van 0,10 statistisch aan te tonen, wat overeenkomt met een gemiddeld tot groot effect, kan met een onderzoeksgroep van tachtig personen worden volstaan. De intercorrelatie (R-square) tussen de twee covariaten werd hierbij 0,05 verondersteld.

Resultaten

Aan 169 vertegenwoordigers van de cliënten die in aanmerking zouden komen om deel te nemen aan het onderzoek, werd schriftelijk instemming gevraagd. Er werden 42 (57,5%) brieven van de 70 geretourneerd binnen de interventiegroep. Daarvan bleken twee cliënten niet in staat aan enige activiteit deel te nemen. Bij de controlegroep (99 brieven verzonden) kwamen de instemmingen maar beperkt terug, waarna de familieleden telefonisch zijn benaderd om alsnog toestemming te verlenen. Dit resulteerde in een controlegroep van 39 (40,6%), waarbij 1 cliënt niet geschikt bleek.

De baseline karakteristieken voor beide groepen kwamen redelijk tot goed overeen (zie tabel 1). De gemiddelde leeftijd in beide groepen was rond de 85 jaar en in beide groepen zaten meer vrouwen dan mannen. In de

	Groep met bewegprogramma N=40	Groep zonder bewegprogramma N=38	p-waard
Leeftijd (jaren) (SD)	83,48 (7,7)	85,13(5,82)	0,289
Geslacht vrouw, aantal (%)			
Zorgzwaartepakket			0,042*
ZZP 5, aantal (%)	25 (62,5)	32 (84,2)	
ZZP 7, aantal (%)	15 (37,5)	6 (15,8)	
Primaire diagnose			0,754
Alzheimer, aantal (%)	13 (32,5)	13 (34,2)	
Vasculaire dementie, aantal (%)	4 (10)	5 (13,2)	
Overige, aantal (%)	23 (57,5)	20 (52,5)	
Secundaire diagnos	4 (2)	4 (4)	0,746
Medicatie	7 (5)	7 (4)	0,633
Opnameduur (jaren)	2 (3)	2 (2)	0,424

Alle scores zijn medianen en interkwartielafstanden, tenzij anders aangegeven
N=grootte van de onderzoekspopulatie; p-waarde=significantiewaarde; SD=standaarddeviatie; %=percentage; ZZP=zorgzwaartepakket; * =significant effect



Tabel 2: Verschil uitkomstmaten baseline meting en na vier maanden interventie- en controlegroep						
Uitkomstmaat	Groep met beweegprogramma N=40	Groep zonder beweegprogramma N=38	p-waarde	Controlegroep Baseline N=38	Controlegroep 4 maanden N=38	p-waarde
Kwaliteit van leven^a						
Qualidem totaal	79 (29)	86 (25)	0,708	84 (26)	74,50 (32)	0,044*
Zorgrelatie	15 (7)	15,5 (6)	0,118	16 (6)	13 (10)	0,303
Positief affect	15 (6)	14,5 (4)	0,401	15 (6)	14 (7)	0,681
Negatief affect	6 (3)	6,5 (4)	0,016*	6,5 (4)	6 (4)	0,110
Rusteloos gespannen gedrag	5 (3)	5 (5)	0,880	5 (5)	4 (5)	0,881
Positief zelfbeeld	7,5 (3)	8,5 (3)	0,284	8 (3)	7 (5)	0,016*
Sociale relaties	11 (5)	10 (5)	0,025*	11 (6)	10,5 (5)	0,357
Sociaal isolement	6 (3)	6,5 (3)	0,645	7 (3)	6 (5)	0,098
Zich thuis voelen	10 (3)	10 (5)	0,509	11 (4)	10 (4)	0,683
Iets om handen hebben	3 (3)	2 (6)	0,084	2 (2)	2 (3)	0,060
Overig	6 (4)	6 (5)	0,324	6 (4)	6 (4)	0,472
Stemming^b						
Cornell Scale for Depression in Dementia	8 (7)	7 (5)	0,212	6 (6)	7,5 (8)	0,087
Stemmingsgerelateerde kenmerken	2 (2)	2 (2)	0,848	2 (2)	2 (2)	0,105
Gedragstoornissen	2 (2)	2 (2)	0,877	1 (1)	2 (2)	0,060
Lichamelijke kenmerken	1 (2)	1 (2)	0,582	1 (2)	1 (2)	0,519
Cyclische functies	1 (2)	1 (2)	0,599	1 (3)	1 (3)	0,098
Stoornissen in gedachteninhoud	0 (1)	0 (1)	0,138	0 (1)	0 (1)	0,015*
ADL-functioneren^c						
Barthel Index (gemiddeld) (SD)	9,53 (5,47)	8,9 (6,08)	0,246	8,47 (4,56)	8,03 (5,06)	0,354
EMS (gemiddeld) (SD)	11,53 (6,21)	11,25 (6,04)	0,542	10,5 (5,96)	9,66 (5,77)	0,025*
Fysiek functioneren						
Knijpkracht (kg)	11,5 (9) (n=31)	12 (6,13) (n=26)	0,014*	8 (6,75) (n=29)	7,63 (6,75) (n=30)	0,855
TUG (sec)	20 (15,72) (n=29)	22,25 (23,88) (n=22)	0,044*	29 (29,89) (n=27)	28,48 (22,04) (n=26)	0,614
POMA (gemiddeld) (SD) ^d	15,23 (9,64)	14,25 (9,66)	0,109	13,37 (9,18)	13,61 (8,49)	0,678

Alle scores zijn medianen en interkwartielstanden, tenzij anders aangegeven N(n)=grootte van de onderzoekspopulatie; p-waarde=significantiewaarde; *=significant effect; ADL=algemene dagelijkse levensverrichtingen; SD=standaarddeviatie; EMS=Elderly Mobility Scale; kg=kilogram; sec=seconden; TUG=Timed Up & Go test; POMA=Performance-Oriented Mobility Assessment; a=hogere scores impliceren een betere kwaliteit van leven; b=hogere scores impliceren een hogere mate van depressiviteit; c=hogere scores impliceren een hogere ADL zelfstandigheid; d=hogere scores impliceren een verbetering op de POMA schaal

interventiegroep was het percentage mannen wat hoger dan in de controlegroep. De zorgzwaarte (ZZP-score) was in de interventiegroep hoger. Dit verschil was significant (p=0.04). Het aantal nevend diagnoses was in beide groepen vier en gemiddeld gebruikte men zeven soorten medicatie. Als opnamediagnose was vooral sprake van M. Alzheimer en vasculaire dementie. Onder overige dementieën werden Lewy body dementie, frontotemporale dementie en 'dementie' genoemd. De gemiddelde opnameduur bedroeg twee jaar.

Op kwaliteit van leven scoorden beide groepen op de baseline meting ongeveer gelijk. De controlegroep scoorde iets beter op stemming, echter niet significant. Op ADL-functioneren scoorde de interventiegroep licht beter, maar ook niet significant. De fysieke testen als knijpkracht en de TUG waren voor een aantal mensen niet uit te voeren. Voor de knijpkracht gold dat bij negen personen van de interventiegroep en ook bij negen personen van de controlegroep. Bij de TUG was dat voor beide groepen bij elf personen het geval; zij konden de instructies niet begrijpen. De interventiegroep scoorde bij beide testen hoger. Dit zou verklaard kunnen worden door het feit dat in de interventiegroep meer mannen zaten dan in de controlegroep. Na vier maanden waren in de interventiegroep vijf mensen overleden en één weigerde verdere deelname. Bij de controlegroep waren vier mensen overleden en zijn twee personen verhuisd naar een andere instelling. Hierbij werd als eindmeting de baselinemeting gebruikt (intention to treat). De kwaliteit van leven, gemeten met de Qualidem totaal, was bij de interventiegroep nagenoeg gelijk gebleven met een gemiddelde van 82,28 op baseline en 82,98 na vier maanden (zie tabel 2). Bij de controlegroep was sprake van een daling van 81,21 naar 76,82.

Inspectie gaat toezicht houden of instellingen voldoende doen om mensen gezond te laten leven

Deze daling was significant. Op de Cornell Scale for Depression in Dementia was een lichte afname van depressie te zien in de interventiegroep, namelijk van 8 naar 7. Bij de controlegroep was een toename van depressie te zien van 6 naar 7,5. Op ADL- en fysiek functioneren scoorden beide groepen nagenoeg hetzelfde.

De voor zorgzwaarte en baseline score gecorrigeerde verschillen tussen de interventie- en controlegroep na vier maanden staan vermeld in tabel 3. De verschilscore op kwaliteit van leven was significant (p=0,032). Deze verschillen komen met name tot uiting in de zorgrelatie (p=0,016), het negatief affect (p=0,003) en het positief zelfbeeld (p=0,011). Het verschil op de Cornell Scale for Depression in Dementia was ook significant (p=0,004). Op ADL-functioneren is een licht verschil ten gunste van de interventiegroep te zien, dit is echter niet significant. Het fysiek functioneren was bij de controlegroep licht beter, echter ook niet significant.

Discussie

Het hoofddoel van deze studie was om te onderzoeken of een beweegprogramma dat geïntegreerd werd in de dagelijkse bezigheden en aansloot bij de wensen van de demente ouderen effect zou hebben op de kwaliteit van leven. De resultaten van dit onderzoek laten een gunstig effect zien van het beweegprogramma op kwaliteit van leven en op stemming bij demente ouderen die opgenomen zijn in een verpleeghuis. Er is niet zozeer sprake van vooruitgang, maar van minder achteruitgang. Op het gebied van ADL-functioneren werd weinig verschil waargenomen. Het leervermogen bij demente ouderen is gering, waardoor begeleiding nodig blijft⁽²⁷⁾. In fysiek functioneren werd

Elke vorm van bewegen, ook bij gevorderde dementie, kan leiden tot positieve effecten

weinig verschil gezien. Er is niet gemeten hoeveel meer de interventiegroep daadwerkelijk is gaan bewegen. Het zou kunnen dat de trainingsprikkel om daadwerkelijk een verbetering in fysiek functioneren te bewerkstelligen te klein was⁽²⁸⁾.

Nadeel van deze studie is dat het een kleine populatie betrof en dat er geen randomisatie heeft plaatsgevonden. Doordat er veel informatie verstrekt is aan verzorging, vrijwilligers en familie was het niet mogelijk om individueel te randomiseren, omdat er dan contaminatie zou kunnen plaatsvinden. Om de controlegroep en interventiegroep zoveel mogelijk gelijk te houden is gekozen om mensen te rekruteren van dezelfde zorgorganisatie, waarbij de manier van werken overeenkomt. Wat betreft leeftijd, diagnoses, nevend diagnoses en medicatie kwamen de groepen goed overeen. Voor die variabelen waarbij verschillen in de groepen optraden, zoals ZZP-score en geslacht is gecorrigeerd. Bij de uitvoering van het beweegprogramma bleek de implementatie een aantal maanden meer tijd te kosten dan van te voren was ingeschat. Het borgen van het programma in het zorgleefplan kostte ook een aantal maanden en was iets waar je

Tabel 3: Voor r zorgzwaarte en baseline score gecorrigeerde verschilsscores tussen interventiegroep en controlegroep		
Uitkomstmaat	Verskil interventie- en controlegroep (95% BI)	p-waarde
Kwaliteit van leven^a		
Qualidem totaal	6,13 (0,56;11,70)	0,032*
Zorgrelatie	1,83 (0,33;3,31)	0,016*
Positief affect	-0,11 (-1,29;1,08)	0,861
Negatief affect	1,47 (0,52;2,42)	0,003*
Rusteloos gespannen	0,41 (-0,64;1,46)	0,441
Positief zelfbeeld	1,22 (0,29;2,14)	0,011*
Sociale relaties	-0,41 (-1,55;0,74)	0,479
Sociaal isolement	0,91 (-0,28;1,84)	0,057
Zich thuis voelen	0,19 (-1,00;1,39)	0,749
Iets om handen hebben	0,15 (-0,49;0,79)	0,640
Overig	0,46 (-0,42;1,33)	0,302
Stemming^b		
Cornell Scale for Depression in Dementia totaal	-2,52 (-4,23;-0,80)	0,004*
Stemmingsgerelateerde kenmerken	-0,50 (-1,04;0,03)	0,065
Gedragsstoornissen	-0,52 (-1,17;0,13)	0,133
Lichamelijke kenmerken	0,19 (-0,47;0,84)	0,570
Cyclische functies	-0,75 (-1,29;-0,20)	0,008*
Stoornissen in gedachten	-0,89 (-1,53;-0,25)	0,007*
ADL-functioneren^c		
Barthel Index	0,20 (-1,27;1,68)	0,784
Elderly Mobility Scale	0,78 (-0,39;1,94)	0,188
Fysiek functioneren^d		
Knijpkracht	1 -1,18 (-3,16;0,80)	0,236
Timed Up & Go test	1,99 (-6,44;10,41)	0,637
Performance-Oriented Mobility Assesment	-0,69 (-3,11;1,74)	0,574

BI=betrouwbaarheidsinterval; p-waarde=significantiewaarde; *=significant effect; a=een negatieve score houdt in dat de controlegroep beter scoorde dan de interventiegroep; b=een negatieve score houdt in dat de controlegroep hoger scoorde op tekenen van depressie dan de interventiegroep; ADL=algemene dagelijkse levensverrichtingen; c=een negatieve score houdt in dat de controlegroep beter scoorde op ADL-functioneren dan de interventiegroep; d=een negatieve score houdt in dat de controlegroep beter scoorde op fysiek functioneren dan de interventiegroep; 1=tevens gecorrigeerd voor geslacht

steeds opnieuw de aandacht voor moest vragen. Het beweegboekje is daardoor inmiddels vervangen door een formulier dat toegevoegd wordt aan het zorgleefplan. Tijdens de onderzoeksperiode kwam de zorginstelling onder verscherpt toezicht van de inspectie te staan in verband met het niet op orde zijn van de hygiëne. Verder liep het onderzoek tijdens de vakantieperiode met een wisselende en minimale personele bezetting. Hierdoor werd minder tijd besteed aan de uitvoering van het beweegprogramma en bleek het te veel tijd te kosten om te meten hoeveel de cliënten gemiddeld per dag bewogen. Bij optimale uitvoering van het programma hadden de cliënten waarschijnlijk meer bewogen en had het tot nog positievere resultaten kunnen leiden. Mogelijk was er dan ook een effect waargenomen op andere uitkomstmaten die in dit onderzoek werden gemeten.

Er is maar weinig onderzoek gedaan naar de effecten van beweegprogramma's bij demente ouderen in het verpleeghuis. De review van Potter et al. bevat acht studies bij demente ouderen in instellingen (4). De review van Weening et al. is gericht op ouderen in instellingen, maar niet op dementie in het bijzonder (3). De studies betroffen oefenprogramma's die uitgevoerd werden door de fysiotherapeut met trainingsprogramma's gericht op balans, progressieve weerstandstraining en functioneel oefenen met een gemiddelde tot hoge intensiteit (13). Ook de effecten van Tai Chi zijn onderzocht. Uit deze studie blijkt een gunstig effect op fysieke fitheid, ADL-functioneren en kwaliteit van leven. De interventie in deze studie bevat een beweegprogramma dat geïntegreerd wordt in de dagelijkse verzorging en activiteiten, waarbij ook een verbetering in kwaliteit van leven en stemming werd waargenomen⁽²⁹⁾.

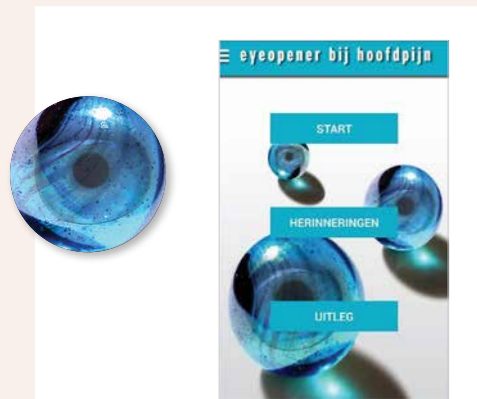
De borging van het bewegen in het zorgleefplan en de structurele aandacht voor het bewegen hoeven de kosten van de zorg niet zozeer te verhogen, maar vragen een cultuuromslag van het overnemen van zorg naar het ondersteunen bij de zorg. Deze cultuuromslag vraagt wel tijd en scholing. Goede afstemming van de verschillende disciplines is daarbij belangrijk. De fysiotherapeut heeft hier meer de rol van coach bij de ontwikkeling en uitvoer van het beweegprogramma. Om het beweegprogramma tot een succes te maken is deze rol doorslaggevend. Het belang van bewegen zou structureel aandacht moeten krijgen in zorgopleidingen. Elke vorm van bewegen, ook bij gevorderde dementie, kan leiden tot positieve effecten. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft het bewegen in instellingen in de ouderenzorg tot een van haar topprioriteiten benoemd, waarbij het accent gelegd wordt op bewegen bij dementerenden. De inspectie gaat toezicht houden of instellingen voldoende doen om mensen gezond te laten leven, omdat dit bijdraagt aan het welbevinden van deze groep bewoners in de laatste fase van hun leven. De inspectie vindt het daarom noodzakelijk dat beweegstimulering een structureel onderdeel wordt van de geboden zorg in woonzorgcentra⁽³⁰⁾.

Deze studie laat zien dat de zienswijzen van de inspectie gerechtvaardigd zijn. Er wordt een effect in kwaliteit van leven gezien en er is sprake van minder depressieve kenmerken bij de groep die meedeed aan het beweegprogramma. Verder onderzoek naar de resultaten van deze beweegstimulering zou wenselijk zijn, waarbij ook de effecten bij de langdurig opgenomen bewoners met somatische stoornissen in verpleeg- en verzorgingshuizen onderzocht kunnen worden.

Voor de literatuurlijst verwijzen we naar de website → Bekendheid → Beweegreden ●

Apps/websites etc.

APPS



Voor de cliënt

Eyeopener bij hoofdpijn

In onze vorige editie staat het artikel 'Eyeopener bij hoofdpijn'. Deze app is uitgegeven door de auteur, met een animatiefilmpje, inclusief geluid + reminder om je oogbewegingstechnieken uit te voeren.

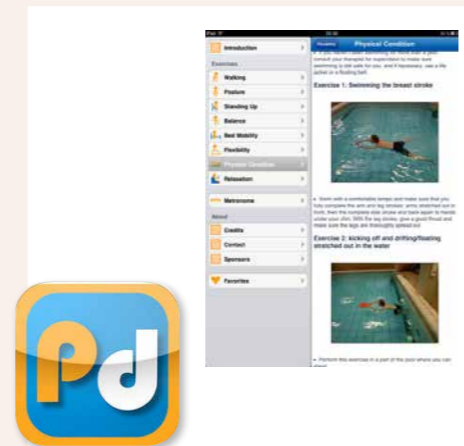
App: betaald

Voor de oefentherapeut



Weer een dynamische visuele 3D website. Meer dan 1000 anatomische modellen, uitgebreide informatie over diverse systemen. Om kennis bij

te spijkeren en op te doen.
App: gratis en betaald



Voor de client en oefentherapeut

Parkinson Home Exercises

App is bestemd voor mensen met de ziekte van Parkinson en andere vormen van Parkinsonisme als bron voor dagelijkse oefeningen en bewegingsadviezen.

App: gratis

BOEKEN

Slaaplessen, volgens de oefentherapie en psychosomatiek

Door: Francis Lanen-de Haan

In dit overzichtelijke boekje beschrijft Francis Lanen-de Haan hoe je slaapproblemen kunt verminderen. Er worden diverse oefeningen beschreven die toegepast kunnen worden om meer ontspanning te ervaren, om met gedachten en gevoelens om te gaan en inzicht te krijgen in het gedrag. Na het lezen van dit boek kun je op een praktisch manier je slaapprobleem aan gaan pakken.



“We hebben nooit geweten dat Intramed zo compleet is”.

Vanaf het moment dat we met jullie praktijksoftware aan de slag gingen, loopt onze bedrijfsvoering op roltjes. Plannen, registreren, declareren, behandeldossiers aanleggen en bijhouden gaan zo efficiënt dat we echt blij zijn dat we voor Intramed hebben gekozen. Trouwens, de medewerkers van de helpdesk zijn werkelijk fantastisch!

Via de website van Intramed hebben we gebruik kunnen maken van een gratis proefperiode van 3 maanden. Hierdoor zijn we aan de slag gegaan zonder kosten of verplichtingen. Al snel bleek dat dit pakket prima aansloot bij onze wensen en zijn we na 3 maanden overgegaan tot een contract.

intramed

De praktijk gaat erop vooruit

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

Intramed praktijksoftware, compleet gebruiksgemak voor de oefentherapeut

- Verslaglegging Oefentherapie (regulier, psychosomatische en kinderoefentherapie) volgens richtlijnen VvOCM (ook geschikt voor DTO), of uw eigen richtlijnen
- Met de knop 'Tarieven updaten' kunt u tarieven automatisch ophalen
- Een Service Centrum waar u deskundig en vriendelijk wordt geholpen, ook 's avonds!
- Jaarverslag praktijk & kwaliteit
- Groepslessen gezamenlijk inplanbaar
- Beveiligd declareren bij alle zorgverzekeraars (VECOZO)
- Vijftig meetinstrumenten/vragenlijsten beschikbaar (o.a. VAS pijn/stijfheid, PSK, OBPDS, BASDAI, BASFI, Neck Disability Index, Nijmeegse Hyperventilatie Vragenlijst)
- Een overzicht van alle meetinstrumenten/vragenlijsten staat op onze website
- Brieven en DTO rapportages zijn verwerkt binnen de verslaglegging



Al ruim 20.000 gebruikers werken dagelijks met de Intramed software



VVOCM
Vereniging van
Oefentherapeuten
Cesar en Mensendieck

Kaap Hoordreef 56 - 3563 AV UTRECHT - Telefoon: 030 - 2625627 - E-mail: info@vvoem.nl - www.vvoem.nl / www.oefentherapeut.nl

BESTUUR:
Chris Schouten
Voorzitter

Leanne Bogers
Penningmeester

Marja Joosten
Bestuurslid

Frans Koornberg
Bestuurslid

Mariska Kwetters
Bestuurslid