

handelen? Kan een algemeen fysiotherapeut dit prima doen? Of moet deze patiënt juist naar de manueeltherapeut of naar de geriatriefysiotherapeut? Wat zijn nu de verschillen in visie, kennis, kunde, klinische redenering en aanpak? Zou deze patiënt behandeld moeten worden door een team van samenwerkende therapeuten? Weening en Kranenburg bespreken allebei dezelfde casus vanuit hun eigen specialisatie en wijzen op het belang van een interprofessionele samenwerking. De boodschap die ze meegeven is: gebruik als gespecialiseerde fysiotherapeuten elkaars competenties.

De laatste break out-sessie geeft Mirjam Pijnappels, hoogleraar mobiliteit bij veroudering aan de Vrije Universiteit Amsterdam, een overzicht van de mogelijkheden voor valrisico screening, interventies en valdetectie met behulp van technologie. Screenen op valrisico kan bijvoorbeeld met een interactieve loopband. Kinect sensoren meten hoe iemand reageert op obstakels die op de loopband worden geprojecteerd. Ook beweegmonitoren die in de thuissituatie kunnen worden ingezet meten net als de loopband de kwaliteit van het lopen, en brengen daarmee het valrisico nauwkeuriger in kaart. Voorbeelden van technologische interventies zijn exergames die zowel in een klinische setting op een loopband, of juist thuis kunnen worden uitgevoerd. Ook kunnen smartphones en smartwatches ondersteuning bieden bij het trainen en monitoren van kracht en balans in de thuissituatie. Valdetectie kan in de vorm van een automatische alarmering. Wanneer iemand valt wordt er een versnelling geregistreerd en daardoor gaat er automatisch een alarm af. Dit kan met smartwatch of met een klipje. Het nadeel is dat er veel vals-positieven zijn, het alarm kan ook afgaan wanneer iemand in de bank ploft. Een andere toepassing van valdetectie is de walk airbag. Zodra versnellingssensoren een versnelling registreren dan gaat de airbag uit. Technisch is het mogelijk, maar de vraag is of het ook in de praktijk gaat werken.

In de laatste plenaire sessie over fysieke oefening en training zien we Jennifer Bottomley, de voorzitter van de International association of Physical Therapists working with Older People (IPTOP), via een Skypeverbinding vertellen over fysieke oefening en training. De twee belangrijkste dingen die we van haar praatje moeten onthouden zijn: als we met spieren werken dan gebeurt er iets in de spier, namelijk hypertrofie en spierpijn. Voor algemeen fysiotherapeuten is het lastig om te bepalen tot hoever je kan gaan met trainen bij ouderen. Geriatriefysiotherapeuten kunnen het niveau veel beter inschatten. Wanneer iemand pijn heeft na de spierkrachtraining dat kun je het beste rekken, ijs erop doen en even de tijd geven. Vanuit de zaal komt de tip om regelmatig op de website topsporttopics.nl te kijken. Daar staat elke week nieuwe informatie op die zeker ook relevant is voor onze doelgroep.

Tot slot is de uitreiking van de Mieke van Gemert-prijs voor de beste poster. Die gaat dit jaar naar Elize Emmerik. Zij heeft een screeningsprotocol voor de WMO in Etten Leur ontwikkeld. De aanleiding daarvoor was dat de gemeente wilde bezuinigen op de deeltaxi-pas. Daardoor waren ouderen die zo'n pas aanvroegen afhankelijk van de willekeur van de WMO-consulent. Er was geen eenduidigheid wie er wel of geen pas kreeg. Door het screeningsprotocol is nu binnen 10 minuten geobjectiveerd wie de pas nodig heeft.

Het was een geslaagde dag. Dat blijkt wel wanneer de deelnemers aan het eind van de dag mogen stemmen met hun smartphone. De meesten geven de dag een 4 op de 5-puntsschaal en vrijwel niemand waardeert de dag met een 3 of lager. Op 6 oktober 2018 is het volgende congres.

De deskundige aan het woord: Jaap van Dieën

Interview door Shanty Sterke



De Tinettitest is een veelgebruikt meetinstrument om valrisico bij ouderen in te schatten. Voor veel fysiotherapeuten misschien wel de gouden standaard. Maar als het aan Jaap van Dieën, hoogleraar biomechanica aan de Vrije Universiteit in Amsterdam ligt, mag dit observatielijstje de prullenbak in. "Want", zo zegt hij "stel je voor dat de huisarts zou zeggen: we hebben bloed geprikt en ik kijk eens even naar de kleur, ik observeer en dan vertel ik je wat er aan de hand is. Nee, dat wordt naar het lab gestuurd en goed kwantitatief onderzocht. Fysiotherapeuten doen zichzelf een bé-tje tekort door te zeggen: het moet allemaal met het klinisch oog gebeuren".

In het algemeen houdt Van Dieën zich bezig met houdings- en bewegingscontrole in relatie tot ouderdomsgerelateerde problemen en allerlei spier-skelet en neurologische aandoeningen. Daarvoor ontwikkelt hij samen met zijn onderzoeksgroep in het bewegingslab op de faculteit Bewegingswetenschappen klinisch bruikbare instrumenten en algoritmes. De laatste jaren zijn ze vooral ook bezig met het vertalen van instrumenten die ze in het lab gebruiken naar eenvoudige instrumenten voor de klinische setting en voor het dagelijks leven.

Deze instrumenten worden echter nog niet op grote schaal gebruikt. Vaak krijgt Van Dieën de tegenwerping: ja maar het is te duur. Hij is echter van mening dat ook in de fysiotherapie men zich zou moeten realiseren dat als je goeie diagnostiek doet, het wat mag

kosten. Want uiteindelijk zullen de baten groter zijn dan de kosten.

Duur hoeft goede diagnostiek niet eens te zijn. In een smartphone zitten tegenwoordig allerlei meetinstrumentjes, zoals versnellingsopnemers, gyroscopen en magnetometers. Dat zijn instrumenten waarmee je prima bewegen kan meten. Dat soort sensoren is nu heel klein en heel goedkoop geworden. Een mooie praktisch toepassing illustreert een artikel van de onderzoeksgroep van Van Dieën in PLOS ONE uit vorig jaar (1). Daarin beschrijven de auteurs dat de Sit-To-Stand-test gemeten met een sensor vele malen klinisch relevanter is dan handmatig met een stopwatch. "We zien twee dingen", zegt Van Dieën daarover, "we zien dat je met zo'n sensor betrouwbaarder resultaten krijgt. Dat is natuurlijk altijd prettig.

stel je voor dat de huisarts zou zeggen: we hebben bloed geprikt en ik kijk eens even naar de kleur... en dan vertel ik je wat er aan de hand is

Maar ook dat je meer klinisch relevante informatie krijgt omdat je kan inzoomen op specifieke delen van die hele test. Je zou kunnen zeggen dat het bij zo'n Sit-To-Stand-test eigenlijk niet zo interessant is hoe lang iemand erover doet. Niet de duur van het zitten maar de duur van de dynamische fase wordt door de spierkracht bepaald. Met zo'n sensor kun je dat apart meten en dat geeft je dan gewoon meer relevante informatie".

Ook een stappenteller kan waardevolle uitkomstmaten leveren voor fysiotherapeuten. "Die instrumenten kunnen inmiddels activiteit herkennen, dus die kunnen wat meer dan alleen stappen tellen, die kunnen je ook vertellen hoe vaak iemand gestaan, gezeten, gelegen en gelopen heeft. Daarnaast kun je met dat soort simpele instrumenten ook naar de kwaliteit

van het bewegen kijken. Op die manier kan je beter onderscheiden bij wie nou echt valpreventie geïndiceerd is en over wie we ons minder zorgen hoeven te maken. Dat is ook uit een kosten-batenoverweging waardevol. De volgende stap is om te kijken naar de onderliggende beperkingen van het verhoogd valrisico. Dus waar moet ik mijn therapie op richten? Dat zijn de vervolgstappen waar we nog mee bezig zijn. Valrisico is natuurlijk heel multifactorieel dat is niet heel eenvoudig maar ook daar kun je met eenvoudige instrumenten verder komen”, aldus Van Dieën. Het klinkt allemaal veelbelovend, maar over het algemeen duurt het vaak minstens een jaar of tien na afloop van een onderzoek voordat een meetinstrument echt in de praktijk geland is. Althans dat getal hoort Van Dieën vaak noemen in dat verband. “Men noemt het wel valley of death tussen onderzoek en de praktijk. Waar de kennis als het ware stopt. We proberen met klinici samen te werken in het onderzoek en zo te zorgen dat de kennis ook kan landen in de praktijk. We willen niet iets bedenken waar geen enkele belangstelling voor is. We werken ook steeds meer samen met biomedische bedrijven die van onze instrumenten en trainingsmethodes gewoon echt een product kunnen maken en op de markt brengen.

Wij kunnen natuurlijk van alles ontwikkelen maar we kunnen niet iets zo maken dat het ook met CE-markering beschikbaar komt in een gebruikersvriendelijk pakketje”.

Het is geen eenrichtingsverkeer tussen het bewegingslab en de praktijk. Alhoewel het niet zo is dat je uit het praktijkveld met een vraag komt en dat die ook echt tot iets leidt. “Het is vaak een kwestie van een langetermijngesprek. Zoals bijvoorbeeld met de bedrijven waarmee we nu al langere tijd veel samenwerken. Dan leer je elkaars taal en belangen kennen. Zij komen nu gewoon met de ideeën waar zij mee bezig zijn: zou dit wat kunnen zijn en kunnen jullie daarbij helpen? Hetzelfde geldt als je een langlopende samenwerking met klinici hebt. Dan ken je ook goed elkaars belangen en weet je waarin je elkaar kunt helpen”.

Literatuur:

1. **Van Lummel RC, Walgaard S, Maier AB, Ainsworth E, Beek PJ, van Dieën JH.** The Instrumented Sit-to-Stand Test (ISTS) Has Greater Clinical Relevance than the Manually Recorded Sit-to-Stand Test in Older Adults. PLoS One. 2016 Jul 8;11(7)

Geïsoleerde krachttraining bij kwetsbare ouderen

Een beperkt literatuuroverzicht

John Branten, Stefan Janssen



Progressief geïsoleerd krachttraining

Dit artikel beschrijft de zoektocht die in de afgelopen decennia door fysiotherapeuten en onderzoekers is uitgevoerd rondom, veelal geïsoleerde, krachttraining. Het blijkt dat fysiek slecht functionerende ouderen zeer frequent weinig kracht hebben, dat deze kracht geïsoleerd uitstekend te trainen is en dat de toenemende kracht leidt tot beter functioneren in de ADL. Krachttraining is de best onderzochte interventie binnen de fysiotherapeutische zorg voor (kwetsbare) ouderen. Op het eind gaat het artikel nog in op nieuwere ontwikkelingen zoals powertraining en eiwitsuppletie.