

Substitutie van zorg

Fysio- en oefentherapie op de juiste plek

Opdrachtgevers: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, Stichting Keurmerk Fysiotherapie en Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck

Dr. Rosanne van Seben, Indra van der Valk, MSc, Tessa Huis in 't Veld, MSc, Dr. Gerda Rodenburg





Samenvatting

Achtergrond en onderzoeksdoel

Substitutie van zorg is een beweging binnen de gezondheidszorg om te komen tot 'de juiste zorg op de juiste plek' (JZOJP). De Taskforce JZOJP van het ministerie van VWS ziet deze beweging als essentieel om aan de groeiende zorgvraag tegemoet te komen en om toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg in de toekomst te waarborgen. De beweging tot substitutie van zorg biedt kansen voor de paramedische sector. Om inzicht te krijgen in de mogelijkheden van substitutie van zorg door inzet van fysio- en oefentherapie, hebben het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF) en Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM), Ecorys gevraagd hier onderzoek naar te doen.

Literatuurstudie (kosten)effectiviteit

Om zicht te krijgen op de wetenschappelijke onderbouwing van de (kosten)effectiviteit van inzet van fysio- en oefentherapie t.o.v. 'care as usual' bij verschillende aandoeningen, hebben wij middels een literatuurstudie de evidence tabel uit de onderzoeksagenda Fysiotherapie uit 2017 geüpdatet. Hierin zijn alleen systematische reviews van goede kwaliteit (volgens de AGREE 2.0-methode) en RCT's van goede kwaliteit (volgens de AMSTAR-methode) meegenomen. Een aandoening kreeg het label 'veel (positief) bewijs' als het bewijs voor effectiviteit voortkwam uit een meta-analyse van meer dan 10 RCT's. Voor een groot aantal aandoeningen (27 van de in totaal 39 onderzochte aandoeningen) is veel positief bewijs voor de effectiviteit. Bij vijf van deze aandoeningen (artrose knie, claudicatio intermittens ziekte van Parkinson, hartfalen en chronische nekpijn)

zijn tevens aanwijzingen voor kosteneffectiviteit. Voor de meeste andere aandoeningen is niet tot nauwelijks onderzoek naar de kosteneffectiviteit gedaan, waarbij gebrek aan geschikte data of beperkte inzage in (alternatieve) zorgkosten mogelijk een rol speelt.

Inventarisatie lopende initiatieven gericht op substitutie van zorg

Een inventarisatie van lopende initiatieven op het gebied van fysio- en oefentherapie in relatie tot substitutie van zorg, leverde een lijst op van bijna 40 initiatieven. Dit laat zien dat er vanuit fysio- en oefentherapeuten aandacht en motivatie is om te werken aan de juiste zorg op de juiste plek. Acht initiatieven hebben wij verder uitgewerkt, op zoek naar de 'lessons learnt': de Cardiologische Zorgbrug, het Landelijk Netwerk Oefentherapeuten Chronische Pijn, Chronisch Pijnnetwerk Friesland, Overvecht Gezond – In Beweging, POH Fysio, Anderhalvelijnsspreekuur, Coach2Move en Huisartsenspreekuur Beweegklachten. Uit gesprekken met projectleiders en betrokken zorgverleners bleek dat intrinsieke motivatie, multidisciplinaire samenwerking op basis van onderling vertrouwen tussen verschillende zorgverleners, voldoende goed opgeleide therapeuten en goede afspraken over de organisatie van de zorg de belangrijkste sleutels tot succes zijn. Het organiseren van de zorg, het bouwen aan de benodigde infrastructuur, als ook de samenwerking en afstemming kosten tijd en geld, die niet altijd voldoende voorhanden zijn. Structurele bekostiging is voor alle initiatieven het grootste struikelblok. Om de financiering rond te krijgen, maken de verschillende initiatieven gebruik van subsidies, bestaande investeringsgelden, wordt zorg gedeclareerd alsof het een andere vorm van zorg betreft dan fysiotherapie (bijvoorbeeld als



huisartsconsult). Of krijgen alleen patiënten met een aanvullende verzekering krijgen de zorg vergoed. **Gebrek aan structurele financiering staat verdere uitrol van de initiatieven in de weg.**

De effectencalculator: (kosten)effectiviteit van de initiatieven

Om meer inzicht te krijgen in de potentiële (kosten)effectiviteit van fysio- en oefentherapie en de effecten op de kwaliteit van leven van de patiënt, hebben wij effectencalculators¹ uitgevoerd voor drie verschillende initiatieven: 1) POH Fysio, 2) Coach2Move en 3) het Landelijk Netwerk Oefentherapeuten Chronische Pijn. In dialoogsessies met zeven cliënten, hun behandelaren en andere relevante zorgverleners, werd ingegaan op (mogelijke) effecten. Cliënten benoemden daarbij de sterke toename in hun kwaliteit van leven als gevolg van de behandeling. Daarnaast was in vijf van de zeven cases de aanpak goedkoper dan in de geschetste referentiesituatie(s), bijvoorbeeld doordat huisartsenzorg, een complexer revalidatietraject of een bezoek aan een specialist werd vermeden. In de twee cases waar geen kostenbesparing kon worden aangetoond, kwam dit met name doordat geen passend alternatief voor de behandeling voorhanden was.

Hoewel met deze uitkomsten geen uitspraak kan worden gedaan over de (kosten)effectiviteit van de verschillende initiatieven in het

¹ De Effectencalculator is een methode om (nieuwe) aanpakken in de zorg te onderzoeken door de (nieuwe) aanpak te vergelijken met een referentiesituatie (het alternatief als de (nieuwe) aanpak er niet zou zijn geweest). Aan de hand van echte casussen zijn professionals – met de

algemeen, zijn de cases illustratief wat betreft het effect op de kwaliteit van leven van de patiënt en de te vermijden zorgkosten.

Conclusie en aanbevelingen

Huidig onderzoek laat zien dat:

- voor een groot aantal aandoeningen de **effectiviteit** van fysiotherapie **wetenschappelijk onderbouwd** is, maar dat er onvoldoende onderzoek naar kosteneffectiviteit beschikbaar is, behalve voor artrose knie, claudicatio intermittens, ziekte van Parkinson, hartfalen en chronische nekpijn;
- oefen- en fysiotherapie potentie heeft de **kwaliteit van leven** te verbeteren;
- met de inzet van oefen- en fysiotherapie **andere vormen van zorg** zoals huisartsenzorg of een bezoek aan de specialist in het ziekenhuis potentieel **voorkomen of vervangen** kunnen worden;
- **gebrek aan structurele financiering implementatie** of verdere uitrol van initiatieven op het gebied van fysio- en oefentherapie veelal in de weg staat.

Vervolgonderzoek zou moeten uitwijzen hoe groot de substitutiewinst is die te verwachten valt door de inzet van fysio en – oefentherapie op grootschalig niveau. Hierbij is het wenselijk niet alleen directe kostenbesparingen mee te nemen doordat andere zorg vermeden wordt, maar ook de toegenomen gezondheidswinst uitgedrukt in kosten per Quality Adjusted Life Years (QALYs) te onderzoeken.

patiënt zelf erbij - in gesprek gegaan over het effect van de betreffende aanpak. Onderzoekers waren aanwezig om het gesprek te faciliteren en structureren.



Introductie

De kosten van de gezondheidszorg nemen toe. De komende jaren zal het aantal mensen dat vanwege chronische en/of complexe aandoeningen een beroep doet op de gezondheidszorg verder stijgen. Ook technologische ontwikkelingen en nieuwe opvattingen over ziekte en gezondheid leiden tot een veranderende zorgvraag. Substitutie van zorg is een beweging binnen de gezondheidszorg om te komen tot 'de juiste zorg op de juiste plek' (JZOJP). De Taskforce JZOJP van het ministerie van VWS ziet deze beweging als essentieel om aan de groeiende zorgvraag tegemoet te komen en de toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg ook in de toekomst te waarborgen.

Onder substitutie van zorg wordt verstaan “het doelbewust en doelgericht vervangen van een (deel van een) bestaande voorziening door een (deel van een) andersoortige voorziening, waarbij de oorspronkelijke functie vervuld blijft worden en wel voor een vergelijkbare patiëntenpopulatie tegen lagere kosten”.² De verschuiving van tweedelijnszorg naar de eerste lijn is hier een voorbeeld van. Succesvolle substitutietrajecten kunnen voortvloeien uit initiatieven tussen zorgverleners, patiënten en zorgverzekeraars vanuit de ambitie om de zorg voor een specifieke patiëntengroep beter en doelmatiger te maken. Lokale initiatieven en onderzoeken zijn veelal de eerste stap. Vertrouwen in elkaar en goede afspraken over organisatie en adequate bekostiging van verplaatste zorg zijn

² NZa rapport Advies Substitutie 2012 / D. Wiersma, H. Kluiters, F. Nienhuis, M. Rùphan, R. Giel, 'Evaluatieonderzoek naar substitutie in de GGZ', Tijdschrift voor Psychiatrie 31(9), 1989.

sleutels tot succes. Om duurzame substitutie van zorg te bereiken is doorvertaling in interprofessionele afspraken van groot belang in het kader van landelijke opschaling en inkoop van deze zorg.

Ook fysiotherapeuten en oefentherapeuten Mensendieck/Cesar (M/C) kunnen en willen een bijdrage leveren aan substitutie van zorg. Deze vakgebieden zijn volop in beweging en maken in toenemende mate gebruik van technologie en data om nu en in de toekomst zorgvragers effectief en efficiënt te ondersteunen in het bewegend functioneren. De bevordering van JZOJP is daarnaast ook een belangrijke drager van alle binnen de zorg gesloten hoofdlijnakkoorden, zo ook de bestuurlijke afspraken paramedische zorg 2019-2022. Daarbij is aangegeven dat behoefte is aan nadere onderbouwing van het substitutiepotentieel door de inzet van fysio- en oefentherapie.

Op dit moment wordt fysio- en oefentherapie beperkt vergoed vanuit de basisverzekering. Kinderen tot 18 jaar krijgen maximaal tweemaal negen behandelingen vergoed vanuit de basisverzekering; vanaf 18 jaar worden bepaalde chronische aandoeningen vergoed vanaf de 21^{ste} behandeling. In 2016 heeft het Zorginstituut het Systemadvies Fysio- en oefentherapie uitgebracht aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Aanleiding voor dit advies was de constatering van betrokken partijen dat de wijze waarop fysio- en oefentherapie op dit moment is opgenomen in het zorgstelsel leidt tot het mijden van zorg en het uitwijken naar duurdere zorg. In het



systemadvies is een traject beschreven waardoor fysio- en oefentherapie stapsgewijs weer volledig uit de basisverzekering kan worden vergoed om toe te werken naar een open aanspraak. Zodoende hebben afgelopen jaren een aantal veranderingen plaatsgevonden en is de behandeling van claudicatio intermittens, artrose en COPD weer (deels) onder de aanspraken van de Zorgverzekeringswet gebracht. In de stuurgroep die voor de uitwerking van het systeemadvies is ingesteld, wordt bezien met welke aandoeningen de stapsgewijze aanpak kan worden uitgebreid. De minister heeft daarbij gevraagd prioriteit te geven aan die aandoeningen waarbij positieve substitutie-effecten worden verwacht.

Onderzoeksvragen

De beweging naar substitutie van zorg om te komen tot 'de juiste zorg op de juiste plek' biedt kansen voor de paramedische sector. Om zicht te krijgen op substitutie van zorg door inzet van fysio- en oefentherapie hebben het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF) en Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM), Ecorys gevraagd een onderzoek uit te voeren naar substitutie van zorg door inzet van fysio- en oefentherapie. Daarbij stonden de volgende onderzoeksvragen centraal:

1. Bij welke aandoeningen of indicaties is substitutie van zorg door de inzet van fysio- en oefentherapie te verwachten of aangetoond?

2. Welke (onderzoeks-)initiatieven lopen er momenteel in Nederland die betrekking hebben op fysio- en oefentherapie in relatie tot substitutie van zorg?
3. Wat zijn de "lessons learnt" vanuit deze initiatieven? Hoe kunnen de uitkomsten van deze initiatieven breder worden ingezet voor het domein fysiotherapie/oefentherapie?
4. Wat is de potentiële (kosten)effectiviteit van de inzet van fysio- en oefentherapie binnen een aantal van deze initiatieven?

Aanpak

Vraag 1 beantwoorden we met een literatuurstudie waarmee we de huidige stand van zaken wat betreft effectiviteit van fysio- en oefentherapie t.o.v. 'care as usual' presenteren en een update geven van de evidence tabel in de Onderzoeksagenda Fysiotherapie uit 2017³. Om lopende initiatieven van substitutie van zorg in kaart te brengen (vraag 2), voerden we een deskstudie uit en deden wij navraag in het veld. Vervolgens selecteerden we acht initiatieven voor verdere uitwerking, op zoek naar 'lessons learnt' (vraag 3). Tot slot, om zicht te krijgen op de potentiële (kosten)effectiviteit van de inzet van fysio- en oefentherapie ten opzichte van 'care as usual' (vraag 4), hebben we voor drie initiatieven een effectencalculator uitgevoerd, een methodiek om het financieel en maatschappelijk rendement van interventies in kaart te brengen.

³ De Onderzoeksagenda Fysiotherapie is een initiatief van het Wetenschappelijk College Fysiotherapie (WCF) van het KNGF. Ten tijde van deze studie was er nog geen kennisagenda vanuit de oefentherapie

ontwikkeld. Echter het beweegdomein waarin de fysio- en oefentherapeut zich bevindt heeft veelal dezelfde wetenschappelijk evidentie als achtergrond



Literatuurstudie

Goede wetenschappelijke onderbouwing van het handelen van fysiotherapie is essentieel om het domein fysiotherapie eenduidig en duurzaam te positioneren. Om het onderzoeksveld te informeren waar nader onderzoek zich op moet richten, hebben wij een literatuurstudie uitgevoerd om tot een update te komen van de *evidence tabel* effectiviteit/kosteneffectiviteit Fysiotherapie in de Onderzoeksagenda Fysiotherapie van het Wetenschappelijk College Fysiotherapie van het KNGF uit 2017.⁴

Gezien het doel van de evidence tabel, hanteren we strenge criteria voor het vaststellen van de (kosten)effectiviteit. De zoekstrategie in Pubmed richtte zich eerst op systematische reviews (SR) van goede kwaliteit (volgens de AGREE 2.0-methode) naar de (kosten-) effectiviteit van fysiotherapie/oefentherapie M/C. Daarna richtte de zoekstrategie zich op relevante RCT's⁵ van goede kwaliteit (volgens de AMSTAR-methode) voor aandoeningen die nog niet zijn afgedekt met een SR. Het label 'veel (positief) bewijs' wordt gegeven als een meta-analyse van meer dan 10 RCT's positief effect laat zien.

In de evidence tabel is de evidentie voor de effectiviteit en kosteneffectiviteit van fysiotherapeutische interventies bij de meest voorkomende aandoeningen in hoofdlijnen weergegeven. Hierbij is voor wat betreft de effectiviteit gekozen voor de uitkomstmaat fysiek functioneren en/of determinanten van fysiek functioneren (bv.

spierkracht, uithoudingsvermogen, ziektematen). Tenzij anders vermeld, is fysiotherapie (al dan niet aangevuld met 'care as usual') vergeleken met 'care as usual'. Onderzoeken waarbij de controlegroep tevens (een vorm van) fysiotherapie ontving, zijn geëxcludeerd. Ook zijn onderzoeken geëxcludeerd waarbij fysiotherapie onderdeel was van een multidisciplinaire behandeling, om zo het 'pure' effect van fysiotherapie zo goed mogelijk in kaart te brengen en mogelijke effecten van andere interventies uit te sluiten.

Ten opzichte van de evidence tabel uit 2017, bevat de huidige tabel 47 nieuw geïnccludeerde effectiviteitsstudies. Naast deze nieuwe studies, blijven 45 studies uit de eerdere onderzoeksagenda staan. Voor wat betreft de kosteneffectiviteit zijn 11 nieuwe onderzoeken geïnccludeerd, naast de 25 eerdere studies (Appendix 1). De tabel laat zien dat voor een groot aantal aandoeningen, namelijk 27 van de in totaal 39 onderzochte aandoeningen, veel positief bewijs is voor de effectiviteit. Bij vijf van deze aandoeningen zijn tevens aanwijzingen voor kosteneffectiviteit. Dat voor veel aandoeningen de kosteneffectiviteit nog helemaal niet of nauwelijks onderzocht is, komt mogelijk door een gebrek aan geschikte data of de beperkte inzage in (alternatieve) zorgkosten. De informatie uit de evidence tabel is niet vaststaand, maar een weergave van de beschikbare evidentie op een specifiek moment in de tijd (februari-maart 2020). Met het verschijnen van nieuwe onderzoeken kan de evidentie voor bepaalde aandoeningen veranderen.

⁴ Voor een overzicht van (kosten)effectieve oefentherapeutische interventies verwijzen wij naar de kennisagenda "Verandering in beweeggedrag en onderzoek" van de VVOCM. Deze was ten tijde van dit onderzoek nog niet ontwikkeld, echter fysiotherapie en oefentherapie maken veelal gebruik van dezelfde evidentie in de beweegzorg.

⁵ Gerandomiseerd onderzoek met controlegroep



Doelgroep	Aandoening	Effectiviteit	Kosteneffectiviteit
Categorie 1: Veel bewijs voor effectiviteit; aanwijzingen voor kosteneffectiviteit			
Musculoskeletaal	Artrose, Knie	++ ¹	+ ²⁻⁶
Cardiorespiratoir / inspanning / intern	Claudicatio intermittens	++ ⁷	+ ⁸⁻⁹
Neurologie	Ziekte van Parkinson	++ ¹⁰⁻¹⁴	+ ¹⁵⁻¹⁶
Cardiorespiratoir / inspanning / intern	Coronair / Hartfalen	++ ¹⁷⁻¹⁹	+ ²⁰
Musculoskeletaal	Nekpijn (chronisch)	++ ²¹⁻²²	+ ²³
Categorie 2: Veel bewijs voor effectiviteit; kosteneffectiviteit onduidelijk of aanwijzingen voor géén kosteneffectiviteit			
Musculoskeletaal	Lage ruggpijn (chronisch)	++ ²⁴⁻²⁸	± ²⁹⁻³¹
Ouderen	Kwetsbare ouderen / valpreventie	++ ³²⁻³⁸	± ³⁹⁻⁴¹
Musculoskeletaal	Osteoporose	++ ⁴²⁻⁴³	○
Cardiorespiratoir / inspanning / intern	Astma	++ ⁴⁴	○
Cardiorespiratoir / inspanning / intern	COPD	++ ⁴⁵⁻⁴⁶	○
Cardiorespiratoir / inspanning / intern	Diabetes mellitus type 2	++ ⁴⁷⁻⁴⁹	○
Cardiorespiratoir / inspanning / intern	Hyperlipidemia	++ ⁵⁰	○
Cardiorespiratoir / inspanning / intern	Hypertensie	++ ⁵¹⁻⁵²	○
Cardiorespiratoir / inspanning / intern	Obesitas	++ ⁵³⁻⁵⁴	○
Kinderen	Obesitas	++ ⁵⁵⁻⁵⁸	○
Neurologie	Beroerte	++ ⁵⁹⁻⁶¹	○
Neurologie	Multiple sclerosis (MS)	++ ⁶²⁻⁶⁴	○
Oncologie	Kanker (tijdens en na behandeling)	++ ⁶⁵⁻⁷³	± ⁷⁴⁻⁷⁵
Kinderen	Cerebrale Parese (CP)	++ ⁷⁶⁻⁸⁰	○
Kinderen	Developmental coordination disorder (DCD)	++ ⁸¹	○

Doelgroep	Aandoening	Effectiviteit	Kosteneffectiviteit
Mentale gezondheid	Angststoornissen	++ ⁸²	○
Cardiorespiratoir/ inspanning/ intern	Urine incontinentie	++ ⁸³	- ⁸⁴
Mentale gezondheid	Depressie	++ ^{85-87 (3)}	- ⁸⁸
Musculoskeletaal	Ziekte van Bechterew	++ ⁸⁹	○
Musculoskeletaal	Chronische pijn / fibromyalgie	++ ⁹⁰⁻⁹¹	○
Musculoskeletaal	Elleboogklachten	++ ⁹²	± ⁹³⁻⁹⁴
Musculoskeletaal	Schouderklachten	++ ⁹⁵⁻⁹⁹	- ¹⁰⁰⁻¹⁰¹
Categorie 3: Beperkt bewijs voor effectiviteit			
Musculoskeletaal	Patellofemorale pijnsyndroom	+ ¹⁰²	+ ¹⁰³
Musculoskeletaal	Reumatoïde artritis	+ ¹⁰⁴⁻¹⁰⁵	± ¹⁰⁶⁻¹⁰⁸
Musculoskeletaal	Artrose, heup	+ ¹⁰⁹	± ¹¹⁰⁻¹¹²
Neurologie	Chronisch regionaal pijn syndroom (CRPS)	+ ¹¹³	+ ¹¹⁴⁻¹¹⁵
Kinderen	Kanker	+ ¹¹⁶	○
Mentale gezondheid	Chronisch vermoeidheidssyndroom	+ ¹¹⁷	○
Cardiorespiratoir / inspanning / intern	Metabool syndroom	+ ¹¹⁸	○
Neurologie	Dwarslaesie	+ ¹¹⁹⁻¹²²	○
Categorie 4: Effectiviteit onbeslist			
Musculoskeletaal	Lage ruggpijn (subacuut)	± ¹²³	○
Cardiorespiratoir / inspanning / intern	Coronair / Hartfalen (preoperatief)	± ¹²⁴	○
Ouderen	Dementie	± ¹²⁵⁻¹²⁶	○
Categorie 5: Beperkt bewijs voor ineffectiviteit			
Musculoskeletaal	Lage ruggpijn (acuut)	- ¹²³	- ¹²⁷⁻¹²⁸



Legenda

	Effectiviteit	Kosteneffectiviteit
++ Veel (positief) bewijs	Meta-analyse van > 10 RCT's, met als conclusie: bewijs voor effectiviteit	
+ Beperkt (positief) bewijs	Meta-analyse van ≤10 RCT's, met als conclusie: bewijs voor effectiviteit	≥ 1 RCT, met als conclusie: a voor Kosteneffectiviteit
± Onbeslist	Meta-analyse, met als conclusie: tegenstrijdig bewijs voor effectiviteit	> 1 RCT, met tegenstrijdige a voor Kosteneffectiviteit
- Beperkt (negatief) bewijs	Meta-analyse van ≤10 RCT's, met als conclusie: bewijs voor ineffectiviteit	≥ 1 RCT, met als conclusie: a voor géén kosteneffectiviteit1
-- Veel (negatief) bewijs	Meta-analyse van > 10 RCT's, met als conclusie: bewijs voor ineffectiviteit	
0 Onbekend	Geen onderzoek bekend	Geen onderzoek bekend





Initiatieven

Om een beeld te krijgen van Nederlandse initiatieven op het gebied van fysiotherapie- oefentherapie M/C in relatie tot substitutie van zorg, hebben we met behulp van 'grijze literatuur' en navraag in het veld relevante initiatieven in kaart gebracht. Het betreft zowel langer lopende initiatieven als initiatieven in de opstartfase.

Voor de grijze literatuur hebben we gebruik gemaakt van bronnen als Google, de websites van het KNGF en de VvOCM en websites van andere relevante beroepsverenigingen. Daarnaast hebben wij het KNGF, SKF en de VvOCM gevraagd om relevante initiatieven door te geven. Dit leverde een lijst op van bijna 40 verschillende initiatieven:

- [e-Exercise: lage rugpijn](#)
- [REACH-netwerk](#)
- [Orthoparc](#)
- [Beweegzorg Noordwest](#)
- [Beter voorbereid op een grote operatie](#)
- [UMC Utrecht in beweging](#)
- [PAF-trial](#)
- [Fit4Surgery](#)
- [Coach2Move](#)
- [De Beweegmakelaar](#)
- [Anders denken, betere zorg?](#)
- [Artrose netwerk](#)
- [ClaudicatioNet](#)
- [Beter bewegen bij artrose](#)
- [Zorgprogramma orthopedie](#)
- [Waardegerichte inkoop geïntegreerde zorg voor patiënten met artrose](#)
- [PRIOR: preoperatieve zorg van patiënten met slokdarmkanker](#)
- [Anderhalvelijnsspreekuur bewegingsapparaat](#)
- [Huisartsspreekuur beweegklachten](#)
- [MS zorg Nederland](#)
- [POH-fysiotherapie](#)
- [Slaapoefentherapie](#)
- [Slaap Slim](#)
- [Laat je niet vallen](#)
- [ZwangerTotaal](#)
- [Netwerk Orthopedie](#)
- [Netwerk Oncologische zorg](#)
- [Knooppunt Ketenzorg](#)
- [Overvecht Gezond](#)
- [Better in Better out](#)
- [De Cardiologische Zorgbrug](#)
- [Longzorg Nijkerk](#)
- [SOMT Extended Scope](#)
- [Gepersonaliseerde behandeling nek/schouder pijn](#)
- [Landelijk netwerk Oefentherapeuten Chronische Pijn](#)

Uitwerking relevante en succesvolle initiatieven

Acht initiatieven zijn op basis van praktijk- en wetenschappelijke relevantie door de onderzoekers, in afstemming met het KNGF en de VvOCM geselecteerd voor verdere uitwerking, op zoek naar 'lessons learnt' die behulpzaam kunnen zijn bij verdere verspreiding/bredere inzet van het initiatief. Met onderzoekers, projectleiders en betrokken zorgverleners van deze initiatieven, zoals huisartsen, fysiotherapeuten en oefentherapeuten, hebben we met behulp van een vragenlijst een telefonisch interview afgenomen (zie onderstaande tabel). Centrale thema's hierbij waren: inhoud, doel en doelgroep, betrokken professionals, de wetenschappelijke onderbouwing van het initiatief, bekostiging, het proces van implementatie en mogelijkheden tot opschaling. In de hoofdstukken hierna volgt van elk initiatief een casebeschrijving, die ter goedkeuring is voorgelegd aan de geïnterviewden.

Initiatief	Geïnterviewde personen
De cardiologische zorgbrug	Patricia Jepma, HvA/Amsterdam UMC
Landelijk Netwerk Oefentherapeuten	Eveline de Jong
Chronische Pijn	
Chronisch pijnnetwerk Friesland	Mick Loos & Chris Ritsema
Overvecht gezond – In beweging	Ilse Rietdijk
POH Fysio	Henriette Wildeboer
Anderhalvelijnsspreekuur	Patrick Deckers & Ramon Ottenheijm
Huisartsspreekuur Beweegklachten	Anneke Jansen & Frank Boersma
Coach2Move	Thomas Hoogeboom & Ward Heij



Casestudie 1

De Cardiologische Zorgbrug (CZB) is uit meerdere eerdere onderzoeken vanuit de cardiologie en de geriatrie, tot stand gekomen. Eerder is de transmurale zorgbrug (TZB) ontwikkeld, waarbij wijkverpleegkundigen kwetsbare ouderen na ziekenhuisopname meermaals thuis bezochten om herstel in de gaten te houden. De CZB is een doorontwikkeling van de TZB en een samenwerking tussen het Amsterdam UMC, zes perifere ziekenhuizen, vijf thuiszorgorganisaties en diverse particuliere fysiotherapiepraktijken die onder andere via het Long Revalidatie Netwerk Amsterdam werden geworven. Het onderzoeksteam beslaat een samenwerking tussen de Hogeschool van Amsterdam, het Amsterdam UMC en apothekers uit het OLVG.

Inhoud, doel en doelgroep

De CZB start in het ziekenhuis en biedt vervolgens thuisrevalidatie aan kwetsbare ouderen die met een cardiologische reden in het ziekenhuis opgenomen zijn geweest. Het primaire doel van de interventie is om heropname en overlijden te voorkomen, en secundair o.a. functioneren, inspanningscapaciteit en kwaliteit van leven te verbeteren. De patiëntgroep die in aanmerking komt voor de CZB zijn ouderen (> 70 jaar) die hoog scoren op kwetsbaarheid óf een eerdere opname hebben gehad in zes maanden voorafgaande aan de huidige opname. De CZB is bedoeld voor ouderen die normaal tussen wal en schip vallen: het zijn ouderen die geen indicatie hebben voor geriatrische revalidatie of die door te veel chronische aandoeningen niet naar een (hart)revalidatiecentrum kunnen. Thuisrevalidatie biedt voor deze groep mensen uitkomst.

Betrokken professionals

Bij de CZB zijn cardiologieverpleegkundigen, wijkverpleegkundigen, geriatrieverpleegkundigen, fysiotherapeuten en de apotheker betrokken. Indien nodig worden andere professionals benaderd. De samenwerking tussen de fysiotherapeut en de wijkverpleegkundige staat centraal. De patiënt wordt middels een geriatrisch assessment in kaart gebracht. Ook worden er handknijpkracht en andersoortige fysieke testen als de twee-minuten staptest afgenomen. De patiënt ontvangt maximaal 9 fysiotherapiebehandelingen en max. 5 huisbezoeken (in principe 4, mogelijk 1 extra op indicatie) door de wijkverpleegkundige. Dit alles vindt plaats binnen 12 weken na ontslag uit het ziekenhuis. In principe worden er 2 behandelingen per week aangeboden, maar de behandelingen kunnen ook over een langere periode worden gespreid. De wijkverpleegkundige doet een evaluatie van het zorgplan, vroegsignalering van achteruitgang en medicatieverificatie waarbij, indien nodig, de apotheker wordt ingeschakeld (bijv. bij medicatiefouten of bijwerkingen). De ingezette thuisrevalidatie door de fysiotherapeut is heel divers en richt zich bijv. op het terugkrijgen van vertrouwen en het verbeteren van de conditie van de patiënt.

Hoewel het streven is dat de intake door de wijkverpleegkundige en fysiotherapeut samen wordt gedaan, blijkt het in de praktijk lastig om de agenda's op elkaar af te stemmen. Wel is er telefonisch contact tussen de twee professionals en houden zij een gezamenlijk logboek bij, bijvoorbeeld met informatie over de bloeddruk van de patiënt.



Bekostiging, kosteneffectiviteit en onderbouwing

Momenteel wordt de CZB vanuit een ZonMw-subsidie bekostigd. De 9 fysiobehandelingen worden vanuit de zorgverzekering vergoed als de patiënt aanvullend is verzekerd. Indien de patiënt niet aanvullend verzekerd is of geen behandelingen meer heeft, dan worden de behandelingen vanuit de onderzoeksgelden bekostigd. Momenteel wordt gewerkt aan een wetenschappelijke publicatie over de interventie, waarin de kosteneffectiviteit wordt meegenomen. Omdat de onderzoeksresultaten nog moeten worden gepubliceerd, kan over de kosteneffectiviteit van de CZB nog geen uitspraak worden gedaan. Te verwachten is dat áls een heropname wordt voorkomen, dit opweegt tegen de kosten van de interventie. Eerder is het protocolartikel van de studie verschenen.⁶

Implementatieproces en opschaling

De betrokken zorgverleners bij de CZB zijn intrinsiek gemotiveerd wat ertoe bijdraagt dat zij zich committeren aan het onderzoek en de interventie. Daarnaast ontvangen de wijkverpleegkundige en de fysiotherapeut samen scholing wat samenwerking tussen hen bevordert. Wel werd implementatie van de CZB bemoeilijkt door de hoge werkdruk in de ziekenhuizen. Zo werd er bij aanvang van de interventie vanuit gegaan dat de cardiologie verpleegkundige het comprehensive geriatric assessment (CGA) zou gaan afnemen tijdens de ziekenhuisopname om het behandelplan op te stellen, maar dit bleek te tijdrovend en is hierdoor niet in elk ziekenhuis haalbaar.

Of het lukt om op te schalen, hangt af van de onderzoeksresultaten en bekostiging van de fysiotherapeut. Waarschijnlijk wordt er wat dat betreft na het onderzoek wel tegen wat problemen opgelopen. Bij de hartrevalidatie kan een DBC geopend worden en wordt de zorg vergoed. De patiënten waar de interventie zich op richt vallen tussen wal en schip. Of je moet eerst 24 uur in een geriatrische instelling verblijven, zodat je daarna thuis geriatrische revalidatie kan krijgen. Binnen het onderzoek waren er overigens veel patiënten met een aanvullende verzekering waar vanuit de fysio betaald kon worden, maar dat kan deels ook selectiebias zijn (veel patiënten met hoge SES). Wijkverpleegkundige zorg wordt bekostigd vanuit het basispakket, de inzet van de apotheker werd vergoed met onderzoeksgelden.

Bij opschaling moet tevens aandacht zijn voor structurele scholing van fysiotherapeuten. Fysio's zijn niet gewend om cardiologische patiënten direct na een ziekenhuisopname te behandelen binnen de eerste lijn en moeten hierin worden bijgeschoold. Hartrevalidatie voelt in principe veiliger in het ziekenhuis. Maar dat is voor de doelgroep kwetsbare ouderen te ondervangen met goede scholing, maar zou wel een aandachtspunt zijn: in een keer uitrollen is qua kennis en veiligheid niet mogelijk.

⁶ Verweij, Jepma et al., 2018 BMC Health services.



Casestudie 2

Het Landelijk Netwerk Oefentherapeuten Chronische Pijn is een landelijk netwerk, bestaande uit oefentherapeuten uit 20 verschillende regio's. De revalidatieartsen merkten op dat oefentherapeuten vanuit de eerstelijnszorg patiënten met chronische pijn handvatten kunnen bieden voor revalidatie. Vanuit deze positieve ervaringen is de vraag ontstaan een netwerk van geschoolde therapeuten op te zetten en een protocol te ontwikkelen. Dit protocol heeft als doel om dezelfde werkwijze onder oefentherapeuten na te streven en er zeker van te zijn dat revalidatieartsen weten naar welke therapeuten kan worden doorverwezen. Daarnaast is scholing voor oefentherapeuten ontwikkeld op het gebied van chronisch pijn. Dit heeft geleid tot een steeds intensievere samenwerking tussen revalidatieartsen en oefentherapeuten.

Inhoud, doel en doelgroep

Het doel van het Landelijk Netwerk Oefentherapeuten Chronische Pijn (hierna Netwerk Chronische Pijn) is dat mensen leren omgaan met de pijnklachten, grip krijgen op de situatie en gerichte behandeling ontvangen om hun kwaliteit van leven te verbeteren. Chronische pijn is een persisterend, multifactorieel probleem waarbij lichamelijke, psychische en sociale factoren in verschillende mate en in wisselende onderlinge samenhang bijdragen aan pijnbeleving, pijngedrag, ervaren beperkingen in het dagelijks functioneren en ervaren vermindering van de kwaliteit van leven. Er kan sprake zijn van verschillende soorten pijn, waaronder fibromyalgie, rugpijn, hoofdpijn, reuma, artrose en klachten na een ongeluk. Het primaire doel van de

oefentherapie is niet de pijn verminderen, maar om anders te leren bewegen, denken, leren minder/meer te bewegen om op een andere manier om te gaan met pijnklachten. Dit kan ertoe leiden dat de pijn vermindert.

De zorgverleners in het netwerk maken gebruik van verschillende methodieken. Een nieuwe tool is het online programma Chronische pijn. Dit is een aanvulling op de behandeling. In dit online programma zitten pijneducatiefilmpjes, beweegopdrachten, ontspanningsmodules, mindfulnessmodules, opdrachten m.b.t. belastbaarheid en stressmanagement. Per patiënt kan bekeken worden wat nodig is.

Het Netwerk Chronische Pijn functioneert door onderlinge doorverwijzingen tussen zorgverleners. Zo kan het zijn dat een patiënt bij de huisarts komt, die doorverwijst naar de revalidatiearts in het ziekenhuis. Vervolgens beoordeelt de revalidatiearts of het revalidatiecentrum of het netwerk chronische pijn passend is. In de ideale situatie is de huisarts al in staat om te herkennen of een patiënt naar de revalidatiearts of naar het chronisch pijnnetwerk moet worden doorverwezen. De huisarts kan deze vorm van diagnostiek nu onvoldoende goed uitvoeren. Hierdoor komt het voor dat patiënten onnodig bij verschillende zorgverleners terecht komen en men potentieel verkeerde beslissingen neemt over de behandeling.

Bekostiging, kosteneffectiviteit en onderbouwing

Indien mensen een aanvullende verzekering hebben, worden de behandeling daaruit vergoed. Het kan echter zo zijn dat mensen recht



hebben op een beperkt aantal fysio- en oefentherapiebehandelingen, waardoor sommige facetten niet kunnen worden behandeld. Hierdoor worden sommige mensen alsnog doorverwezen naar de tweede lijn, omdat de kosten - met uitzondering van het eigen risico - voor die zorg uit de basisverzekering worden vergoed. Dit is ongewenst als iemand geschikt is voor een behandeltraject in de eerste lijn.

Er is nog geen kosteneffectiviteitsstudie uitgevoerd, omdat hier subsidie voor nodig is en het tot op heden niet gelukt is deze te vinden. Wel is op te merken dat de wachtlijsten bij de revalidatieartsen minder zijn geworden, wat erop kan wijzen dat behandeling in de eerste lijn, doorverwijzing naar de tweede lijn kan voorkomen. De verwachting is dat het netwerk daarmee kosteneffectief is. In 2015-2016 heeft een onderzoek gelopen met 98 patiënten. Dit onderzoek liet op alle uitkomstmaten (klachtbeleving, functionele beperking, fysieke, geestelijke gezondheid, kwaliteit van leven, symptomen van stress, depressie, angst en somatisatie, en overtuigingen over pijn) verbetering zien na 3, 6, en 12 maanden.

Implementatieproces en opschaling

Het Netwerk Chronische Pijn heeft als voordeel dat per patiënt kan worden beoordeeld wat iemand nodig heeft. Dit kan zowel lichamelijk als psychisch zijn. Hierbij is het wel belangrijk dat zorgverleners een gezamenlijke visie hebben op de behandeling van patiënten. Dit kan soms een struikelblok zijn, omdat het voorkomt dat er overlap zit in de zorg die wordt aangeboden, wat een belangenstrijd veroorzaakt. Deze overlap zit met name op het vlak van fysio-, oefen- en ergotherapie.

Deze vormen van therapieën hebben dezelfde onderdelen, maar de accentverschillen liggen op bewegen, gedrag of belastbaarheid. In welke mate fysiotherapeuten dezelfde vorm van zorg kunnen bieden als oefentherapeuten bij chronische pijn patiënten, is afhankelijk van de mate waarin zij gedragsgericht zijn en in welke mate zij geschoold zijn op het gebied van chronische pijn. Omdat er geen ruimte is om onder werktijd te kunnen overleggen, kan multidisciplinair werken bovendien lastig zijn. Daarnaast is het niet mogelijk om inzicht te krijgen in elkaars dossiers en wordt er door verschillende zorgverleners een andere taal gesproken.

Er wordt nu gewerkt aan de opschaling van het online pijnprogramma. 170 van de 400 oefentherapeuten werken met dit programma. Ook voor een revalidatiearts kan het een passend programma zijn om aan te kunnen bieden aan patiënten. Het revalidatieprogramma is na een intensieve periode van 4 maanden in een keer afgelopen. Het online pijnprogramma zou ingezet kunnen worden als na-traject eventueel met een aantal behandelingen oefentherapie om geleerde handvatten te blijven gebruiken. Tot slot is opschaling ook mogelijk door andere gedragsmatige werkende paramedici zoals psychosomatische fysiotherapeuten of ergotherapeuten te scholen en gebruik te laten maken van het online programma, eventueel met aangepaste versie.



Casestudie 3

Het chronisch pijnnetwerk Friesland is opgezet om verschillende zorgverleners beter met elkaar samen te laten werken. Hiervoor zijn overlegstructuren nodig. Soms kan chronische pijn worden behandeld door enkel de inzet van fysiotherapie. In andere gevallen is er ook therapie nodig van een psycholoog. Een patiënt heeft er baat bij als zorgverleners weten wanneer naar welke zorg het beste door kan worden verwezen.

Inhoud, doel en doelgroep

In het chronisch pijnnetwerk in Leeuwarden werken huisartsen, psychiaters, psychologen, praktijkondersteuners, fysiotherapeuten, pijncentra, revalidatieartsen, urologen en seksuologen samen om chronische pijn aan te pakken. Binnen de netwerken zijn gespecialiseerde praktijken betrokken op een divers gebied aan chronische aandoeningen. Indien nodig kan worden doorverwezen naar meer specialistische zorg, maar dit hoeft niet. Vaak worden patiënten door huisartsen naar de fysiotherapeut doorverwezen. Vervolgens keren ze terug naar de huisarts die ze vervolgens doorstuurt naar een revalidatiearts. Dit helpt de klant echter niet bij het krijgen van een passende behandeling.

Het doel is om patiënten door te verwijzen naar passende hulp. Hiervoor is het noodzakelijk dat zorgverleners op de hoogte zijn welke zorgverleners de benodigde zorg kunnen bieden. Om er zorg voor te dragen dat zorgverleners kennis krijgen van andere soort beschikbare (specialistische) zorg, worden er interne scholingen georganiseerd waarbij het doel is van elkaar te leren. Dit is multidisciplinaire scholing

waarbij bijvoorbeeld fysiotherapeuten samen met psychologen worden geschoold. Hier zullen bijvoorbeeld symposia voor worden georganiseerd.

Om te beoordelen wat een passende behandeling is, wordt gewerkt met een vragenlijst. Op basis daarvan wordt gekozen voor de meest passende zorg. Een praktijkvoorbeeld is een patiënt met depressiviteit die last heeft van chronische pijn en verslaving. Zijn fysieke klachten waren nog niet goed onderzocht. Nu hij daarvoor wordt behandeld, is hem rust geboden. Ook zijn er voorbeelden van patiënten die constant terugvielen in bepaalde klachten. Door hun klachten multidisciplinair aan te pakken, lukt het om de klachten te verhelpen.

Bekostiging, kosteneffectiviteit en onderbouwing

Voor het organiseren van het chronisch pijnnetwerk is subsidie aangevraagd. Voor de vergoedingsstructuur van de zorg, wordt contact gezocht met de zorgverzekeraars. Aangezien het netwerk recent is opgestart, zijn er nog geen gegevens beschikbaar over de kosteneffectiviteit. Wel is er de verwachting dat het een besparing gaat opleveren, omdat de medisch specialistische zorg nu te maken heeft met wachtlijsten. Door het voorkomen van doorverwijzingen naar de tweedelijnszorg, hebben zij meer ruimte voor andere zorgvragen.

Implementatieproces en opschaling

In het implementeren van het netwerk is het redelijk eenvoudig om collega's te stimuleren deel te nemen aan het netwerk. Dit geldt voor



<<

Initiatieven

Casestudie 1

Casestudie 2

Casestudie 3

Casestudie 4

Casestudie 5

Casestudie 6

>>

verschillende disciplines. Ook het benaderen van patiëntverenigingen gaat voorspoedig. Echter is het benaderen van zorgverzekeraars moeilijker. Het is lastig om te achterhalen wie bij een zorgverzekeraar moet worden benaderd om bepaalde financiering voor zorg rond te krijgen. Er wordt geprobeerd om te bewegen naar pakketvergoeding. Aan de hand hiervan is het mogelijk om verschillende behandelingen te financieren uit hetzelfde potje. Dit beweegt richting populatiebepoortiging. Toch is dit lastig om voor elkaar te krijgen bij zorgverzekeraars.

Het chronisch pijnnetwerk dat in Friesland wordt opgezet, kan een voorbeeld zijn waar andere partijen ook gebruik van kunnen maken. Eén van de bestuursleden van het chronisch pijnnetwerk Friesland is onderdeel van de pijnalliantie in Nederland. Daarnaast is er ook een chronisch pijnnetwerk in Groningen waarmee kennis wordt uitgewisseld. Er is bijvoorbeeld een professor die onderdeel is van het netwerk in Groningen en bij het chronisch pijnnetwerk Friesland scholing geeft. Daarnaast worden netwerken van patiënten en professionals nauw bij de opzet van bijvoorbeeld de website betrokken.

Er wordt verwacht dat zich minimaal 20 tot 30 centra (bijvoorbeeld huisartspraktijken, psychologenpraktijken) aansluiten. Het doel is om niet te snel op te schalen, omdat de kwaliteit dan achteruit gaat. Er moet een screening plaatsvinden om partijen te betrekken die daadwerkelijk deel willen nemen aan het netwerk.



Casestudie 4

Toen er afstand werd genomen van het programma BIG Move, een interventieprogramma uit Amsterdam gericht op beweging en gedrag, bleef er een gat over voor bewoners in de wijk Overvecht in Utrecht. Om dit gat op te vullen is toen het programma 'In Beweging' in het leven geroepen vanuit de stichting Overvecht gezond.

Inhoud, doel en doelgroep

Het programma In Beweging streeft naar gezonde inwoners door ziekten te voorkomen. Overvecht is één van de meest 'ongezonde' wijken van Nederland. Het is een wijk waarin veel bewoners in een sociale huurwoning wonen (circa 73%) en bewoners relatief hoge zorgkosten hebben. Het programma richt zich op bewoners met relatief slechte gezondheidsvaardigheden die het lastig vinden om gebruik te maken van het sportaanbod. Zorgverleners, huisartsen en het welzijns- of buurtteam verwijzen cliënten door naar het programma als voor cliënten de stap naar het sportaanbod te groot is. Het programma In Beweging richt zich op een gezonde leefstijl, meer ontspanning en gezonde voeding. Er wordt gestart met een intake waarna één of meerdere 1-op-1 sessies volgen. In deze sessies wordt ingezet op gedragsverandering middels motiverende gesprekstechnieken gericht op beweging in een kleine groep of individueel. Hierna wordt gezocht naar passende beweegvormen, vaak onder begeleiding van de beweegmakelaar, en stromen mensen uiteindelijk door naar het bestaande beweegaanbod in de wijk.

Er vindt een uitgebreide intake plaats gedurende drie kwartier om te achterhalen waarom iemand kampt met gezondheidsklachten. De beweegmakelaar gaat in gesprek met de cliënt en richt zich vervolgens op hoe bepaalde beperkingen, vaak door een mix van fysieke en mentale klachten bij bewegen, kunnen worden weggenomen. Bijvoorbeeld: zelfstandig op kunnen staan als iemand naast zijn of haar kleinkind heeft gezeten, of zonder angst een stevige wandeling durven maken waarbij de hartslag en ademhaling omhoog gaat. Hier wordt vervolgens de begeleiding op gericht. Huisartsen zouden ook deze behandeling willen hanteren, maar hebben hier de tijd niet voor. In Beweging biedt mensen de tijd en aandacht die ze nodig hebben. Vervolgens heeft dit effect op mensen, zo dalen bijvoorbeeld de diabeteswaardes en/of neemt de gezondheidsbeleving toe.

Bekostiging, kosteneffectiviteit en onderbouwing

Het programma wordt door de Gemeente Utrecht betaald. Het programma moet elke subsidieperiode opnieuw worden onderbouwd. Over de daadwerkelijke kosteneffectiviteit van het programma is geen informatie beschikbaar en het programma wordt niet wetenschappelijk geëvalueerd. Wel geven huisartsen aan dat bepaalde patiënten minder vaak dan voor het programma In Beweging langskomen.

Implementatieproces en opschaling

In het implementatieproces van het programma is het van belang dat de zorgverleners de voorgeschiedenis van de deelnemers kennen en hiernaar vragen. Zo is het bijvoorbeeld van belang dat de huisarts



<<

Casestudie 1

Casestudie 2

Casestudie 3

Casestudie 4

Casestudie 5

Casestudie 6

Casestudie 7

>>

ervan op de hoogte is dat de deelnemer is gestart met regelmatig wandelen en vraagt naar hoe dit bevalt. Een nadeel in de implementatie van het programma is dat de uren die de beweegmakelaar voor de uitvoering van het programma krijgt niet voldoende zijn. Cliënten kunnen na afloop nu bijvoorbeeld niet worden gebeld om te vragen naar de ervaringen. Verdere opschaling lijkt mogelijk, omdat het aantal doorverwijzingen een enorme vlucht heeft genomen. Wel moet er bij de overdraagbaarheid van het project worden gelet op de wijze waarop het wordt geïmplementeerd. Deze wijze moet namelijk passen bij de wijk waar het wordt geïmplementeerd.





Casestudie 5

Bij de huisartsorganisatie die de POH Fysio heeft geïmplementeerd, was een tekort aan huisartsen. Naar aanleiding hiervan werd gezocht naar een oplossing om de caseload van huisartsen te verlagen. Zodoende is er een Praktijkondersteuner huisarts (POH) Fysio gestart waarbij de patiënten met bewegingsklachten op consult komen bij een fysiotherapeut in plaats van bij een huisarts. Deze pilot is uitgebreid naar een tweede locatie.

Inhoud, doel en doelgroep

Het doel van het initiatief POH fysio is het ontlasten van de eerstelijns huisartsenzorg en voorkomen dat patiënten onnodig naar het ziekenhuis worden doorgestuurd. De praktijk-assistent inventariseert bij de patiënt of er sprake is van bewegingsklachten. Indien dit het geval is, wordt een consult (van 15 minuten) bij een fysiotherapeut ingepland. Bij ongeveer een achtste van de patiënten is er sprake van bewegingsklachten. De fysiotherapeut onderzoekt de bewegingsklachten en geeft vervolgens oefeningen mee, onderzoekt of er sprake is van botbreuken, dient eventueel pijnmedicatie toe, verwijst indien nodig door naar bijvoorbeeld een andere fysiotherapeut of podotherapeut voor een behandeling, of verwijst door naar de tweedelijnszorg (bijvoorbeeld naar een orthopeed). Het toedienen van pijnmedicatie vindt plaats onder supervisie van de huisarts. Er vindt altijd een terugkoppeling plaats van zorgverlener tot zorgverlener als een patiënt is doorverwezen.

Bekostiging, kosteneffectiviteit en onderbouwing

Arts en Zorg heeft een all-in tarief met de zorgverzekeraar afgesproken. Dit tarief bestaat uit de financiering voor de 'care as usual' (S1), chronische zorg (S2) en investeringsgelden (S3). Hierdoor kunnen investeringsgelden meer in vrijheid worden besteed dan wanneer aparte plannen moeten worden ingediend om investeringsgelden te kunnen ontvangen. De pilotfase is nu afgerond en hieruit is gebleken dat deze vorm van zorg een goede oplossing kan zijn om de knelpunten die ontstaan door een huisartsentekort op te lossen. Het budget dat normaal gesproken wordt ingezet om een huisarts aan te stellen, wordt nu gebruikt voor de inzet van de POH fysio. De POH fysio wordt gefinancierd vanuit gelden die normaal gesproken aan een huisarts zouden worden besteed.

Het betreft een taakherschikking, geen kostenbesparing. Mogelijkerwijs is het wel zo dat de POH fysio zelf al advies kan geven om de klachten te verhelpen, waardoor doorverwijzingen naar de tweedelijnszorg en vormen van fysiotherapie worden voorkomen. Er zijn echter geen data beschikbaar om dit te kunnen onderbouwen. Er is wel een nulmeting uitgevoerd, maar het is te vroeg in het proces om al trends te kunnen ontdekken. De patiënttevredenheid is op de pilotlocatie gemeten. Deze is gestegen, maar er is niet inzichtelijk gemaakt waarom de tevredenheid precies is gestegen. Mogelijkerwijs draagt de duur van de consulten bij aan de patiënttevredenheid. Deze duren 15 minuten in plaats van 10 minuten bij een huisarts. Daarnaast wordt een efficiëntieslag geslagen, omdat patiënten met bewegingsklachten niet meer via de huisarts naar een fysio worden



<<

Casestudie 2

Casestudie 3

Casestudie 4

Casestudie 5

Casestudie 6

Casestudie 7

Casestudie 8

>>

doorverwezen, maar direct door een fysiotherapeut worden onderzocht.

Implementatieproces en opschaling

Bij de start van het initiatief moet rekening worden gehouden met dat de POH fysio een nieuw systeem moet leren kennen en nieuwe verantwoordelijkheden moet leren dragen, zoals het toedienen van pijnmedicatie. Daarnaast is het van belang dat de POH fysio en de huisarts goed samenwerken. Zo is het bijvoorbeeld handig om een pijnmedicatieprotocol op te stellen waaraan de POH fysio zich kan houden, zodat de POH fysio niet elke keer hoeft te overleggen met de huisarts om pijnmedicatie voor te kunnen schrijven. Dit is gewijzigd in het vragen om goedkeuring aan de huisarts bij het toedienen van pijnmedicatie boven een bepaald niveau via een systeem. Daarnaast is het van belang dat er een werkend proces wordt opgezet om te kunnen identificeren welke patiënten bewegingsklachten hebben. Tot slot is het van belang om veranderingen in patiënttevredenheid te meten.

De wens is om op te schalen naar meer dan de huidige twee locaties. Vanwege de corona gerelateerde zorg die wordt geboden, ligt dit nu stil.



Casestudie 6

Kaderhuisarts Bewegingsapparaat Ramon Ottenheijm en orthopeed Patrick Deckers ervaren dat het vaak voorkomt dat een patiënt van de ene naar de andere professional wordt doorgestuurd en de behandelplannen niet op elkaar afgestemd zijn. Hierdoor verliezen patiënten mogelijk hun vertrouwen in de zorgverlener. Naar aanleiding hiervan is de betrokken kaderhuisarts gestart met een pilot in de huisartspraktijk met als doel de zorg voor patiënten met schouder- en knieklachten anders te organiseren: het anderhalvelijnsspreekuur. Op basis van een positieve evaluatie is besloten dit zorgaanbod te implementeren in het reguliere aanbod. Het spreekuur wordt momenteel op in het Anders Beter Centrum en PlusPunt Medisch Centrum aangeboden.

Inhoud, doel en doelgroep

Het anderhalvelijnsspreekuur houdt in dat patiënten met klachten aan de schouder en knie door huisartsen worden doorgestuurd naar een multidisciplinair team dat bestaat uit een fysiotherapeut, kaderhuisarts bewegingsapparaat en een orthopeed. De fysiotherapeut neemt de anamnese af en doet het lichamelijke onderzoek om tot een voorlopige diagnose te komen, waarbij tevens behandelbare fysiotherapeutische grootheden worden benoemd. Vervolgens wordt er door de kaderhuisarts een dynamische Point-of-care-echografie gemaakt. Op basis van alle informatie wordt er gezamenlijk een diagnose gesteld en het behandelplan gemaakt. Eventueel worden tijdens het spreekuur corticosteroïdinjecties gezet, die bij voorkeur echogeleid worden gezet. Hierna komt de patiënt bij de orthopeed die het

behandelplan finaal maakt en dit weer bespreekt met de patiënt. Alle betrokken zorgprofessionals stemmen het behandelplan met elkaar af.

Door hun klachten zijn patiënten vaak angstig geworden om bepaalde bewegingen te maken. Door hen te informeren over wat ze wel of juist niet kunnen doen, wordt deze angst weggenomen. In totaal is er drie kwartier beschikbaar voor de patiënt en is het doel dat de patiënt daadwerkelijk perspectief krijgt op het verhelpen van zijn of haar klachten en de inhoud van het behandelplan leert kennen en begrijpen. Dit is belangrijk in het aanwakkeren van de intrinsieke motivatie van de patiënt om met de klachten aan de slag te gaan. Een ander belangrijk voordeel van het anderhalvelijnsspreekuur is de samenwerking tussen de verschillende professionals. Hoewel het normaal gesproken moeilijk kan zijn om de samenwerking tussen verschillende disciplines op te zoeken, leidt dit initiatief ertoe dat verschillende disciplines met elkaar samenwerken en van elkaar leren. Dit leidt er vervolgens weer toe dat een effectiever behandelplan kan worden opgesteld voor een patiënt.

Bekostiging, kosteneffectiviteit en onderbouwing

Door de inzet van het anderhalvelijnsspreekuur, wordt in 94% van de gevallen een verwijzing naar het ziekenhuis voorkomen. De gemiddelde kosten voor een verwijzing naar de orthopeed in het ziekenhuis zijn 325 euro per patiënt; minus de kosten die voor de patiënt worden gemaakt door het anderhalvelijnsspreekuur, betekent dit een besparing van 31,8% per patiënt. Dit is een conservatieve



berekening, omdat dit enkel uitgaat van een eerste consult bij de orthopeed in het ziekenhuis en niet van eventuele vervolggconsulten die hierdoor ook kunnen worden voorkomen. Daarnaast zijn er potentieel ook kosten die door de inzet van het anderhalvelijnsspreekuur worden bespaard binnen de Wmo en uitkeringen, omdat de klachten van patiënten beter worden verholpen en mensen bijvoorbeeld (sneller) kunnen terugkeren in het arbeidsproces. Deze maatschappelijke kosten zijn echter lastig door te rekenen, omdat de besparingen bij verschillende incasseerders terecht komen.



Op één van de locaties, het Anders Beter Centrum, is een onderzoek uitgevoerd onder patiënten met schouderklachten middels een vragenlijst. Na drie en zes maanden werden patiënten gevraagd de vragenlijst in te vullen. Uit dit onderzoek is gebleken dat de klachten na verloop van tijd statistisch significant zijn afgenomen. Ook is de patiënttevredenheid gemeten en vergeleken met de polikliniek orthopedie in het regionale ziekenhuis, het Zuyderland MC. Het Anders Beter Centrum scoort gemiddeld een 8,9 en de polikliniek een 8,1. Momenteel loopt er vervolgonderzoek naar de invloed van psychosociale factoren op het herstel.

Implementatieproces en opschaling

De betrokken huisartsorganisaties, waarvan er één in een construct zit met het ziekenhuis (Medisch Coördinatie Centrum Omnes), onderhandelen met de preferente zorgverzekeraar CZ. Dit bevordert de mogelijkheid om interventies als deze te kunnen organiseren.

Daarnaast is het van belang om patiëntengroepen mee te nemen in de opzet van zorginitiatieven, zodat het aansluit op hun behoeften. Ook is het belangrijk dat met patiënten wordt gedeeld waarom bepaalde keuzes worden gemaakt. Een andere randvoorwaarde om het anderhalvelijnsspreekuur verder uit te kunnen rollen, betreft de behoefte aan voldoende goed opgeleide fysiotherapeuten en kaderhuisartsen. Tot slot moeten professionals kunnen voortborduren op elkaars advies. Hiervoor is het noodzakelijk dat er sprake is van onderling vertrouwen, respect, en bereidwilligheid om van elkaar te leren.

De betrokken kaderhuisarts en orthopeed willen graag opschalen, maar het blijft lastig om de financiering vanuit de zorgverzekeraars rond te krijgen. De komende maanden moet duidelijk worden hoe dit wordt vormgegeven. Het landelijk bepalen van tarieven voor zorgprofessionals en aandoeningen zou opschaling bevorderen, omdat er dan geen onderhandeling over tarieven op lokaal/regionaal niveau hoeft plaats te vinden.





Casestudie 7

Het Huisartsspreekuur bewegklachten wordt gehouden op horizontale verwijzing vanuit collega-huisartsen. Het dient voor mensen met klachten aan het bewegingsapparaat waarbij wordt gedacht aan verwijzing naar de tweede lijn. De betrokken kaderhuisarts ziet deze mensen één of een aantal keer, behandelt zelf of verwijst door binnen de eerste lijn, bijvoorbeeld naar de fysio- of oefentherapeut of, indien nodig, naar de tweede lijn. Het komt ook voor dat de betrokken kaderhuisarts echogeleid injecties zet, in samenwerking met een echografist.

Inhoud, doel en doelgroep

In principe kunnen alle patiënten met bewegklachten doorverwezen worden naar de kaderhuisarts, tenzij iemand geopereerd moeten worden of (mogelijk) reuma heeft. Meestal verwijst de betrokken kaderhuisarts door binnen de eerste lijn; ongeveer 10% van de patiënten verwijst de kaderhuisarts door naar de tweede lijn, bijvoorbeeld naar de revalidatiearts, de reumatoloog, de neuroloog de sportarts of de pijnbestrijding. De betrokken kaderhuisarts heeft geïnvesteerd in het leren kennen van diverse therapeuten in de eerste lijn. Ook vindt er intervisie plaats met orthopeden en sportartsen. Er wordt met vijf fysiotherapiepraktijken samengewerkt. Het doel is uiteindelijk de juiste zorg op de juiste plek te leveren. Het gaat bijvoorbeeld over mensen die klachten hebben die niet operatief opgelost kunnen worden, maar waarbij oefentherapie wel effectief is. De betrokken kaderhuisarts is in staat om dit te signaleren tijdens het beweegspreekuur en verwijst bijvoorbeeld door naar de fysiotherapeut

met expertise op een bepaald gebied. De mogelijkheden in de eerste lijn kunnen zo veel effectiever worden benut.

Bekostiging, kosteneffectiviteit en onderbouwing

Dit project wordt bekostigd vanuit Menzis in de vorm van een pilot. In eerste instantie betrof deze pilot een periode van 3 jaar, welke nu is voortgezet met een periode van één jaar. Een (voorzichtige) schatting laat zien dat er op de pilotlocatie ruim 600.000 euro aan kosten wordt bespaard per jaar. Geschat wordt namelijk dat 80 % van de mensen die op het spreekuur komen anders in de tweede lijn terecht zouden zijn gekomen. De kosten die worden bespaard zitten zowel in het consult dat niet hoeft plaats te vinden in de tweede lijn als in het voorkomen van aanvullend onderzoek dat waarschijnlijk in de tweede lijn zou moeten worden uitgevoerd. Het project wordt niet wetenschappelijk onderzocht.

Implementatieproces en opschaling

De betrokken kaderhuisarts is gestart met het Huisartsspreekuur Bewegklachten vanuit eigen enthousiasme en interesse in sporten en bewegen. Hij heeft de kaderopleiding gedaan en geleerd van collega's. De betrokken kaderhuisarts is telkens een kleine groep huisartsen afgegaan om over het project te vertellen. Elke paar maanden heeft hij een nieuwe groep huisartsen bezocht. Zo is het aantal verwijzingen langzaam uitgebreid en het aantal neemt ook toe nu mensen door de corona niet gemakkelijk naar de orthopeed kunnen.



Een succesfactor is een betrokken kaderhuisarts die werkt aan het draagvlak binnen de eerste en tweede lijn. Daarnaast is een belangrijke succesfactor van het project de betrokkenheid van de zorgverzekeraar (Menzis). Menzis maakt ook deel uit van de projectgroep en is vanaf het begin nauw en actief betrokken geweest. Een inhoudelijke succesfactor is de tijd die er is voor de patiënt wordt genomen (gemiddeld een half uur per consult) om goed onderzoek te doen. Dit geeft de patiënt meer vertrouwen in de behandeling. De huisarts heeft hierdoor ook voldoende tijd om uit te leggen wat er aan de hand is.

om verder uit te breiden in de regio, maar hiervoor moeten wel enthousiaste huisartsen worden gevonden. Opschaling op grote schaal met kaderhuisartsen is niet reëel, omdat er in Nederland maar 50 kaderhuisartsen zijn. Daarom is het doel om het regionaal te gaan opschalen met geïnteresseerde huisartsen die samenwerken in de regio.



Hoewel de samenwerking met de meeste specialisten prima is kan die op een aantal punten nog verbeterd worden. Radiologen en ook specialisten voeren weleens opnieuw een echo uit, omdat zij twijfelen aan de echo die is gemaakt in de eerste lijn. Een andere uitdaging is het borgen van de kwaliteit; wanneer is iemand voldoende gespecialiseerd en hoe kan een goed functieprofiel worden opgesteld? Tot slot, horizontaal verwijzen naar een collega kan gevoelig liggen. Bij de start vonden sommige huisartsen dit lastig. Nu is dit minder het geval. Patiënten vinden het geen probleem om door te worden verwezen naar een andere huisarts.



Het spreekuur wordt opgeschaald naar een andere locatie. Daar is een huisarts gevonden met veel interesse en scholing op het gebied van het bewegingsapparaat die aan het functieprofiel voldoet. Hij gaat nu met een dagdeel per week beginnen in nauwe samenwerking met de betrokken kaderhuisarts op de huidige locatie. Daarna is het idee



Casestudie 8

Een aanzienlijk deel van de oudere volwassenen is in toenemende mate sedentair. Deze inactiviteit hangt op oudere leeftijd samen met mobiliteitsklachten en kwetsbaarheid. Geriatrie-fysiotherapeuten die werken volgens Coach2Move richten zich op het vergroten van de lichamelijke activiteit van kwetsbare thuiswonende ouderen met als hoofddoel het verminderen van de kwetsbaarheid en het vergroten van de kwaliteit van leven. Eerder is er een randomised control trial (RCT) uitgevoerd naar de interventie. Momenteel wordt de implementatiestrategie voor de uitrol van Coach2move onderzocht middels een zogenaamde stepped wedge studie.

Inhoud, doel en doelgroep

Coach2Move is een geprotocolleerde fysiotherapeutische integrale aanpak voor kwetsbare ouderen in de eerste lijn. Deze ouderen hebben functionele beperkingen of lopen hier risico op. Het doel van Coach2Move is om de patiënt zelfstandig te laten functioneren met zijn/haar eventuele lichamelijke beperkingen.

Bij de start van Coach2Move doet een gespecialiseerde geriatrie-fysiotherapeut of een normale fysiotherapeut een 60 minuten-durende intake met de patiënt. Hier worden een aantal standaard vragenlijsten voor gebruikt m.b.t. comorbiditeiten, fysieke activiteiten, psychologische problematiek, spierkracht e.d. De voorgeschiedenis wordt achterhaald en er vindt grondig lichamenlijk onderzoek plaats. Ook worden de wensen en doelen die de patiënt wil bereiken besproken. Het behandeltraject wordt samen met de patiënt opgesteld

en afgestemd op de doelen van de patiënt. Er wordt gemonitord of ouderen progressie maken. Indien blijkt dat de gekozen behandeling minder effectief is dan gehoopt, passen fysiotherapeuten de behandeling aan.

Coach2Move wordt ingezet in 16 praktijken door zowel specialistische geriatrie-fysiotherapeuten als algemeen fysiotherapeuten die met ouderen werken. Indien blijkt dat de patiënt hulpvragen heeft die buiten de eigen expertise vallen, verwijzen de fysiotherapeuten door naar andere zorgverleners, zoals een psycholoog of ergotherapeut.

Bekostiging, kosteneffectiviteit en onderbouwing

Het onderzoek wordt momenteel middels een ZonMw-subsidie gefinancierd. Met de zorgverzekeraar is onderhandeld en de behandelingen werden gedurende het onderzoek vanuit de aanvullende verzekering betaald via een facultatieve prestatie. Echter, het lukt zo niet om ouderen met een lagere sociaaleconomische status (SES) te bereiken, omdat deze mensen niet aanvullend verzekerd zijn. Dit zijn echter wel juist de mensen die gebaat zijn bij een dergelijke interventie.

De eerder uitgevoerde RCT liet zien dat de interventie kosteneffectief is: gemiddeld was er na behandeling middels Coach2Move een kostenbesparing van 850 euro zichtbaar na 6 maanden. Naast een besparing op het aantal behandelingen van fysiotherapeuten, resulteert het ook in besparingen op huisartsenzorg, medicijnen, hulpmiddelen en verpleegkundige zorg. Verder geven therapeuten



aan dat zij efficiënter zijn in hun behandelingen. Dit komt enerzijds omdat ze meer tijd hebben gestoken in het kiezen van de beste aanpak en anderzijds omdat therapeuten bij aanvang van de behandeling bij de patiënt communiceren dat de behandeling eindig is. Hierdoor ligt de regie bij de patiënt.

Naast een kostenbesparing, werd er tevens een effect gevonden op het functioneren van ouderen. Zo groeide de fysieke prestatie van ouderen harder na 3 en 6 maanden in vergelijking met ouderen die behandelingen hebben ontvangen van een gebruikelijke fysiotherapeut. Ook is uit dit onderzoek gebleken dat de ernst van lichamelijke schade minder ernstig was na vallen. Medio juli 2020 werden de laatste metingen en analyses afgerond; de wetenschappelijke resultaten van het onderzoek volgen nog.

Implementatieproces en opschaling

Een belangrijke succesfactor van Coach2Move is dat in de implementatie alle betrokken therapeuten het fijn vinden om de tijd te kunnen nemen voor cliënten en dat zij deelgenoot worden van het geheel. Ouderen worden geïnspireerd om doelen te stellen die ze van tevoren nooit haalbaar achtten. Tijdens de implementatie zijn er echter ook een aantal uitdagingen geïdentificeerd. Zo kunnen fysiotherapeuten het lastig vinden om te beoordelen welke soort patiënten geschikt zijn voor het initiatief Coach2Move. Zo werden ouderen met dementieklachten of ongemotiveerde ouderen mogelijk te snel uitgesloten. Daarnaast plant de secretaresse soms intakes in,

terwijl zij niet altijd de juiste inschatting kan maken welke patiënt wel of niet geschikt is voor de behandeling.

Een andere barrière was het rondkrijgen van de vergoeding. Contracten bleven lang niet getekend en er konden geen behandelingen worden uitgevoerd zo lang dit niet geregeld was. Met terugwerkende kracht vonden veel praktijken dat spannend. In sommige praktijken ging het in eerste instantie nog fout, omdat de tarieven te laag waren en het niet soepel met de vergoedingen liep.

Tot slot bleek de onderzoekssetting waarin de implementatie zich afspeelde ook niet altijd mee te werken. Doordat het onderzoeksteam erboven op zat, bleef ook het eigenaarschap bij hen, ook voor het regelen van de bekostiging. Er miste hierdoor wat eigenaarschap bij fysiotherapeuten. Het is problematisch als het in de onderzoeksgroep blijft hangen, vooral als de verandering teweeg moet worden gebracht onder fysiotherapeuten. Hierin helpt het als het KNGF het initiatief draagt en wil bijdragen aan de uitrol van Coach2Move. Ook helpt dit om een netwerk op te starten waarin naast fysiotherapeuten ook artsen zijn betrokken, zodat efficiënter kan worden doorverwezen. Er zijn momenteel geen anderen initiatieven die lijken op Coach2Move. Opschaling van het initiatief wordt besproken met ZonMw, zodat de implementatie wordt geborgd.



Effectencalculator

Om meer inzicht te krijgen in het substitutie-effect van fysio- en oefentherapie, hebben wij voor drie van de acht casestudies een effectencalculator uitgevoerd. De effectencalculator is een methodiek om het financieel en maatschappelijk rendement van interventies, bijv. sociale interventies of interventies binnen de zorg, in beeld te brengen. De effectencalculator is ontwikkeld door diverse onderzoeksbureaus, waaronder Ecorys. [Hier](#) kunt u meer informatie over de effectencalculator vinden.

Methode

In een effectencalculator sessie wordt steeds één casus besproken die is opgepakt binnen de desbetreffende interventie. Het betreft telkens een 'echte' casus, waarbij idealiter de cliënt/patiënt en zijn of haar behandelaar(s) aanwezig zijn om het effect van de interventie in kaart te brengen. In een dialoogsessie wordt de effectencalculator met behulp van een werkblad gezamenlijk ingevuld, waarbij gebeurtenissen en activiteiten op post-its worden gerangschikt op een werkblad. In het gesprek staat steeds de vraag centraal wat er gebeurde in het leven van de patiënt, welke gezondheidsproblemen er spelen en wat de interventie voor hem of haar heeft opgeleverd.

Daarnaast wordt in het gesprek de referentiesituatie geschetst met - indien relevant - behulp van andere zorgverleners. Hierbij staat de vraag centraal wat er gebeurd zou zijn als er sprake was geweest van 'care as usual': Hoe was de hulpvraag dan opgepakt, welke

ondersteuning had de cliënt/patiënt dan gekregen en hoe had hij of zij dat ervaren? Zo kan er goed inzicht worden verkregen in de meerwaarde (zoveel mogelijk uitgedrukt in geld) van de gehanteerde aanpak en hoe deze meerwaarde precies tot stand is gekomen. Om een indicatie van de eventuele extra kosten in de referentiesituatie te geven, wordt waar mogelijk gebruik gemaakt van de maatschappelijke prijslijst (voor huidig onderzoek: versie 25)⁷, eventueel aangevuld met extra bronnen.

Variatie in cases en representativiteit onderzoek

In dit onderzoek zijn effectencalculator sessies (cases) uitgevoerd voor drie initiatieven: 1) POH Fysio, 2) Coach2Move en 3) het Landelijk Netwerk Oefentherapeuten Chronische Pijn. In totaal zijn acht cases behandeld, per initiatief twee of drie, die variëren in zorgvraag van de cliënt/patiënt. We laten de resultaten per casus zien en beschrijven opvallende verschillen en overeenkomsten. Hiermee bieden we inzicht in hoe de werkwijze per initiatief uitpakt. We doen met dit onderzoek geen uitspraken over de effectiviteit van de werkwijze in het algemeen. Daarvoor is een grootschaliger evaluatie- of effectiviteitsonderzoek nodig, waarin bijvoorbeeld een groter aantal cases geëvalueerd wordt over de tijd.

Deelnemers

De behandelaren die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van het initiatief deden steeds mee aan de desbetreffende effectencalculator.

⁷ De prijzen op deze prijslijst zijn indicatief. Vaak zijn het (conservatieve) gemiddelden van diverse bronnen.



Dat wil zeggen de fysiotherapeut die de Coach2Move-behandeling gaf, de fysiotherapeut die binnen de huisartsenpraktijk het spreekuur doet als onderdeel van POH Fysio en de oefentherapeut die betrokken is bij het Netwerk Chronische Pijn. Daarnaast deden andere relevante zorgverleners mee aan het gesprek, zoals bijvoorbeeld een huisarts, een fysiotherapeut die 'care as usual' geeft en een revalidatiearts. In alle gesprekken was de cliënt zelf ook aanwezig. De effectencalculatorsessies vonden plaats in de periode september-oktober 2020.

Toelichting bij het lezen van de uitkomsten

Hieronder presenteren we de zeven cases die middels het werkblad van de Effectencalculator zijn uitgewerkt in de sessies. De exacte uitwerking volgens het werkblad is opgenomen in de bijlagen van dit rapport, waarbij de bovenkant van het blad de situatie laat zien zoals deze zich heeft voorgedaan, met daarin de gebeurtenissen in het leven van de cliënt of patiënt (in donkerblauw) en daaronder de ondersteuningsactiviteiten vanuit de interventie (in lichter blauw). De onderkant van het blad schetst de referentiesituatie: hoe het was gegaan als de hulp- of zorgvraag op de reguliere wijze was opgepakt. In sommige gevallen zijn er meerdere mogelijke referentiesituaties uitgewerkt.

POH Fysio – Casus 1

Er meldt zich een 85-jarige dame bij de huisartsenpraktijk met knieklachten. Mevrouw heeft artrose aan haar knie en kan daardoor moeizaam lopen. Op basis van de klachten besluit de assistent dat

het een geschikte patiënt is om gezien te worden door de POH fysio. Mevrouw geeft een 6 voor haar kwaliteit van leven.

Aanpak

De fysiotherapeut doet lichamelijk onderzoek bij mevrouw en adviseert te smeren met voltaren, voldoende te rusten en met behulp van gerichte oefeningen te bewegen. Tevens krijgt mevrouw het advies te gaan sporten bij de sportschool onder begeleiding van een fysiotherapeut. Omdat mevrouw een week later terugkomt met ergere klachten, besluit de fysiotherapeut haar door te verwijzen voor het maken van een foto bij de orthopeed. De artrose is echter niet dusdanig ernstig en de POH Fysio zet de behandeling voort. Langzaam gaat het beter en de training in de sportschool werpt zijn vruchten af. Als mevrouw zich een half jaar later met dikke knie en klachten opnieuw meldt, zet de POH Fysio onder begeleiding van de huisarts een injectie.

Effecten voor de cliënt

De POH Fysio heeft meer tijd tijdens haar consult en kan direct gerichte adviezen geven m.b.t. belasten en bewegen. Hierdoor voelt mevrouw zich goed geholpen en is zij zeer tevreden met de behandeling van de POH Fysio. De training in de sportschool helpt en mevrouw kan weer zwemmen. Op moment dat de klachten weer toenemen helpt de injectie gelukkig dusdanig, dat mevrouw daarna weer alles kan met haar knie. Mevrouw geeft haar leven nu een 7.



Referentiesituatie

Binnen de 'care as usual' had mevrouw een consult bij de huisarts gehad. De huisarts zou in eerste instantie hebben geadviseerd af te wachten en te belasten op geleide van de klachten. Zij zou geen gerichte adviezen met betrekking tot bewegen kunnen geven. Als mevrouw terugkeert bij erger wordende of blijvende klachten, wordt het voor de huisarts lastiger. Zij heeft geen tijd om de patiënt meermaals te blijven zien en ze kan bovendien weinig voor mevrouw betekenen. Ze had de optie aan mevrouw voorgelegd om mevrouw door te verwijzen naar de orthopeed of fysiotherapie. De verwachting is dat de orthopeed weinig kan doen, tot het echt nodig is om de knie te vervangen.

Kosten

De POH Fysio declareert dezelfde kosten als de huisarts (en dus niet als een POH'er of paramedici). In de aanpak hebben 2 fysieke consulten met de fysiotherapeut plaatsgevonden, en 2 telefonische consulten. Volgens de maatschappelijke prijslijst komt dat neer op € 30,- voor deze consulten totaal (€ 10,- voor fysiek, € 5,- voor telefonisch). Het polibezoek aan de orthopeed met daarbij de foto komt uit op zo'n € 200,-. De kosten voor de sportschool waar mevrouw traint zijn voor haar eigen rekening.

In de referentiesituatie had de huisarts mevrouw ook 2 keer gezien (kosten in totaal: € 20,-). Een behandeling bij de fysiotherapeut had

€ 35,- per sessie gekost, eventueel via de aanvullende verzekering of voor eigen rekening van mevrouw. Naar verwachting had mevrouw minimaal twee behandelingen ontvangen van de fysiotherapeut (kosten in totaal: € 70,-). Gemiddeld genomen ontvangt een persoon die een fysiotherapeut bezoekt echter 9.4 behandelingen per jaar⁸ (kosten: € 329,-) Indien fysiotherapie niet geholpen had en mevrouw uiteindelijk was doorverwezen naar de orthopeed, zou dat in ieder geval zijn neer gekomen op € 150,- voor het polibezoek.

Kortom, in de aanpak zijn de kosten € 230,-. In de referentiesituatie zijn de kosten naar verwachting minimaal € 240,- (inclusief 2 huisartsbezoeken, twee fysiobehandelingen en bezoek aan de orthopeed). Mocht mevrouw echter een gemiddeld aantal behandelingen krijgen (9,4) en dan alsnog een bezoek aan de orthopeed brengen, zouden de kosten kunnen oplopen tot € 499,-.

POH Fysio – Casus 2

Een 35-jarige pakjesbezorger heeft een ongelukkige val gemaakt bij het uitstappen uit zijn bezorgbus. Met een gescheurde kruisband komt hij bij de huisarts terecht. Zij adviseert rust te houden, te bewegen waar mogelijk en schrijft pijnmedicatie voor. Bij aanhoudende klachten komt meneer een week later bij de POH Fysio terecht. Meneer geeft een 1 voor zijn kwaliteit van leven.

⁸ <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/fysiotherapeut-aantal-behandelingen-persoon>



Aanpak

Tijdens het consult bespreekt de fysiotherapeut de mogelijkheden van een doorverwijzing naar de orthopeed voor een foto of fysiotherapie. Omdat meneer niet aanvullend verzekerd is en zijn hoge eigen risico niet wil aanspreken, wordt besloten niet door te verwijzen. Daarnaast is het de vraag in hoeverre een doorverwijzing zinvol is. De POH Fysio geeft gericht oefeningen mee en pijnmedicatie. Twee weken later meldt meneer zich echter omdat hij tegen advies in is gaan hardlopen. Dit heeft niet goed uitgedrukt en meneer krijgt opnieuw pijnstillers en gerichte adviezen. Het gaat langzaam beter en de POH Fysio stelt een oefenschema op om op te bouwen.

Effecten voor de cliënt

Meneer is opgelucht dat het niet nodig is om zijn eigen risico aan te spreken voor een ziekenhuisbezoek aan de orthopeed of dat hij fysiotherapie moet bekostigen (meneer is niet aanvullend verzekerd voor fysiotherapie). Hij voelt zich enorm geholpen met de oefeningen van de POH Fysio. Hij ervaart de consulten van de POH Fysio als een stuk nuttiger dan zijn eerste bezoek aan de huisarts, die voor zijn gevoel maar weinig kon doen. Hij heeft het gevoel dat de POH Fysio de tijd voor hem had en hem gericht kon helpen met de benodigde oefeningen. Hij kijkt ernaar uit weer aan het werk te gaan. Meneer geeft nu een 9 voor zijn kwaliteit van leven.

Referentiesituatie

Indien er geen POH Fysio was geweest, was meneer opnieuw bij de huisarts terecht gekomen. Zij had weinig voor hem kunnen betekenen

en opnieuw de opties tot doorverwijzen doorgenomen. In het geval van meneer was hij waarschijnlijk zo lang mogelijk gaan rekken met pijnstilling, omdat hij fysiotherapie of een doorverwijzing naar de tweede lijn niet had kunnen betalen. Gerichte adviezen zouden ontbreken en de huisarts zou moeten adviseren dat meneer naar eigen inzicht moet belasten op geleide van de klachten. Bij aanhoudende klachten is de verwachting dat meneer uiteindelijk wel naar een fysiotherapeut was gegaan.

Kosten

Er vonden twee fysieke en twee telefonische consulten plaats met de POH-fysio, kosten in totaal: € 30,- (€ 10,- voor fysiek, € 5,- voor telefonisch). In de referentiesituatie hadden er 2 consulten met de huisarts plaatsgevonden, kosten € 20,-. Wanneer meneer bij aanhoudende klachten naar de orthopeed was gegaan, had een polibezzoek in ieder geval € 150,- gekost. Wanneer meneer een fysiotraject in was gegaan, waren de kosten op € 35,- per keer gekomen. De verwachting is dat meneer minimaal twee behandelingen had ontvangen (kosten € 70,-) en maximaal 9,4 behandelingen (kosten € 329,-).

Kortom, in de aanpak lagen de kosten op € 30,- totaal. In de referentiesituatie hadden de kosten mogelijk een stuk hoger gelegen, namelijk € 170 bij twee huisartsbezoeken en een bezoek aan de orthopeed, € 90 bij twee huisartsbezoeken en twee fysiotherapiebehandelingen of wel € 349 bij twee huisartsbezoeken en een gemiddeld aantal fysiotherapiebehandelingen.



Coach2Move (C2M) – Casus 1

Meneer (60+) heeft in maart 2020 corona opgelopen, waarvoor hij in het ziekenhuis werd opgenomen. De palliatieve arts gaf aan dat meneer zou komen te overlijden. Dit was een enorme klap, omdat meneer dit absoluut niet wilde. De POH'er regelde dat meneer vier weken in het zorghotel van het ziekenhuis kon verblijven. Hier is hij aangesterkt, waarna hij vervolgens terug naar huis kon. Hierna is de behandeling met C2M gestart. Meneer gaf zijn leven in de periode dat hij ziek was, voorafgaand aan de behandeling, het cijfer 0.

Aanpak

Tijdens de intake achterhaalde de C2M-therapeut de doelen van meneer: langere stukken kunnen wandelen en weer fietsen. De behandelingen in de beginperiode vinden i.v.m. corona telefonisch plaats en de C2M-therapeut heeft daarnaast drie dans filmpjes met oefeningen ontwikkeld. Ook heeft de fysiotherapeut samen met de patiënt bepaald welke wandelingen hij en zijn partner lopen. Wekelijks heeft de fysiotherapeut de vooruitgang besproken. Een diëtist heeft aanvullende proteïnedrankjes voorgeschreven en adviezen op het gebied van voeding gegeven.

Effecten voor de cliënt

Meneer en zijn vrouw hebben de filmpjes als zeer positief ervaren. Daarnaast ervoeren zij het als prettig om door te spreken hoe de wandelingen die zij hebben gelopen elke week gingen. Langzaam konden zij steeds beter zelf inschatten hoe lang zij in staat waren om te wandelen. Meneer was blij met de doorverwijzing naar de diëtist.

Meneer en mevrouw doen nu nog elke avond de bewegingen uit een dans filmpje mee. Ook wandelen en fietsen zij regelmatig. Meneer geeft zijn leven nu het cijfer 9.

Referentiesituatie

- Een eerste mogelijkheid is dat opnieuw zou zijn doorverwezen naar het zorghotel. Dit had meneer waarschijnlijk niet aangekund. In deze situatie had meneer geen ondersteuning ontvangen en was meneer onzeker gebleven over wat hij wel/niet had aangekund qua belastbaarheid. Herstel had langer geduurd.
- Het is ook mogelijk dat de POH'er had geadviseerd om verder thuis te herstellen. In deze situatie geldt opnieuw dat meneer geen ondersteuning had ontvangen. Hierdoor had het langer geduurd voordat meneer zou zijn hersteld.
- Een derde mogelijkheid is dat de POH'er had doorverwezen naar een normale fysiotherapeut. De verwachting is dat het succes van deze behandeling afhankelijk is van de behandelmethode van de fysiotherapeut.

Kosten

In de aanpak heeft een consult met de POH'er plaatsgevonden, kosten € 80,-. Daarnaast hebben er 14 consulten plaatsgevonden met de C2M-fysiotherapeut, kosten: € 35,- * 14 = € 490,-. In de referentiesituatie waren de kosten naar verwachting hetzelfde geweest als was doorverwezen naar een normale fysiotherapeut. Indien niet was doorverwezen naar een fysiotherapeut, maar meneer opnieuw was opgenomen in een zorghotel hadden de kosten een stuk



hoger gelegen, namelijk € 156,- per dag. Het is lastig te zeggen hoelang meneer zou zijn opgenomen, maar bij een opname van minimaal een week waren de kosten € 1.092,-, geweest; bij een opname van een maand € 4,680,-

Coach2Move – Casus 2

Cliënt (vrouw, 80+) woont met haar broer en heeft een hond. Mevrouw krijgt 2 uur per week thuiszorg voor hulp bij het schoonmaken van een wond aan haar been. Daarnaast loopt mevrouw met hulpstukken en gebruikt zij voor langere stukken buiten een scootmobiel. Mevrouw is onlangs kort na elkaar twee keer gevallen. Dit was voor de thuiszorg de aanleiding om mevrouw door te verwijzen naar een C2M-fysiotherapeut. Mevrouw vindt het lastig een cijfer te geven voor de kwaliteit van haar leven.

Aanpak

Tijdens de intake heeft de C2M-therapeut op basis van een gestructureerde vragenlijst achterhaald wat mevrouw aankon qua belasting en welke bewegingsdoelen mevrouw voor ogen had. Mevrouw kreeg oefeningen mee die zich erop richten om deze bewegingen te kunnen maken. Tijdens de behandelingen werd de vooruitgang van de bewegingen gemonitord. Na een aantal weken verschoof de aandacht van kracht naar het verbeteren van de balans, zodat mevrouw makkelijker kan lopen en met de handen los aan het aanrecht kan staan. De oefeningen worden in de thuisomgeving uitgevoerd. Ook komt het voor dat de thuiszorg de oefeningen samen

met mevrouw uitvoert. Dit heeft de fysiotherapeut met de thuiszorg afgestemd.

Effecten voor de cliënt

Mevrouw voelt zich snel op haar gemak bij de C2M-therapeut. Ook vindt ze het fijn dat de fysiotherapeut aan huis komt. Mevrouw haar kracht is toegenomen door de behandeling en mevrouw is een paar kilo afgevallen door de toename aan fysieke activiteit. Ook kijkt ze minder op tegen het opstaan uit haar stoel. Verder is mevrouw haar balans iets toegenomen, maar het blijft lastig om bijvoorbeeld met de handen los aan het aanrecht te staan. Er zullen nog een aantal behandelingen volgen om de balans verder te verbeteren.

Referentiesituatie

In de referentiesituatie zijn twee mogelijkheden:

- Een eerste mogelijkheid is dat de thuiszorg had doorverwezen naar de huisarts. De verwachting is dat mevrouw hier niet naartoe zou zijn gegaan. In deze situatie had mevrouw geen andere hulp ontvangen. Dit zou ertoe hebben geleid dat mevrouw steeds minder was gaan bewegen vanwege haar valangst.
- De tweede mogelijkheid is dat de thuiszorg had doorverwezen naar een normale fysiotherapeut. De verwachting is dat mevrouw niet naar een praktijk was toegegaan. Indien de fysiotherapeut wel aan huis zou hebben behandeld, zou het effect van de behandeling afhankelijk zijn van de soort fysiotherapeut.



Kosten

Er hebben 9 consulten plaatsgevonden met de C2M-fysiotherapeut in de aanpak, kosten: € 35,- * 9 = € 315,-. In de referentiesituatie had de praktijkondersteuner mogelijkverwijst naar een normale fysiotherapeut. De kosten waren dan gelijk geweest. In de referentiesituatie waarbij alleen een huisartsconsult was ingezet, hadden de kosten op € 10,- gelegen.

Coach2Move - Casus 3

Cliënt (vrouw, 80+) woont alleen in een wooncomplex voor ouderen. Mevrouw vindt sociaal contact met haar familie erg belangrijk en is hierom naar Schiedam verhuisd. Door corona kwam mevrouw weinig buiten en heeft zij een angst ontwikkeld om naar buiten te gaan. De afdelingsmedewerkers van het wooncomplex van mevrouw hebben gesignaleerd dat mevrouw niet meer naar buiten ging. Naar aanleiding hiervan hebben ze een C2M-fysiotherapeut ingeschakeld. Mevrouw gaf haar leven voorafgaand aan de behandeling een 5.

Aanpak

De C2M-fysiotherapeut probeert tweemaal een afspraak in te plannen met mevrouw op een locatie niet al te ver weg van het wooncomplex om te stimuleren dat mevrouw hier naartoe zou wandelen. Mevrouw komt hier niet naartoe. Hierna vinden de afspraken bij mevrouw thuis plaats en lopen ze samen naar een locatie toe. Terug loopt mevrouw zelf naar huis. De cliënt ontvangt acht behandelingen in totaal. De laatste paar behandelingen richten zich op het verder uitbreiden van de wandelingen.

Effecten voor de cliënt

Sinds de behandeling durft mevrouw weer stukjes alleen naar buiten te lopen. Mevrouw geeft aan het vertrouwen in haar eigen kunnen weer te hebben teruggekregen. De cliënt ontvangt nog een paar behandelingen. Ze zoekt nog wel naar meer durf en vrijheid om haar wandelingen uit te kunnen breiden. Mevrouw geeft haar leven nu het cijfer 7.

Referentiesituatie

- De fysiotherapeut had kunnen kiezen voor een POH-GGZ. Het kan zijn dat het beter zou zijn gegaan met mevrouw door de directe behandeling van haar paniekstoornis, maar het is ook mogelijk dat mevrouw zou zijn afgehaakt.
- De tweede mogelijkheid is dat de afdeling doorverwijst naar een normale fysiotherapeut. Behandeling door deze fysiotherapeut had ook thuis kunnen plaatsvinden, maar de kans is ook waarschijnlijk dat de fysiotherapeut een afspraak op locatie had gepland. Alleen een fysiotherapeut die ook aan huis was gekomen was mogelijk vergelijkbaar effectief geweest
- De derde mogelijkheid is dat de afdeling van mevrouw doorverwijst naar een specialist ouderengeneeskunde in het tehuis. Het effect hiervan is lastig in te schatten.

Kosten

In de aanpaksituatie kosten de acht C2M-behandelingen: € 35,- * 8 = € 280,-. In de referentiesituatie had de praktijkondersteuner mogelijkverwijst naar een normale



fysiotherapeut. De kosten waren dan gelijk geweest. Een andere mogelijkheid was dat een POH-GGZ was ingeschakeld. Uit het onderzoek “Versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk”⁹ blijkt dat gemiddeld 5,7 behandelingen worden ingezet voor de behandeling van angststoornissen, kosten € 17,- * 5,7 = € 96,9,-. Mevrouw had voor een specialist ouderengeneeskunde € 140,- zelf moeten betalen.

Netwerk Chronische Pijn - Casus 1

Een mevrouw (+/- 50 jaar) loopt al jaren met bekkeninstabiliteitproblemen, waar later ook nek- en schouderklachten bij zijn gekomen. Hiervoor is mevrouw regelmatig in het verleden bij de fysio- of manueeltherapeut geweest. Hoewel het na bezoek aan de neuroloog een tijdje goed ging, komen de klachten in 2018 terug. De orthopeed waar mevrouw begin 2019 een afspraak heeft, verwijst haar door naar de revalidatiearts. De revalidatiearts verwijst haar door naar een revalidatiekliniek, waar ze op de wachtlijst komt. In de tussentijd kan mevrouw wel terecht bij de oefentherapeut uit het Netwerk Chronische Pijn. Op dat moment gaat het zo slecht met mevrouw, dat zij een 2 geeft voor de kwaliteit van haar leven.

Aanpak

Direct bij de intake gaat de oefentherapeut met mevrouw aan de slag en bespreekt ze hoe de situatie zover heeft kunnen komen. Ze begint ook direct met pijneducatie en mevrouw gaat een behandeltraject van 25 behandelingen in. Per behandeling wordt er een thema uitgepakt,

bijvoorbeeld bewustwording, pijneducatie of ontspanningsoefeningen. Ook worden gesprekken op het werk nabesproken zodat mevrouw kan werken aan haar assertiviteit. Op een gegeven moment wordt gestart met een werkgevertraject, waardoor de behandelingen een uur kunnen duren. Mevrouw wordt behandeld tot aan de revalidatiebehandeling, waarna zij wordt doorverwezen naar de psychotherapeut. Op het moment dat ze daar weer voor op een wachtlijst komt, komt mevrouw terug bij de oefentherapeut. De oefentherapeut helpt haar weer terug op de rit te komen.

Effecten voor de cliënt

Met behulp van de oefentherapeut heeft mevrouw geleerd weer van het leven te genieten. Het is een gegeven dat het lijf niet beter wordt, dat heeft ze met behulp van de oefentherapeut leren erkennen. De behandeling heeft mevrouw geholpen door te gaan op het moment dat zij op de wachtlijst stond voor revalidatie, en ook daarna toen zij moest wachten op psychotherapie. Op dit moment geeft mevrouw een 5/6 voor haar kwaliteit van leven.

Referentiesituatie

In de referentiesituatie had mevrouw zonder andere vorm van hulp moeten wachten op een revalidatietraject. Ze zou steeds dieper in haar schulp zijn gekropen en niet goed hebben geweten wat ze had moeten doen, is haar verwachting. Omdat ze al zoveel in het verleden heeft geprobeerd, zou ze niet iets anders hebben geprobeerd. Na zes maanden had ze eindelijk kunnen beginnen met het revalidatietraject,

⁹ Versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk (Trimbos Instituut, 2014).



maar van heel ver zijn gekomen. Mevrouw verwacht dat ze dan inmiddels in een zware depressie had gezeten, en haar leven nog steeds een rapportcijfer 2 zou hebben gegeven.

Kosten

De kosten van de behandeling in de aanpak komen neer op zo'n € 875,- (€ 35,- per keer). De kosten voor een revalidatietraject liggen bij chronisch pijnpatiënten gemiddeld op € 4800,-¹⁰. In de referentiesituatie vallen de kosten mogelijk hoger uit, omdat mevrouw er zonder behandeling van de oefentherapeut slechter aan toe zou zijn geweest bij start van het revalidatietraject. Dit kan er wellicht toe leiden dat de revalidatiebehandeling korter zou zijn, of een beter resultaat heeft dan wanneer zij voorafgaand geen oefentherapeutische behandeling zou hebben gehad. Dit zou vervolgens eventuele toekomstige zorg kunnen voorkomen. Het is echter lastig hier uitspraken over te doen.

In zowel de aanpak als de referentiesituatie had mevrouw behandelingen van de psycholoog ontvangen. Uit onderzoek¹¹ blijkt dat het aantal behandelingen van een ernstige, matige en lichte depressie respectievelijk gemiddeld op 24,7, 20 en 13,5 ligt. Een consult met een eerstelijns psycholoog kost € 64,- per keer. In de aanpak gaan wij ervan uit dat mevrouw 13,5 behandelingen ontvangt (kosten 864,-), In de referentiesituatie verwachten wij dat mevrouw

24,7 behandelingen had ontvangen (Kosten € 1580,-). Het verschil is € 716 ten nadele van de referentiesituatie.

Alhoewel er geen directe uitspraken gedaan kunnen worden over kostenreductie aan de hand van deze aanpak is het aannemelijk dat de kosten in de referentiesituatie als gevolg van de behandeling van de toenemende depressie mogelijk hoger waren uitgevallen.

Netwerk Chronische Pijn - Casus 2

Na een motorongeluk, krijgt meneer (eind 30) in toenemende mate last van zijn borstkas. Daar komen op een gegeven moment klachten als minder energie en last van zijn gewrichten bij. Naarmate het jaar vordert nemen de klachten steeds meer toe. De huisarts verwijst hem door naar de neuroloog, maar er is niks te zien op de scan. Ondertussen probeert meneer van alles, gewone fysiotherapie, acupunctuur en als het langzaamaan wat beter gaat, besluit hij te gaan mountainbiken. Nadat hij daar bij flauw komt te vallen, komt meneer opnieuw bij de neuroloog, welke opnieuw niks vindt. De revalidatiearts verwijst meneer door naar de ergo- en oefentherapeut binnen het Netwerk Chronische Pijn. Meneer is inmiddels minder gaan werken, heeft weinig energie en geeft een 5 voor zijn kwaliteit van leven.

¹⁰ <https://www.revalidatie.nl/userfiles/File/publicaties/kosten-en-baten-van-revalidatie.pdf>

¹¹ De relatie tussen behandelduur en behandelsucces. (Celsus Academie, 2016).



Aanpak

De behandeling begint met een afspraak bij de ergotherapeut (had ook de oefentherapeut kunnen zijn). Tijdens de intake moet meneer een activiteitenweger invullen, welke tijdens het tweede gesprek besproken wordt. Dit maakt inzichtelijk dat meneer zijn pieken heel hoog liggen, waardoor hij vaak daarna moet compenseren. Tijdens de afspraak met de oefentherapeut die daarna volgt, is vooral aandacht voor de houding van meneer. Er worden oefeningen gedaan en een paar dagen later wordt er in een vervolgspraak naar het effect gekeken. Binnenkort zal een evaluatie plaatsvinden om te kijken hoe het met meneer gaat en wat er voor vervolg eventueel nodig is.

Effecten voor de cliënt

Meneer geeft aan dat de gecombineerde behandeling van ergo- en oefentherapeut een zeer positief effect op hem heeft gehad. Hoewel hij nog steeds niet precies weet wat precies de oorzaak is van zijn klachten, heeft het hem geholpen bewust te worden van wat hij allemaal doet en zich leren te beheersen. Voor zijn gevoel is er eindelijk gericht iets gedaan, in het verleden had hij dat gevoel veel minder. Bovendien kan hij ook naar zijn werkgever toe nu duidelijk aangeven dat hij aan zijn lichaam werkt. Meneer heeft veel vertrouwen dat het alleen maar beter wordt en geeft zijn leven een 7.

Referentiesituatie

Meneer had nu nog steeds op de wachtlijst gestaan voor een revalidatietraject in de tweede lijn. Het traject had uiteindelijk in lijn gelegen met wat de ergo- en oefentherapeut doet, maar dan wat intensiever. De uitwerking had uiteindelijk hetzelfde kunnen zijn, maar de situatie was op dit moment voor meneer hetzelfde geweest als voor de start van de ergo- en oefentherapie (met bijbehorend rapportcijfer van een 5). Het is echter onduidelijk wat voor een invloed de wachttijd op het revalidatietraject op de kwaliteit van leven van meneer zou hebben gehad, en mogelijk had deze nog lager gelegen.

Kosten

Meneer heeft in totaal 5 behandelingen ontvangen van de ergo- en oefentherapeut, wat neer komt op € 175,-. In de referentiesituatie had meneer gewacht totdat hij aan de beurt was voor een revalidatietraject. Wanneer meneer uiteindelijk in een revalidatietraject terecht was gekomen, hadden de kosten een stuk hoger gelegen dan in de aanpak. Voor een revalidatietraject liggen de kosten bij chronisch pijnpatiënten gemiddeld op € 4800,-¹². Er is dus potentieel een uitsparing van kosten van € 4625 in de huidige aanpak.

¹² <https://www.revalidatie.nl/userfiles/File/publicaties/kosten-en-baten-van-revalidatie.pdf>



Conclusie

Substitutie van zorg, zoals de verschuiving van tweedelijnszorg naar de eerste lijn, is een beweging binnen de gezondheidszorg om te komen tot 'de juiste zorg op de juiste plek'. Ook voor de paramedische sector biedt deze beweging kansen. In dit onderzoek hebben wij onderzocht : 1) wat de huidige stand van zaken is wat betreft (kosten)effectiviteit van fysio- en oefentherapie t.o.v. 'care as usual' middels een literatuurstudie, 2) welke initiatieven er lopen die betrekking hebben op substitutie van zorg door fysio- en oefentherapie, 3) welke lessen we daaruit kunnen trekken en tot slot 4) wat de potentiële (kosten)effectiviteit is van een aantal van deze initiatieven.

Uit ons onderzoek blijkt dat:

- voor een groot aantal aandoeningen de **effectiviteit** van fysiotherapie **wetenschappelijk onderbouwd** is;
- oefen- en fysiotherapie potentie heeft de **kwaliteit van leven** van patiënten te verbeteren;
- met de inzet van oefen- en fysiotherapie **andere vormen van zorg**, zoals bijvoorbeeld huisartsenzorg of een bezoek aan de specialist in het ziekenhuis, mogelijk **voorkomen of vervangen** kunnen worden;
- **gebrek aan structurele financiering** implementatie of verdere uitrol van initiatieven op het gebied van fysio- en oefentherapie veelal in de weg staat.

Effectiviteit van fysiotherapie is voor een groot aantal aandoeningen wetenschappelijk onderbouwd

Met als doel het onderzoeksveld te informeren over de wetenschappelijke onderbouwing van de (kosten)effectiviteit van inzet van fysio- en oefentherapie bij verschillende aandoeningen, hebben wij de evidence tabel uit de onderzoeksagenda Fysiotherapie geüpdatet. Een aandoening kreeg het label 'veel (positief) bewijs' als het bewijs voor effectiviteit voortkwam uit een meta-analyse van meer dan 10 RCT's. Ondanks deze strenge criteria voor het vaststellen van de effectiviteit, hebben een groot aantal aandoeningen (27 van de in totaal 39 aandoeningen) dit label gekregen. Bij vijf van deze aandoeningen (artrose knie, claudicatio intermittens, ziekte van Parkinson, hartfalen en chronische nekpijn) zijn tevens aanwijzingen voor kosteneffectiviteit.

Oefen- en fysiotherapie kan een belangrijke bijdrage leveren aan het verbeteren van de kwaliteit van leven

Het verbeteren van de kwaliteit van leven van patiënten is een belangrijk doel van de behandeling door fysio- en oefentherapeuten,¹³ en voor alle patiënten die meededen aan het onderzoek gold dat met behulp van de onderzochte interventie hun ervaren kwaliteit van leven sterk was toegenomen. Het inventariseren van wensen en behoeften van de patiënt in relatie tot het oplossen van het probleem, en het gezamenlijk vaststellen van te bereiken doelen bleek hierbij essentieel in de behandeling. Hoewel het op basis van huidig onderzoek lastig is

¹³ <https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kngf/onbeveiligd/vak-en-kwaliteit/beroepsprofiel/kngf-beroepsprofiel-fysiotherapeut.pdf>

<https://www.kwaliteitsregisterparamedici.nl/SiteAssets/Lists/Infotem/AllItems/VvOCM%20Beroepsprofiel%20Oefentherapeut%202015.pdf>



om de toegenomen kwaliteit van leven uit te drukken in Quality Adjusted Life Years (QALYs) en daarmee in kosten per QALY¹⁴, laat ons onderzoek zien dat de gezondheidswinst waarmee oefen- en fysiotherapie gepaard gaat potentieel groot is. Eerder onderzoek waarin een hogere kwaliteit van leven door inzet van fysiotherapie in een revalidatietraject werd uitgedrukt in geld, liet zien dat de waarde ervan groot is¹⁵.

Met fysio- en oefentherapie kan mogelijk andere zorg voorkomen over vervangen worden

Naast dat gezondheidswinst tot een mogelijke kostenbesparing kan leiden, laat dit onderzoek ook zien dat mogelijk kosten worden bespaard doordat andere vormen van (duurdere) zorg vervangen of vermeden worden door de inzet van fysio- of oefentherapie. In vijf van de zeven onderzochte cases was de interventie goedkoper dan het beschreven alternatief, doordat de inzet van oefen- of fysiotherapie gepaard ging met het vermijden van huisartsenzorg en/of zorg in de tweede lijn, zoals een complex revalidatietraject of bezoek aan een medisch specialist. In de twee cases waar geen kostenbesparing werd aangetoond, kwam dit met name doordat geen passend alternatief voor de interventie voorhanden was.

Gebrek aan structurele financiering staat uitrol in de weg

We hebben in kaart gebracht welke initiatieven er momenteel lopen die betrekking hebben op substitutie van zorg door

de inzet van fysio- en oefentherapie. Voor elk initiatief is gebrek aan structurele financiering het grootste struikelblok voor opschaling of verdere uitrol. Om de financiering rond te krijgen, maken de verschillende initiatieven gebruik van subsidies, bestaande investeringsgelden, wordt zorg gedeclareerd alsof het een andere vorm van zorg betreft dan fysiotherapie (bijvoorbeeld als huisartsconsult), of krijgen alleen patiënten met een aanvullende verzekering zorg vergoed. Sommige initiatieven hebben ingewikkelde onderhandelingen met de zorgverzekeraar gevoerd om tot lokale afspraken te komen, maar vaak is dit slechts voor de duur van een pilotfase. Het gebrek aan structurele financiering staat vaak niet alleen (landelijke) uitrol in de weg, de ad-hoc manieren van bekostiging van projecten maakt het ook lastig om de kosteneffectiviteit te onderzoeken.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Vervolgonderzoek moet uitwijzen hoe groot de substitutiewinst is die te verwachten is door de inzet van fysio en –oefentherapie op grootschalig niveau. Hierbij is het wenselijk niet alleen directe kostenbesparingen mee te nemen doordat andere zorg vermeden wordt, maar ook de toegenomen kwaliteit van leven uitgedrukt in QALYs te onderzoeken.

¹⁴ De waarde van een QALY wordt vaak geschat tussen de 20.000 en 80.000 euro; Zorginstituut Nederland (2015) Kosteneffectiviteit in de praktijk.

¹⁵ <https://www.revalidatie.nl/userfiles/File/publicaties/kosten-en-baten-van-revalidatie.pdf>

Appendix 1

Selectieproces van opgenomen effectiviteitsstudies

Doelgroep	Aandoening	Hits	Full text review	In-clusies	Totaal*
Musculoskeletaal	Artrose, Knie	44	9	0	1
Cardiorespiratoir/ inspanning/intern	Claudicatio intermittens	24	12	1	1
Neurologie	Ziekte van Parkinson	61	17	3	5
Musculoskeletaal	Lage rugpijn (chronisch)	101	27	2	5
Ouderen	Kwetsbare ouderen / valpreventie	344	42	5	7
Musculoskeletaal	Osteoporose	15	1	1	2
Cardiorespiratoir/ inspanning/intern	Astma	20	2	0	1
Cardiorespiratoir/ inspanning/intern	COPD	125	15	1	2
Cardiorespiratoir/ inspanning/intern	Coronair / Hartfalen	16	8	2	3
Cardiorespiratoir/ inspanning/intern	Diabetes mellitus type 2	44	10	1	3
Cardiorespiratoir/ inspanning/intern	Hyperlipidemia	0	0	0	1
Cardiorespiratoir/ inspanning/intern	Hypertensie	39	15	1	2

Doelgroep	Aandoening	Hits	Full text review	In-clusies	Totaal*
Cardiorespiratoir/ inspanning/intern	Obesitas	83	8	1	2
Kinderen	Obesitas	8	2	1	4
Neurologie	Beroerte	236	35	1	2
Neurologie	Multiple sclerosis (MS)	58	19	1	3
Oncologie	Kanker (tijdens en na behandeling)	214	67	5	9
Kinderen	Cerebrale Parese (CP)	42	16	3	5
Kinderen	Developmental coördinaten disorder (DCD)	4	3	0	1
Mentale gezondheid	Angststoornissen	37	4	1	1
Cardiorespiratoir/ inspanning/intern	Urine incontinentie	37	8	1	1
Mentale gezondheid	Depressie	679	29	2	2
Musculoskeletaal	Nekpijn, chronisch	23	10	2	2
Musculoskeletaal	Ziekte van Bechterew	17	6	1	1
Musculoskeletaal	Chronische pijn / fibromyalgie	11	2	1	2
Musculoskeletaal	Elleboogklachten	38	1	1	1
Musculoskeletaal	Schouderklachten	33	8	2	4
Musculoskeletaal	Patellofemorale pijnsyndroom	6	3	0	1
Musculoskeletaal	Reumatoïde artritis	18	5	1	2

Doelgroep	Aandoening	Hits	Full text review	In-clusies	Totaal*
Musculoskeletaal	Artrose, heup	33	9	0	1
Neurologie	Chronisch regionaal pijn syndroom (CRPS)	4	3	0	1
Kinderen	Kanker	7	1	0	1
Mentale gezondheid	Chronisch vermoeidheidssyndroom	26	7	1	1
Cardiorespiratoir/ inspanning/intern	Metabool syndroom	44	0	0	1
Neurologie	Dwarslaesie			4	4
Musculoskeletaal	Lage rugpijn (subacuut)	101	11	0	1
Cardiorespiratoir/ inspanning/intern	Coronair / Hartfalen (preoperatief)	390	19	0	1
Ouderen	Dementie	57	13	1	2
Musculoskeletaal	Lage rugpijn (acuut)	101	11	*zie lage rugpijn subacuut	*zie lage rugpijn subacuut
TOTAAL		3140	458	47	92

* Inclusief de artikelen overgenomen uit de onderzoeksagenda van 2017

Referenties

- 1 Fransen M et al. Cochrane Database Syst Rev. 2015
- 2 Pinto D et al. Value Health. 2012.
- 3 Hurley MV et al. Arthritis Care Res (Hoboken). 2012.
- 4 Skou ST et al. PubMed Database 2020
- 5 Abbott JH et al. PubMed Database 2019
- 6 Bove AM et al. PubMed Database 2018
- 7 Lane R et al. Cochrane Database Syst Rev 2017
- 8 Mazari FA et al. Br J Surg. 2013
- 9 van den Houten MM et al. PubMed Database 2016
- 10 Tomlinson CL et al. Cochrane Database Syst Rev. 2013
- 11 Cosentino PT et al. PubMed Database Syst Rev 2019
- 12 Da Silva F et al. PubMed Datasbase Syst Rev 2016
- 13 Ni M et al. PubMed Datasbase Syst Rev 2018
- 14 Shen MPT et al. PubMed Database Syst Rev 2015
- 15 Fletcher E et al. BMC Health Serv Res. 2012.
- 16 Winsler SJ et al. PubMed Database Syst Rev 2019
- 17 Anderson L et al. Cochrane Database Syst Rev. 2016
- 18 Anderson L et al. PubMed Database Syst Rev 2016
- 19 Hollings M et al. PubMed Database Syst Rev 2017
- 20 Oldridge N & Taylor RS PubMed Database Syst Rev 2019
- 21 Gross AR et al. Pubmed Database Cochrane Syst Rev 2016
- 22 Hidalgo B et al. PubMed Database Syst Rev 2017
- 23 Korthals-de Bos IB et al. BMJ. 2003.
- 24 Schaafsma FG et al. Cochrane Database Syst Rev. 2010
- 25 Hayden JA et al. Cochrane Database Syst Rev. 2005
- 26 Oesch P et al. J Rehabil Med. 2010
- 27 Zhang Q et al. PubMed Database Syst Rev 2018
- 28 Niederer D et al. PubMed Database Syst Rev 2019
- 29 Johnson RE et al. Spine (Phila Pa 1976). 2007.
- 30 Moffett JK et al. BMJ. 1999.
- 31 Niemisto L et al. Spine (Phila Pa 1976). 2005.
- 32 de Vries NM et al. Ageing Res Rev. 2012
- 33 Howe TE et al. Cochrane Database Syst Rev. 2011
- 34 De Mello RGB et al. PubMed Database Syst Rev 2019
- 35 De Souto Barreto P et al. PubMed Database Syst Rev 2018
- 36 Lopez P et al. PubMed Database Syst Rev 2017
- 37 Naseri C et al. PubMed Database Syst Rev 2018
- 38 Sherrington C et al. PubMed Database Syst Rev 2019
- 39 Robertson MC et al. J Epidemiol Community Health. 2001.
- 40 McLean K et al. BMC Geriatr. 2015.
- 41 Grossl EJ et al. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2016.
- 42 Howe TE et al. Cochrane Database Syst Rev. 2011
- 43 Varahra A et al. PubMed Database Syst Rev 2018
- 44 Carson KV et al. Cochrane Database Syst Rev. 2013
- 45 McCarthy B et al. Cochrane Database Syst Rev. 2015
- 46 McKeough ZJ et al. Cochrane Database Syst Rev 2016
- 47 Pan B et al. PubMed Database Syst Rev 2018
- 48 Thomas DE et al. Cochrane Database Syst Rev. 2006
- 49 Orozco LJ et al. Cochrane Database Syst Rev. 2008
- 50 Kodama S et al. Arch Intern Med. 2007
- 51 Cornelissen VA, Smart NA. J Am Heart Assoc. 2013
- 52 Naci, H et al. PubMed Database Syst Rev 2018
- 53 Shaw et al. Cochrane Database Syst Rev. 2006
- 54 Batsis JA et al. PubMed Database Syst Rev 2017
- 55 Colquitt JL et al. Cochrane Database Syst Rev 2016
- 56 Mead E et al. Cochrane Database Syst Rev 2017
- 57 Al-Khudairy L et al. Cochrane Database Syst Rev 2017
- 58 Stoner L et al. PubMed Database Syst Rev 2019
- 59 Pollock A et al. Cochrane Database Syst Rev. 2014
- 60 Veerbeek JM et al. PLoS One. 2014
- 61 Lee J & Stone AJ PubMed Database Syst Rev 2020
- 62 Latimer-Cheung AE et al. Arch Phys Med Rehabil. 2013
- 63 Rietberg MB et al. Cochrane Database Syst Rev. 2005
- 64 Alphonsus KB & D'arcy C PubMed Database Syst Rev 2019
- 65 McNeely ML et al. Cochrane Database Syst Rev. 2010
- 66 Mishra SI et al. Cochrane Database Syst Rev. 2012
- 67 Mishra SI et al. Cochrane Database Syst Rev. 2012
- 68 Cramp F et al. Cochrane Database Syst Rev. 2012
- 69 Bourke L et al. PubMed Database Syst Rev 2015
- 70 Fuller JT et al PubMed Database Syst Rev 2018
- 71 Loughney LA et al Cochrane Database Syst Rev 2018
- 72 Rosero ID et al PubMed Database Syst Rev 2019
- 73 Steffens D et al PubMed Database Syst Rev 2017
- 74 Khan KA et al. PubMed Database Syst Rev 2019
- 75 May AM et al. PubMed Database 2017
- 76 Tinderholt Myrhaug H et al. BMC Pediatr. 2014
- 77 Chen YP et al. Clin Rehabil. 2014
- 78 Bania T et al. PubMed Database Syst Rev 2019
- 79 Hsu CW et al. PubMed Database Syst Rev 2019
- 80 Ryan JM et al. Cochrane Database Syst Rev 2017
- 81 Smits-Engelsman BC. Dev Med Child Neurol. 2013
- 82 Aylett E et al. PubMed Database Syst Rev 2018
- 83 Dumoulin C et al. Cochrane Database Syst Rev 2018
- 84 Glazener E et al. Lancet. 2011.
- 85 Cooney GM et al. Cochrane Database Syst Rev. 2013
- 86 Kvam S et al. PubMed Database Syst Rev 2016
- 87 Pritchett RV et al. PubMed Database Syst rev 2017
- 88 Underwood M et al. Health Technol Assess. 2013.
- 89 Regnaud JP et al. Cochrane Database Syst Rev 2019
- 90 Busch AJ et al. Cochrane Database Syst Rev. 2007
- 91 Skelly AC et al. PubMed Database Syst Rev 2018
- 92 Challoumas D et al. PubMed Database Syst Rev 2019
- 93 Long L et al. Health Technol Assess. 2015.
- 94 Korthals-de Bos IB et al. Pharmacoeconomics. 2004.
- 95 Page MJ et al. Cochrane Database Syst Rev. 2014
- 96 Page MJ et al. Cochrane Database Syst Rev. 2016
- 97 Haik MN et al. PubMed Database Syst Rev 2016
- 98 Pieters L et al. PubMed Database Syst Rev 2020
- 99 Steuri R et al. PubMed Database Syst Rev 2017
- 100 Buchbinder R et al. Arthritis Rheum. 2007.
- 101 Bergman GJ et al. BMC Musculoskelet Disord. 2010.
- 102 van der Heijden RA et al. Cochrane Database Syst Rev. 2015
- 103 Tan SS et al. Scand J Med Sci Sports. 2010
- 104 Hurkmans E et al. Cochrane Database Syst Rev. 2009
- 105 Williams MA et al. Cochrane Database Syst Rev 2018
- 106 Manning VL et al. Rheumatology (Oxford). 2015.
- 107 Van den Hout WB et al. Arthritis Rheum. 2005.
- 108 Williams MA et al. Health Technol Assess. 2015.
- 109 Fransen M et al. Cochrane Database Syst Rev. 2014
- 110 Juhakoski R et al. Clin Rehabil. 2011.
- 111 Tan SS et al. PubMed Database 2016
- 112 Abbott JH et al. PubMed Database 2019
- 113 Smart KM et al. Cochrane Database Syst Rev. 2016
- 114 Severens JL et al. Arch Phys Med Rehabil. 1999.
- 115 Barnhoorn K et al. PubMed Database 2018
- 116 Braam KL et al. Cochrane Database Syst Rev. 2016
- 117 Larun L et al. Cochrane Database Syst Rev 2019
- 118 Orozco LJ et al. Cochrane Database Syst Rev. 2008
- 119 Harvey LA et al PubMed Database Syst Rev 2016
- 120 Van der Scheer JW et al. PubMed Database Syst Rev 2017
- 121 Templeman L & Roberts F. PubMed Database Sys Rev 2019
- 122 Aravind N et al. PubMed Database Syst Rev 2019
- 123 Schaafsma FG et al. Cochrane Database Syst Rev. 2010
- 124 Hulzebos EH. Cochrane Database Syst Rev. 2012
- 125 Forbes D et al. Cochrane Database Syst Rev. 2015
- 126 Brett L et al. PubMed Database Syst Rev 2016
- 127 Luijsterburg PA. Spine (Phila Pa 1976). 2007 Aug
- 128 Miyamoto GC et al. PubMed Database Syst Rev 2019

POH Fysio - Casus 1

Beginsituatie: Patiënt (vrouw, 85 jaar) heeft veel last van knieklachten. Hoewel fietsen nog wel gaat, heeft mevrouw vooral tijdens het lopen erg veel last. Ook 's nachts ligt mevrouw af en toe wakker van de pijn en gaat ze haar bed uit omdat ze niet kan slapen. Daardoor ligt ze 's middags vaker op de bank om uit te rusten. Mevrouw woont alleen en zelfstandig, en doet in principe alles zelf. Ze is normaal gesproken nooit ziek en nog erg fit. Door de knieklachten die ze ervaart geeft ze momenteel echter een 6 voor de kwaliteit van haar leven; ze voelt zich oud en krakkemikkig door de pijn die ze ervaart.



Aanpak

De pijn is steeds erger geworden en mevrouw belt met haar knieklachten naar de huisartsenpraktijk.	Mevrouw vond het een prettig bezoek en had eigenlijk het idee bij de huisarts te zijn geweest. En hoewel ze vertrouwen in de behandeling heeft, nemen die week de klachten dusdanig toe dat mevrouw opnieuw contact opneemt met de huisartsenpraktijk.	Mevrouw gaat door met smeren van voltaren, de oefeningen en gaat ook naar de sportschool. Langzaamaan gaat het beter en merkt mevrouw dat ze vooruitgang boekt; de pijn vermindert en de spierkracht neemt toe. Bovendien vindt mevrouw de sportschool leuk.	Een halfjaar lang gaat het erg goed, mevrouw zwemt, loopt en fietst en heeft heel weinig last van haar knie.	De pijn keert ineens weer terug. Mevrouw loopt met een rollator, en wordt belemmerd bij het traplopen. Ook wordt de knie dikker. Mevrouw neemt weer contact op met de huisartsenpraktijk.	Het zetten van de injectie gaat goed en deze doet zijn werk. De klachten nemen af en mevrouw heeft geen last meer. Ze overlegt met de fysio of de tweede injectie nodig is.
De assistent maakt op basis van de klachten een afspraak bij de POH Fysio.	Een week na het eerste consult, vindt een tweede consult plaats bij de POH fysio. De fysiotherapeut besluit ter controle mevrouw door te verwijzen voor een foto bij de orthopeed om in te schatten hoe erg de artrose is. In dat geval zou fysiotherapie namelijk worden uitgesloten.	In de sportschool wordt mevrouw begeleid bij het trainen. Daarnaast kan zij meedoen aan groepsessies.		Begin mei 2020 vindt er een nieuw telefonisch consult plaats en er wordt in overleg met de huisarts besloten een injectie te plaatsen. Onder toezicht van de huisarts plaats de POH fysio de injectie. Er wordt een afspraak gemaakt voor een tweede injectie voor een paar weken later.	De geplande tweede injectie wordt afgezegd.
Tijdens het consult bij de fysiotherapeut doet zij lichamelijk onderzoek. Er is sprake van artrose en de fysio adviseert mevrouw te smeren met voltaren, te bewegen en te rusten wanneer dat nodig is. Voor het bewegen krijgt mevrouw gerichte oefeningen mee en tevens is het advies om te starten bij de sportschool onder begeleiding van een fysiotherapeut.	Een week later wordt er een foto gemaakt van de knie. Middels de foto wordt artrose bevestigd. Het lijkt echter (nog) niet nodig te zijn om een nieuwe knie te plaatsen en fysiotherapie/bewegen is daarmee een geschikt advies.	Eind september is er een derde, telefonisch consult met de POH fysio ter controle. Er wordt besproken dat het beter gaat en afgesproken dat er eventueel een injectie plaats kan vinden mochten de klachten terugkeren.			

Eindsituatie: het gaat heel goed met mevrouw. Ze doet alles weer, de knieklachten zijn afgenomen en mevrouw geeft nu een 7 voor haar kwaliteit van leven. Helaas heeft ze wel ook rugklachten en zo goed als het was zal het niet meer worden. Maar ze is erg tevreden met de behandeling via de POH Fysio en heeft wat haar knie betreft momenteel geen klachten meer.

Augustus 2019

Juni 2020



Referentiesituatie

De pijn is steeds erger geworden en mevrouw belt met haar knieklachten naar de huisartsenpraktijk.	De klachten nemen dusdanig toe dat mevrouw opnieuw contact opneemt met de huisartsenpraktijk.	De klachten blijven aanhouden en mevrouw neemt opnieuw contact op met de huisarts.	Indien mevrouw gebruik kan maken van fysiotherapie wordt er getraind en nemen de klachten af (net als door de sportschool in de aanpak).	Bij doorverwijzing naar de orthopeed kan er vaak helaas maar weinig gedaan worden tot het beter is om te besluiten een nieuwe knie te plaatsen.	Het zetten van de injectie gaat goed en doet zijn werk. De klachten nemen af en mevrouw heeft geen last meer.
De assistent plant een afspraak in bij de huisarts en mevrouw komt op consult bij de huisarts.	De huisarts beslist dat het voor haar beleid niet uitmaakt wat er uit een foto zou komen en besluit op dat moment niet door te verwijzen naar een orthopeed maar verder af te wachten.	De huisarts kan het zich niet permitteren om mevrouw meermaals voor deze klachten te blijven zien en moet het houden bij 1 of 2 consulten. Afhankelijk van de verzekering van mevrouw, wordt zij doorverwezen naar een fysiotherapeut.	Indien er geen aanvullende verzekering is, wordt mevrouw al snel doorverwezen naar de orthopeed door de huisarts.	Naast een doorverwijzing kan de huisarts net als in de aanpak voorstellen om een injectie te geven in de knie.	
De huisarts doet een anamnese en lichamelijk onderzoek. Ze geeft het advies om af te wachten, te bewegen en te belasten op geleide van de klachten.					

Eindsituatie: mevrouw zou mogelijk meermaals bij de huisarts zijn geweest. Voor de huisarts zou het lastiger zijn geweest gerichte adviezen te geven m.b.t. belastingen. Eventueel zou mevrouw een fysiotraject hebben doorlopen met hetzelfde resultaat als in de referentiesituatie. Het zou ook kunnen dat huisarts doorverwijst naar de orthopeed zonder dat hij of zij al te veel kan doen. Optie is ook dat de huisarts net als de POH fysio injecties plaatst met een positief resultaat.

POH Fysio - Casus 2

Beginsituatie: Patiënt (man, 35 jaar) is pakjesbezorger en heeft een druk en sportief leven. Op een dag dat hij een huurbus meekrijgt tijdens zijn werk gaat het mis. De afstap is anders dan hij gewend is en hij maakt een fikse misstap bij het uitstappen. De patiënt heeft ontzettend veel pijn en meldt zich bij de huisartsenpraktijk. De dienstdoende huisarts constateert dat meneer zijn kruisband heeft gescheurd. Ze schrijft pijnstilling voor en geeft het advies te rusten en te bewegen indien mogelijk. Mochten de klachten toenemen wordt geadviseerd om opnieuw contact op te nemen. Meneer is niet blij, hij kan helemaal niks; niet werken en niet sporten. Hij geeft op dat moment een 1 voor de kwaliteit van zijn leven.



Aanpak

Ondanks de pijnstilling worden de klachten erger. De patiënt besluit om opnieuw contact op te nemen met de huisartsenpraktijk.

Meneer is opgelucht dat het niet nodig is om zijn eigen risico aan te breken en gezien hij niet aanvullend verzekerd is, zou fysiotherapie voor hem ook geen optie zijn geweest. Hij voelt zich enorm geholpen met de oefeningen van de POH fysio. Hij vindt het consult een stuk nuttiger dan zijn eerste bezoek aan de huisarts. Ook kan hij nu bij zijn werkgever aan geven dat er een behandeling plaatsvindt.

De oefeningen helpen en het gaat zo goed dat meneer besluit te gaan hardlopen. Dit pakt echter niet goed uit en met pijn in zijn knie neemt hij opnieuw contact op met de huisartsenpraktijk.

Ondanks de rust zit er op het moment geen verbetering in en de pijn wordt erger. Meneer neemt opnieuw contact op.

Het gaat nu langzaamaan beter en meneer kan weer steeds meer. Tennissen, hardlopen en werken gaat momenteel nog niet, maar lopen gaat langzaamaan beter.

Eindsituatie: het gaat steeds beter met meneer en de verwachting is dat hij snel kan gaan werken. Er zal nog een videoconsult plaatsvinden om dit te bespreken maar meneer kijkt hier zelf ook positief tegenaan. Hij kan weer lopen, verwacht binnenkort weer te gaan tennissen en geeft zijn leven weer een 9! Hij is erg tevreden met de behandeling en voelt zich goed gehoord en geholpen.

Dit keer heeft de POH fysio ook dienst en meneer kan direct terecht. Dit is een week na de val.

Er vindt een telefonisch consult plaats met de POH fysio en het advies is om niet meer te gaan hardlopen, rust te houden, oefeningen te volgen en pijnstilling te nemen.

Er vindt weer een telefonisch consult plaats en meneer krijgt meer pijnstilling voorgeschreven.

Twee weken later is er weer een consult met de POH fysio en er wordt een oefenschema gemaakt om weer op te kunnen bouwen met sporten en werken.

Tijdens het consult bespreekt de fysiotherapeut de mogelijkheden van een doorverwijzing naar de orthofoon voor een foto of fysiotherapietraject. Er wordt besloten om deze niet in te zetten maar meneer gerichte oefeningen (inclusief uitleg, aantal herhalingen etc.) en pijnstilling mee te geven, zodat hij zelf aan de slag kan. Meneer wordt geadviseerd terug te komen na 4 weken als de klachten niet zijn verminderd.

Juli
2020

September
2020



Referentie- Situatie

Ondanks de pijnstilling worden de klachten erger. De patiënt besluit om opnieuw contact op te nemen met de huisartsenpraktijk.

Gezien meneer niet aanvullend verzekerd is en een hoog eigen risico heeft, wil hij niet doorverwezen worden naar de fysiotherapeut dan wel orthofoon. Hij besluit om af te wachten.

De klachten blijven aanhouden en meneer neemt opnieuw contact op met de huisarts.

Bij aanhoudende klachten zou meneer moeten besluiten een fysiotraject in te gaan. Gezien de kosten die daarmee gepaard gaan is het echter zijn om wens dat te vermijden.

Eindsituatie: de verwachting is dat meneer lang zou rondlopen met zijn klachten en zich niet goed geholpen zou voelen door de huisarts. Hij zou een doorverwijzing naar een orthofoon alleen willen bij een al opgemaakt eigen risico en alleen voor een fysiotraject kiezen bij aanhoudende klachten.

De patiënt komt opnieuw bij de huisarts terecht. Ze kan echter weinig voor hem betekenen. Ze bespreekt de mogelijkheid tot doorverwijzing naar de orthofoon of fysiotherapie. Ze probeert het uiteindelijk een paar weken te rekken met pijnstilling en geeft advies te belasten op geleide van de klachten.

De huisarts kan het zich niet permitteren om meneer meermaals voor deze klachten te blijven zien en moet het houden bij 1 of 2 consulten. Ze zal doorverwijzen naar de fysiotherapeut of als meneer daar niet mee akkoord gaat naar de orthofoon. De verwachting is echter dat meneer daarvoor op een wachtlijst komt of dat de orthofoon mogelijk ook afwacht.

Coach2Move - Casus 1

Beginsituatie: Cliënt (man, 60+) woont samen met zijn vrouw. De cliënt heeft in het verleden een hartstilstand gehad, waarvoor jaarlijks een controle plaatsvindt. Eerder trainde hij in het kader van hartrevalidatie in groepsverband, maar door de coronacrisis doet hij dit nu niet meer. Bovendien heeft de cliënt in maart 2020 zelf corona opgelopen, waarvoor hij is opgenomen geweest in het ziekenhuis. Het begon met hoestklachten, welke steeds erger werden. De huisarts is toen op bezoek geweest, heeft meneer getest op corona en hem doorverwezen naar het ziekenhuis. Vervolgens ging hij naar huis en is ook zijn vrouw ziek geworden door corona. Gedurende een periode van twee weken zijn ze thuis ziek geweest. Vervolgens is de palliatieve arts langs geweest die aangaf dat meneer zou komen te overlijden. Dit was een enorme klap, omdat meneer dit absoluut niet wilde. Vervolgens heeft de praktijkondersteuner van de huisartsenpraktijk toch weten te regelen dat meneer vier weken in het zorghotel van het ziekenhuis kon verblijven. Hier is hij aangesterkt, waarna hij vervolgens terug naar huis kon. Meneer en zijn vrouw zijn vervolgens weer 14 dagen in quarantaine gegaan. Tijdens deze periode hebben de burens geholpen met bijvoorbeeld het doen van boodschappen. Meneer gaf zijn leven in deze periode het cijfer 0.

Meneer is deels hersteld door de opname in het zorghotel. Hij heeft in het zorghotel ook fysiotherapie en oefeningen gekregen. Deze oefeningen richtten zich op bewegingen in en rondom het bed, en bijvoorbeeld traplopen. Toch merken hij en zijn vrouw bij thuiskomst dat hij niet goed weet wat hij aankan. Ook gaat het lopen van langere stukken en fietsen nog moeizaam en heeft meneer in de middag vaak minder energie.	De gestelde doelstellingen m.b.t. weer kunnen wandelen en fietsen waren helder voor de patiënt. Meneer en mevrouw stonden achter deze doelstellingen. Ook de stappen er naartoe waren duidelijk voor hen. Zij zouden langzaam hun wandelroutes uit gaan bouwen.	De oefeningen helpen en het gaat zo goed dat meneer besluit te gaan hardlopen. Dit pakt echter niet goed uit en met pijn in zijn knie neemt hij opnieuw contact op met de huisartsenpraktijk.	Meneer en zijn vrouw hebben de filmpjes als zeer positief ervaren. Inmiddels hebben zij alle filmpjes al eens meegedaan.	Meneer was blij met de doorverwijzing naar de diëtist. Zijn spierkracht is mede daardoor toegenomen.
De Coach2Move behandeling is gestart met een intake.	Tijdens de intake heeft de Coach2Move fysiotherapeut op basis van een gestructureerde vragenlijst achterhaald wat meneer wel/niet kon en te bepalen welke stappen gezet moeten worden om de bewegingsdoelen die meneer voor ogen had, te bereiken. Deze doelen hadden betrekking op langere stukken kunnen wandelen en weer kunnen fietsen. De c2m fysiotherapeut betreft bewust de partner van meneer bij de gestelde doelen.	De behandelingen die in de beginperiode volgen, vinden i.v.m. corona telefonisch plaats. De Coach2Move fysiotherapeut heeft door corona drie dans filmpjes met oefeningen ontwikkeld en per dansbeweging verschillende moeilijkheidsgraden aangegeven in de filmpjes. Zodat ze toch de oefeningen goed kan overbrengen. Deze filmpjes dienen er ook toe om het plezier in bewegen te creëren bij de patiënt. Deze filmpjes heeft de fysiotherapeut opbouwend ingezet voor de patiënt. Eerst 1 filmpje, hierna 2 filmpjes etc.	De fysiotherapeut heeft doorverwezen naar een diëtist met ervaring op het gebied van voeding na herstel van corona. De diëtist heeft aanvullende proteïnedrankjes voorgeschreven en ook adviezen gegeven op het gebied van voeding.	De Coach2Move fysiotherapeut merkt dat ze steeds meer de eigen regie kan leggen bij meneer en mevrouw in het bepalen hoe lang de wandelingen kunnen duren. De fysiotherapeut geeft aan te luisteren naar het eigen lichaam, energie te doseren en uit te rusten in de middag.
		Daarnaast heeft de fysiotherapeut samen met de patiënt bepaald welke wandelingen zij lopen. Wekelijks bespreekt de fysiotherapeut de vooruitgang. En of het mogelijk is om de wandeling bijvoorbeeld langer te maken of een andere route te kiezen.		
		De voortgang van meneer wordt bijgehouden in een app waar alle betrokken zorgverleners de voortgang op alle terreinen kunnen inzien.		

Eindsituatie: Meneer en mevrouw doen nog elke avond de bewegingen uit een dansfilmpje mee. Ook wandelen en fietsen zij regelmatig. Meneer en mevrouw ervaren dat zij steeds meer durven in te schatten welke stukken zij kunnen lopen. Fietsen doen zij ongeveer een keer per week 20-25 km met de elektrische fiets. Mogelijk willen zij het fietsen nog verder uitbreiden. En lukt het hen om weer auto te rijden. Dit bouwen ze steeds weer iets uit. Recentelijk zijn zij zelfs naar Overijssel gereden. Voor hen was helder wanneer de fysiotherapie zou stoppen. Er is nog steeds maandelijks contact met de diëtist voor voedingsadvies. Meneer geeft zijn leven nu het cijfer 9.



Aanpak

Mei 2020

Augustus 2020



Referentie-Situatie 1

Meneer is deels hersteld door de opname in het zorghotel. Hij heeft in het zorghotel ook fysiotherapie en oefeningen gekregen. Deze oefeningen richtten zich op bewegingen in en rondom het bed, en bijvoorbeeld traplopen. Toch merken hij en zijn vrouw bij thuiskomst dat hij niet goed weet wat hij aankan. Ook gaat het lopen van langere stukken en fietsen nog moeizaam en heeft meneer in de middag vaak minder energie.	Een nieuwe opname had meneer niet aangekond, want hij was nog niet sterk genoeg om op en neer te gaan naar het zorghotel. Vanwege zijn angst voor corona zou hij ook niet met vervoer naar het zorghotel zijn gegaan.	Meneer had geen goed zicht op wat hij wel/niet aankon. Meneer was onzeker over wat hij wel/niet kon. Als meneer geen ondersteuning had ontvangen, dan had hij waarschijnlijk door angst te weinig gaan bewegen. Hij had zonder ondersteuning nu waarschijnlijk nog niet gefietst.
POH verwijst opnieuw naar het zorghotel.	Meneer had geen ondersteuning ontvangen.	

Eindsituatie: bij alle 3 de referentiesituaties: meneer was, doordat hij niet goed kon inschatten wat hij wel/niet kon, bang om te bewegen. Er is niet goed in te schatten hoe hij eraan toe zou zijn geweest als hij geen ondersteuning had ontvangen of ondersteuning van een normale fysiotherapeut. De verwachting is wel dat zijn vooruitgang minder snel was gegaan en dat bijvoorbeeld een activiteit als fietsen nog niet mogelijk was geweest.

Referentie-Situatie 2

Meneer is deels hersteld door de opname in het zorghotel. Hij heeft in het zorghotel ook fysiotherapie en oefeningen gekregen. Deze oefeningen richtten zich op bewegingen in en rondom het bed, en bijvoorbeeld traplopen. Toch merken hij en zijn vrouw bij thuiskomst dat hij niet goed weet wat hij aankan. Ook gaat het lopen van langere stukken en fietsen nog moeizaam en heeft meneer in de middag vaak minder energie.	Meneer had geen goed zicht op wat hij wel/niet aankon. Meneer was onzeker over wat hij wel/niet kon. Ook was er grote behoefte om het bewegen af te bakenen. Als meneer geen ondersteuning had ontvangen, dan had hij waarschijnlijk door angst te weinig gaan bewegen. Hij had zonder ondersteuning nu waarschijnlijk nog niet gefietst.	
POH had niets gedaan en aanbevolen om thuis verder zelfstandig te herstellen.	Meneer had geen ondersteuning ontvangen.	

Referentie-Situatie 3

Meneer is deels hersteld door de opname in het zorghotel. Hij heeft in het zorghotel ook fysiotherapie en oefeningen gekregen. Deze oefeningen richtten zich op bewegingen in en rondom het bed, en bijvoorbeeld traplopen. Toch merken hij en zijn vrouw bij thuiskomst dat hij niet goed weet wat hij aankan. Ook gaat het lopen van langere stukken en fietsen nog moeizaam en heeft meneer in de middag vaak minder energie.	De verwachting is dat het succes van de behandeling afhankelijk is van de soort fysio en of hij/zij het verhaal achter het verhaal had achterhaald.	Doordat er geen diëtist zou zijn ingezet, zou de spieropbouw van meneer minder snel zijn gegaan.
POH had doorverwezen naar een fysiotherapeut die niet is opgeleid in de C2M-benadering.	Behandeling door normale fysiotherapeut	Er was geen diëtist ingeschakeld. De normale fysio had geadviseerd om de bijvoeding die meneer van het ziekenhuis had ontvangen, op te maken. Een normale fysio had zijn partner er niet bij betrokken.

Coach2Move - Casus 2

Beginsituatie: Cliënt (vrouw, 80+) woont met haar broer en heeft een hond. Mevrouw krijgt 2 uur per week thuiszorg voor hulp bij het schoonmaken van een wond aan haar been. Daarnaast loopt mevrouw met hulpstukken en gebruikt zij voor langere stukken buiten een scootmobiel. Mevrouw is verder in staat om voor zichzelf te zorgen. Ze maakt eten, doet de boodschappen en laat de hond uit. Zij moet wel ruim de tijd nemen om deze bezigheden uit te voeren, omdat ze wankel op haar benen staat. Zij heeft al zeven jaar problemen met lopen. Zij een aantal jaar geleden door de huisarts naar het ziekenhuis doorverwezen. De arts gaf aan dat er sprake is van slijtage aan de rug en dat dit doortrekt naar de heup. De arts gaf toen aan dat hier niets aan te doen is. In november vorig jaar is mevrouw gevallen op de oprit tegen de schuur waardoor zij een gat in haar hoofd had. De thuiszorg is opgevallen dat zij onlangs nogmaals is gevallen. Naar aanleiding hiervan heeft de thuiszorg mevrouw doorverwezen naar een Coach2move fysiotherapeut.



Aanpak

<p>Mevrouw staat wankel op haar benen. Dit maakt het lastig om uit haar stoel op te staan, te lopen, te koken, de boodschappen te doen en de hond uit te laten. Mevrouw ervaart ook angst om te vallen. Mevrouw staat in eerste instantie niet open voor een nieuwe fysiotherapeut, omdat zij in het verleden al fysiotherapie heeft gehad. Hier heeft zij geen positieve ervaringen aan overgehouden, omdat het toen geen effect had.</p>	<p>Mevrouw voelt zich snel op haar gemak bij de nieuwe fysiotherapeut. Ook vindt ze het fijn dat de fysiotherapeut aan huis komt, omdat het haar moeite kost om naar een locatie toe te gaan.</p>	<p>Mevrouw gaat voortvarend met haar oefeningen aan de slag en voert deze sinds de start van de behandeling een aantal keer per dag uit. Mevrouw bepaalt zelf wanneer ze haar oefeningen uitvoert. Na de eerste behandeling had mevrouw spierpijn.</p>	<p>Mevrouw haar kracht neemt toe en mevrouw is een paar kilo afgevallen door de toename aan fysieke activiteit. Ze kijkt minder op tegen het opstaan uit haar stoel. Ook kijkt mevrouw uit naar de bezoeken van haar fysiotherapeut. Mede vanwege de aanspraak die ze hierdoor heeft.</p>	<p>Mevrouw haar balans neemt iets toe maar het blijft lastig om bijvoorbeeld met de handen los aan het aanrecht te staan.</p>	<p>Eindsituatie: mevrouw krijgt nog drie behandelingen. Zij ervaart de behandelingen die ze tot nu toe heeft gehad als een stuk prettiger dan de fysiotherapie die zij eerder heeft ontvangen, omdat ze begrijpt waarom ze bepaalde oefeningen moet doen en omdat de behandelingen een op een zijn. Mevrouw loopt bewust elke dag een stukje, bijvoorbeeld naar de supermarkt. Voor mevrouw is het heel erg belangrijk dat zij haar hond kan houden. Haar hond betekent alles voor haar. De buurvrouw heeft aangeboden om haar hond 's avonds uit te laten. Echter heeft zij deze hulp niet kunnen accepteren omdat haar broer het hier niet mee eens is. Dit vindt mevrouw erg lastig. Ze vindt het lastig om de kwaliteit van haar leven uit te drukken in een cijfer.</p>
<p>Tijdens de intake heeft de Coach2Move fysiotherapeut op basis van een gestructureerde vragenlijst achterhaald wat mevrouw wel/niet kon en om te bepalen welke stappen gezet moeten worden om de bewegingsdoelen die mevrouw voor ogen had, te bereiken. Het doel van de behandeling is om meer kracht te krijgen in de benen en zekerder te kunnen lopen.</p>	<p>Mevrouw krijgt elke twee weken een behandeling. Tijdens de behandelingen wordt de vooruitgang van de bewegingen gemonitord. Zoals het kunnen opstaan. Mevrouw krijgt oefeningen mee die zich erop richten om deze bewegingen te kunnen maken.</p>	<p>Een week na de eerste behandeling was tijdens de vervolgspraak al vooruitgang op te merken. Mevrouw kon sneller opstaan uit haar stoel.</p>	<p>Na een aantal weken verschoof de aandacht van kracht naar het verbeteren van de balans, zodat mevrouw makkelijker kan lopen en met de handen los aan het aanrecht kan staan. De oefeningen worden in de thuisomgeving uitgevoerd. Zo oefent de fysiotherapeut met mevrouw aan het aanrecht. Ook komt het voor dat de thuiszorg de oefeningen samen met mevrouw uitvoert. Dit heeft de fysiotherapeut afgestemd met de thuiszorg. Onderdeel van de behandeling is iemand uit het sociaal netwerk te betrekken bij de behandeling.</p>	<p>Het doel m.b.t. zelfstandig opstaan is door mevrouw behaald. De prognose is om nog drie behandelingen uit te gaan voeren. Deze richten zich op het verbeteren van het zetten van de ene voet voor de andere zonder de balans te verliezen. Ook richten deze zich op staan zonder de balans te verliezen.</p>	

Juli 2020

Heden



Referentie-Situatie 1

<p>Mevrouw staat wankel op haar benen. Dit maakt het lastig om uit haar stoel op te staan, te lopen, te koken, de boodschappen te doen en de hond uit te laten. Mevrouw ervaart ook angst om te vallen.</p>	<p>De verwachting is dat mevrouw niet naar de huisarts was toegegaan en mevrouw denkt niet dat haar huisarts was langsgelopen voor een huisbezoek.</p>	<p>Mevrouw zou steeds minder gaan bewegen, omdat zij bang is om te vallen. Dit zou ertoe hebben geleid dat mevrouw steeds moeilijker haar dagelijkse bezigheden kan uitvoeren.</p>
<p>Thuiszorg verwijst door naar de huisarts</p>	<p>Mevrouw had geen hulp andere hulp gekregen.</p>	

Eindsituatie: mevrouw zou in beide situaties mogelijk opnieuw zijn gevallen wat tot een crisisonderzoek zou kunnen leiden. Hierna zou het de vraag kunnen zijn of mevrouw nog thuis zou kunnen blijven wonen.

Referentie-Situatie 2

<p>Mevrouw staat wankel op haar benen. Dit maakt het lastig om uit haar stoel op te staan, te lopen, te koken, de boodschappen te doen en de hond uit te laten. Mevrouw ervaart ook angst om te vallen.</p>	<p>De verwachting is dat mevrouw niet naar een praktijk was toegegaan. Ze was er wellicht wel aan begonnen als de fysiotherapeut aan huis een behandeling had gegeven. Sommige fysiotherapeuten doen dit en anderen doen dit niet.</p>	<p>De verwachting is dat het succes van de behandeling afhankelijk is van de soort fysio en of hij/zij het verhaal achter het verhaal had achterhaald. Bijvoorbeeld dat het behoud van mevrouw haar hond heel erg belangrijk is. Ook is dit succes afhankelijk van of de fysio haar de context van de oefeningen had uitgelegd. Welke doelen mevrouw met de oefeningen kan bereiken. Mevrouw had dit in haar eerdere fysiobehandelingen niet uitgelegd gekregen. Haar manueel therapeut had alleen wat kraakoefeningen gedaan zonder context te schetsen.</p>	<p>Mevrouw zou door de beperkte benadering thuis steeds minder gaan bewegen, omdat zij bang is om te vallen. Dit zou ertoe hebben geleid dat mevrouw steeds moeilijker haar dagelijkse bezigheden kan uitvoeren.</p>
<p>Thuiszorg verwijst door naar een normale fysiotherapeut.</p>	<p>Indien fysio aan huis behandelt: had er wellicht een intake en een (beperkte) behandeling aan huis plaatsgevonden.</p>		

Coach2Move - Casus 3

Beginsituatie: Client (vrouw, 80+) woont alleen in een wooncomplex voor ouderen. Mevrouw komt oorspronkelijk uit Leiden en is een halfjaar geleden naar Schiedam verhuisd. Haar zoon en niet wonen in Schiedam. Voorheen zocht ze hen op met de auto, maar dit gaat nu niet meer. Mevrouw vindt sociaal contact met haar familie erg belangrijk en is hierom naar Schiedam verhuisd. Voordat de corona-periode aanbrak liep mevrouw regelmatig in de buurt naar bijvoorbeeld de snoepwinkel of de slager. Door corona kwam mevrouw weinig buiten en heeft zij een angst ontwikkeld om naar buiten te gaan. Zij heeft hier in het verleden ook last van gehad. Corona heeft deze angst getriggerd. Mevrouw wordt gek van de coronatoestand. Mevrouw geeft haar leven een 5-.



Aanpak

<p>De afdeling van het wooncomplex van mevrouw heeft contact opgenomen met een Coach2move fysiotherapeut. Zij signaleerde dat mevrouw minder buiten kwam en als ze liep, dit niet goed ging.</p>	<p>Mevrouw komt beiden keren niet opdagen vanwege haar angst om naar buiten te gaan. De paniekstoornissen worden erger. Mevrouw heeft ze niet meer onder controle. Mevrouw is bang dat ze gek wordt. Door haar angst durft zij niet naar buiten te gaan en mist ze haar afspraken.</p>	<p>Mevrouw was bang om dit te doen en keek op tegen de afspraak. Toch is het gelukt om het te doen samen met de betrokken de fysiotherapeut. Mevrouw heeft dit gedurfd omdat ze vertrouwen had in haar fysiotherapeut.</p>	<p>Sinds de behandeling durft mevrouw weer stukjes alleen naar buiten te lopen. Ze probeert elke dag een stukje te wandelen. Mevrouw geeft aan het vertrouwen in haar eigen kunnen weer te hebben teruggekregen. Mevrouw geeft aan vertrouwen te hebben in haar fysiotherapeut en steun te ontvangen van haar. Ze kan goed met haar opschieten.</p>	<p>Mevrouw haar balans neemt iets toe maar het blijft lastig om bijvoorbeeld met de handen los aan het aanrecht te staan.</p>
<p>De fysiotherapeut probeert tweemaal een afspraak in te plannen met mevrouw op een locatie niet al te ver weg van het wooncomplex. De afspraak was dat mevrouw hier naartoe zou wandelen.</p>	<p>Mevrouw wil graag haar angst overwinnen om naar buiten te gaan zodat ze weer naar bijvoorbeeld de snoepwinkel of slager kan lopen. Ook wil ze haar conditie verbeteren om wandelingen in de buurt te kunnen maken</p>	<p>Na de eerste afspraak komt de fysiotherapeut een keer per week. De behandeling de weken erna heeft zich gericht op de wandelingen steeds iets uit te breiden en de wandelingen te koppelen aan het bereiken van een doel. Bijvoorbeeld de snoepwinkel of de slager bereiken. De fysiotherapeut loopt alleen heen mee, zodat mevrouw terug alleen moet lopen.</p>	<p>Mevrouw ontvangt 8 behandelingen in totaal. De laatste paar behandelingen richten zich op het verder uitbreiden van de wandelingen. Zo is het mevrouw nog niet gelukt om alleen naar de slager te lopen. Dit is het volgende doel.</p>	<p>Ook blijft het lastig voor mevrouw om bijvoorbeeld de hond uit te laten, want die trekt aan het touw. Mevrouw gaat met haar scootmobiel de hond uitlaten. Toch is ook dit lastig voor haar. Met name 's avonds omdat ze het dan niet goed ziet.</p>
<p>De derde geplande afspraak vindt plaats bij mevrouw thuis (eerste echte afspraak). De fysiotherapeut heeft mevrouw van tevoren voorbereid dat ze naar de drempel van de deurpost zouden gaan lopen.</p>	<p>Het doel m.b.t. zelfstandig opstaan is door mevrouw behaald. De prognose is om nog drie behandelingen uit te gaan voeren. Deze richten zich op het verbeteren van het zetten van de ene voet voor de andere zonder de balans te verliezen. Ook richten deze zich op staan zonder de balans te verliezen.</p>			

Juni 2020



Heden



Referentie-Situatie 1

<p>Mevrouw wil graag haar angst overwinnen om naar buiten te gaan zodat ze weer naar bijvoorbeeld de snoepwinkel of slager kan lopen. Ook wil ze haar conditie verbeteren om wandelingen in de buurt te kunnen maken. Mevrouw geeft haar leven een 5-.</p>
<p>De afdeling heeft contact opgenomen met een Coach2move fysiotherapeut. De betrokken fysiotherapeut had er ook voor kunnen kiezen om een POH-GGZ in te schakelen vanwege de paniekstoornis van mevrouw. Lastig in te schatten wat voor behandeling de POH-GGZ had toegepast en hoe dit in samenspraak was gegaan met de behandeling van de fysiotherapeut.</p>

Referentie-Situatie 2

<p>Mevrouw wil graag haar angst overwinnen om naar buiten te gaan zodat ze weer naar bijvoorbeeld de snoepwinkel of slager kan lopen. Ook wil ze haar conditie verbeteren om wandelingen in de buurt te kunnen maken. Mevrouw geeft haar leven een 5-.</p>
<p>De afdeling had ook kunnen doorverwijzen naar een normale fysiotherapeut. Mogelijk had ook deze fysiotherapeut aan huis kunnen behandelen, maar de kans is ook waarschijnlijk dat de fysiotherapeut een afspraak op locatie had gepland.</p>

Referentie-Situatie 3

<p>Mevrouw wil graag haar angst overwinnen om naar buiten te gaan zodat ze weer naar bijvoorbeeld de snoepwinkel of slager kan lopen. Ook wil ze haar conditie verbeteren om wandelingen in de buurt te kunnen maken. Mevrouw geeft haar leven een 5-.</p>
<p>De afdeling van mevrouw verwijst door naar een specialist ouderengeneeskunde die in het tehuis van mevrouw werkt, waardoor het goedkopere zorg is. Mevrouw had hiervoor 140 euro zelf moeten betalen. Het alternatief is dat er wordt doorverwezen naar een specialist, een geriater of een orthopeed. Het is onbekend wat voor behandeling de specialist ouderengeneeskunde of de specialist in het ziekenhuis had gekozen.</p>

Eindsituatie: het is lastig in te schatten hoe mevrouw er met een andere behandeling aan toe zou zijn. Het kan zijn dat mevrouw geholpen zou zijn geweest door de POH-GGZ voor haar paniekstoornis, het kan ook zijn dat ze afgehaakt was. Alleen een fysiotherapeut die ook aan huis was gekomen was mogelijk vergelijkbaar effectief geweest. Wat het effect van een behandeling door een specialist had kunnen zijn is ook heel lastig te zeggen. Mevrouw vindt het lastig hier een cijfer voor te geven.

Het Landelijk Netwerk Oefentherapeuten Chronische Pijn – Casus 1

Beginsituatie: R (vrouw, rond de 50 jaar) loopt al jaren met klachten. Tijdens haar tweede zwangerschap zijn er zeer ernstige bekkeninstabiliteitproblemen ontstaan en na de bevalling heeft zij gedurende 4 maanden op bed gelegen. Mevrouw heeft toen ruim anderhalf jaar fysiotherapie gekregen en sinds die tijd gaat het op en af. Er zijn op een gegeven moment nekklachten en schouderklachten bij gekomen waarvoor mevrouw regelmatig naar de fysio- of manueeltherapeut ging. Sinds 2010 kwamen er rugklachten bij door haar werk in de zorg en in 2014 werd dit zo extreem dat ze bedrust moest houden. Via de fysiotherapeut kwam zij bij de neuroloog terecht en kreeg zij een aantal behandelingen via de pijnpoli. Hoewel het een tijdje goed ging, kwamen de klachten in 2018 terug. Mevrouw bleek op meerdere plekken artrose te hebben en opereren door de neurochirurg was geen optie. Haar dagelijks leven oppakken ging echter ook niet zomaar, en werken ging ook niet meer. In maart 2019 heeft de orthopeed mevrouw doorverwezen naar de revalidatiearts in het ziekenhuis. Deze heeft mevrouw vervolgens doorverwezen naar een revalidatiekliniek en tegelijkertijd ook naar de oefentherapeut van het chronische pijnnetwerk. Mevrouw geeft haar leven op dat moment een cijfer 2.



Aanpak

<p>Clïënt heeft ontzettend veel pijn en slaapt heel slecht. Ze ziet haar situatie hopeloos in. Ze zit volledig klem. Ze is doorverwezen naar revalidatie maar komt op een wachtlijst van zes maanden te staan. Gelukkig kan ze wel direct bij de oefentherapeut van het Chronisch pijnnetwerk terecht.</p>	<p>Voor de cliënt voelt de oefentherapeut als een reddende engel. Het eerste gesprek is emotioneel, er is zoveel spanning opgebouwd. Ze beseft dat ze naar eerdere signalen had moeten luisteren maar het was voor haar altijd een tweestrijd, omdat ze wilde blijven werken.</p>	<p>Client merkt dat ze beter kan ontspannen. De behandeling is een duidelijke wake-up call. Het zijn heel ander soort behandelingen dan ze gewend is. In het verleden lag de nadruk op het fysieke, nu wordt er ook aan het omgaan met de pijn gewerkt.</p>	<p>De behandeling van de oefentherapeut heeft mevrouw geholpen door te gaan. De behandeling heeft geholpen de pijn te aanvaarden en mentaal was zij veel rustiger. Dat hielp bij het van start gaan met de therapie in het revalidatiecentrum. Het geeft mevrouw ook meer rust dat behandelingen een uur i.p.v. een halfuur kunnen duren. Mevrouw geeft aan bij de bedrijfsarts dat dit vaker moet worden aangeboden, ook bij collega's die rugklachten hebben.</p>	<p>Terwijl mevrouw op de wachtlijst staat voor de psychotherapie krijgt mevrouw een terugval. Door corona valt er veel weg, zoals zwemmen en sociale activiteiten. Ze neemt weer contact op met de oefentherapeut.</p>	<p>Eindsituatie: met behulp van de oefentherapeut heeft mevrouw geleerd weer van het leven te genieten. Het is een gegeven dat haar lichaam niet beter wordt, dat heeft ze leren erkennen. De behandeling heeft mevrouw geholpen door te gaan met haar leven. Ze geeft nu een 5/6 voor haar kwaliteit van leven.</p>
<p>Eind maart 2019 vindt de intake plaats met de oefentherapeut. Met de doorverwijzing van de revalidatiearts en informatie uit eerdere onderzoeken uit het ziekenhuis kan de oefentherapeut goed van start met de anamnese. De oefentherapeut gaat tijdens de intake in gesprek om te kijken hoe mevrouw uit deze situatie kan komen en hoe het zover heeft kunnen komen. Concreet gaat ze direct van start met pijneducatie en wordt een behandeltraject aangegeven van 20 behandelingen, waarvan 8 coachingssessies onder de werkgever.</p>	<p>Per behandeling wordt er een thema uitgepakt. Zo ging het de eerste vier behandelingen over pijneducatie en bewustwording van waar haar grenzen liggen. Ook worden gesprekken nabesproken die hebben plaats gevonden in het kader van re-integratie van mevrouw op het werk.</p>	<p>Tijdens de volgende 7 afspraken staan ontspanningsoefeningen centraal, omgaan met het lijf, signalen leren herkennen en ontspannen maar ook assertiviteit trainen kan doel zijn van een behandeling. De oefentherapeut laat de cliënt ervaren wat er gebeurt als ze over haar grenzen heen gaat.</p>	<p>Er wordt doorbehandeld totdat de behandeling in het revalidatiecentrum van start kan gaan.</p>	<p>Februari 2020 is de behandeling bij het revalidatiecentrum afgelopen. Mevrouw krijgt nog een doorverwijzing naar een psychotherapeut voor verdere behandeling. Daar staat een wachtlijst voor van drie maanden</p>	<p>De oefentherapeut kijkt wat er wel mogelijk is. Zoals naar de sportschool gaan nu ze weer open zijn. Ze helpt de cliënt te kijken naar de mogelijkheden binnen haar eigen grenzen. De behandeling wordt nog om de drie weken gegeven en langzaam afgebouwd. Inmiddels loopt ook de behandeling bij de psycholoog.</p>
	<p>Twee keer wordt een sessie met een slaaptherapeut gehouden (collega van de oefentherapeut). Daarin worden praktische adviezen gegeven rondom slaaphouding (bijv. advies om een nieuw kussen te gebruiken). Het gedragsmatige (hoe komt het dat je niet slaapt) ligt vervolgens bij de oefentherapeut.</p>	<p>In juni wordt gestart met werkgevertraject omdat de behandelingen vanuit de zorgverzekeraar ontoereikend zijn. Het voordeel hiervan is dat er dieper op de situatie kan worden ingegaan. De behandelingen duren een uur. In totaal zijn er 8 coachingssessies van een uur geweest.</p>	<p>De revalidatiebehandeling start september 2019. Daar kan worden voortgebouwd op wat de oefentherapeut heeft gedaan maar dan complexer en uitgebreider. De revalidatiearts merkt dat ze al een traject bij de oefentherapeut heeft doorlopen. Ze geeft namelijk niet zozeer aan dat ze van de pijn af wil, maar dat ze niet terug wil vallen. Ze bekijkt het vanuit een bredere blik en niet (meer) alleen vanuit het medische.</p>		

Maart 2019

Oktober 2020



Referentiesituatie

<p>Clïënt heeft ontzettend veel pijn en slaapt heel slecht. Ze ziet haar situatie hopeloos in. Ze zit volledig klem. Ze is doorverwezen naar een revalidatie maar komt op een wachtlijst van zes maanden te staan.</p>	<p>Client kruipt steeds dieper in haar schulp en weet niet wat ze moet doen. In het verleden heeft ze al alternatieve geneeskunde, acupunctuur, chiropractor geprobeerd maar dat hielp niet. Ze weet niet goed wat ze wel kan doen. De verwachting is dat ze geen gebruik maakt van een andere vorm van zorg.</p>	<p>Na zes maanden kan cliënt eindelijk van start met de behandeling in het revalidatie centrum. Ze is blij dat ze eindelijk geholpen wordt, maar moet van heel ver komen.</p>	<p>Terwijl mevrouw op de wachtlijst staat voor de psychotherapie krijgt mevrouw een terugval. Door corona valt er veel weg, zoals zwemmen en sociale activiteiten. Mevrouw is teleurgesteld dat ze weer moet wachten tot ze verder kan worden geholpen.</p>	<p>Eindsituatie: mevrouw had uiteindelijk een revalidatiebehandeling gekregen en zou zijn doorverwezen naar de oefentherapeut. In de tussentijd had zij echter met lange wachtlijsten te maken gehad. Mevrouw verwacht dat ze dan inmiddels in een zware depressie had gezeten en als een zombie voor zich uit had gestaard tot de behandeling in het revalidatiecentrum uiteindelijk van start was gegaan. Ze zou haar leven een 2 hebben gegeven.</p>
<p>Mevrouw staat zes maanden op een wachtlijst voor ze aan het revalidatietraject kan beginnen.</p>	<p>Na zes maanden kan de behandeling eindelijk van start in het revalidatiecentrum. De verwachting is dat de behandeling minder effectief is dan wanneer een voortraject had plaatsgevonden. Na de behandeling wordt mevrouw doorverwezen naar de psychotherapie.</p>	<p>Wachtlijst psycholoog.</p>		

Het Landelijk Netwerk Oefentherapeuten Chronische Pijn– Casus 2

Beginsituatie: A (man, eind 30) krijgt in mei 2019 een motorongeluk. Hoewel hij er in eerste instantie goed uit lijkt te zijn gekomen, krijgt hij toch steeds meer last van zijn borstkas. Een week na het ongeluk is meneer alweer aan het werk gegaan, maar hij sliep slecht door de druk op zijn borstkas. Hoewel de druk minder werd, kreeg hij in juni steeds meer last van zijn gewrichten en minder energie. Het is moeilijk te verklaren waar het vandaan komt maar hij merkt dat sommige dingen te zwaar zijn, zoals bijvoorbeeld het bouwen van een schuur in de tuin. Ook zijn drukke baan speelt mee. Naarmate het jaar vordert nemen de klachten steeds meer toe. De huisarts verwijst hem door naar de neuroloog, maar er was niks te zien op de scan. Ondertussen probeert meneer van alles, gewone fysiotherapie, acupunctuur en als het langzaam wat beter gaat, besluit hij te gaan mountainbiken. Dat gaat echter niet goed, en hij valt flauw in het bos. De huisarts besluit meneer opnieuw door te sturen naar de neuroloog, maar die kon wederom niks vinden. Hij verwijst door naar de revalidatiearts, die vervolgens aangeeft of te kunnen doorverwijzen naar een multidisciplinair team (revalidatietraject) of eerst naar de ergo- en oefentherapeut in de eerste lijn. Er wordt besloten tot het laatste. Op dat moment is meneer inmiddels minder gaan werken en heeft hij heel weinig energie. Meneer geeft een 5 voor zijn kwaliteit van leven.



Aanpak

Op het moment dat de cliënt vanuit het ziekenhuis wordt doorverwezen is hij zoekende en onzeker over wat er gaat komen. Hij moet zichzelf geestelijk echt vooruit duwen.	Meneer ervaart het eerste gesprek als heel prettig en het is voor het eerst dat hij zo in detail uitwerkt wat hij precies doet. Hij zag meteen het effect van een zware klus op woensdag. Op donderdag lag hij namelijk in bed. Dat maakte het inzichtelijk voor hem.	Door deze oefening is meneer een stuk bewuster geworden van hoe hij zijn energie verdeelt. Hij beseft dat hij veel doet, maar meer rustmomenten moet inplannen. Het is voor hem nog steeds lastig om te ontspannen maar de bewustwording is een eerste stap.	Meneer vindt ook de behandeling bij de oefentherapeut heel prettig. Hij zou de oefening met de nek niet zelf hebben verzonnen maar voelde al direct effect. Waar de ergotherapeut zich meer op de activiteiten richt, kijkt de oefentherapeut waar de klachten zitten en richt zij zich meer op het lichaam. Meneer spreekt af dat hij kleine stapjes gaat zetten en zijn best zal doen om de oefeningen te doen.	Eindsituatie: de gecombineerde behandeling van ergo- en oefentherapeut hebben veel effect in positieve zin. Wat precies de oorzaak is weet meneer nog steeds niet en hij is niet volledig hersteld maar de behandelingen helpen wel. Meneer heeft er veel vertrouwen in geeft zijn leven nu een 7. Voor zijn gevoel wordt er eindelijk gericht iets gedaan, en eigenlijk had hij dit al veel eerder gewild. Bovendien vindt meneer het ook fijn dat hij naar zijn werkgever toe kan aangeven bezig te zijn met dit traject.
Op 9 september vindt de intake plaats bij de ergotherapeut. Het doel van de intake is om de belasting/belastbaarheid in kaart te brengen. Er wordt gebruik gemaakt van de activiteitenweger. De cliënt moet een lijst gaan bijhouden gedurende een aantal dagen waarin hij opschrijft welke activiteiten er plaatsvinden en wat voor effect dat heeft.	Tijdens het tweede gesprek (twee weken later) is de activiteitenmeter besproken. De ergotherapeut heeft dit doorgenomen door met scores te werken, op zoek naar patronen om te kijken waar het energieverlies ligt. De pieken bleken heel hoog te liggen en het effect ervan was op bepaalde momenten terug te zien.	Op vrijdag 9 oktober vindt de behandeling bij de oefentherapeut plaats. Er is aandacht voor de houding, en er worden oefeningen met de nek gedaan.	Maandag 12 oktober is het tweede gesprek met de oefentherapeut. De reden om het zo kort op elkaar te doen was om direct te kijken wat het effect zou zijn van hetgeen op vrijdag is besproken.	Op flexibele wijze worden vervolgspraken ingepland. Maandag 19 oktober staat er weer een afspraak met de oefentherapeut gepland en vindt er op 28 oktober een evaluatie plaats met de ergotherapeut. Het voordeel van de eerste lijn is dat het niet volgens een strak ritme hoeft.
De ergo- en oefentherapeut overleggen en stemmen met elkaar af.				

September 2019



Referentiesituatie

Op het moment dat de cliënt vanuit het ziekenhuis wordt doorverwezen is hij zoekende en onzeker over wat er gaat komen. Hij moet zichzelf geestelijk echt vooruit duwen.	Meneer staat op een wachtlijst van 9 maanden om te starten met een revalidatietraject in de tweede lijn. Dit traject ligt in lijn met wat de ergo- en oefentherapeut doen maar dan intensiever. Het loopt voor een bepaald aantal weken en vaak wordt ook groepstherapie ingezet. Het is een multidisciplinair team van o.a. fysiotherapeuten, maatschappelijk werker die cliënten behandelen.				Eindsituatie: als meneer nu nog steeds op een wachtlijst had gestaan was de situatie hetzelfde geweest als voor de start van de ergo- en oefentherapie. Hij had zijn leven een 5 gegeven. Ook naar zijn werkgever toe was het lastig geweest om zijn gedeeltelijke ziekmelding te kunnen verklaren.
--	--	--	--	--	--

Heden