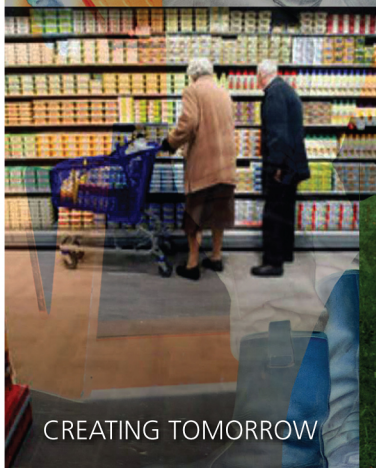


IT'S UP TO YOU

Dr. Bart Visser

Bewegen is zo gewoon
dat we er pas bij stilstaan
als het problematisch wordt



CREATING TOMORROW

It's up to you!



Bess M. Mensendieck 1867-1957

It's up to you!

Lectorale Rede

uitgesproken op dinsdag 12 februari 2013

door

Bart Visser

lector Oefentherapie
aan de Hogeschool van Amsterdam



Hogeschool van Amsterdam

Omslagillustratie: foto en collage van Bert Zuiderveen.nl

Vormgeving omslag: Kok Korpershoek, Amsterdam
Opmaak binnenwerk: JAPES, Amsterdam

ISBN 978 90 5629 732 9
e-ISBN 978 90 4851 922 4 (pdf)
e-ISBN 978 90 4851 923 1 (ePub)

© Bart Menist / HvA Publicaties, Amsterdam 2013

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

De uitgeverij heeft ernaar gestreefd alle copyrights van in deze uitgave opgenomen illustraties te achterhalen. Aan hen die desondanks menen alsnog rechten te kunnen doen gelden, wordt verzocht contact op te nemen met de Hogeschool van Amsterdam.

Mevrouw de rector, collega's uit praktijk en wetenschap, studenten, vrienden, familie en andere belangstellenden,

It's up to you! De titel van mijn rede heeft u niet afgeschrikt. Wellicht heeft u gedacht de bal wel snel terug te kunnen kaatsen: het is aan u meneer de lector, u mag het zeggen.

Vooruit, dat zal ik doen. It's up to me, de komende drie kwartier.

Dagelijks bewegen

Bewegen is zo gewoon dat we er pas bij stilstaan als het problematisch wordt. Ik vertel u niets nieuws als ik zeg dat veel mensen bij dagelijkse activiteiten problemen ondervinden in het bewegen. Ik zal straks nog wel met cijfers komen om deze problemen te illustreren. Maar zoals gezegd, dat weet u al, zeker in algemene termen. Wat we nog in onvoldoende mate weten, is hoe we de problemen op effectieve wijze kunnen voorkomen of verhelpen. In deze Lectorale Rede zal ik ingaan op de ambities van het lectoraat Oefentherapie om bij te dragen aan de verbetering van preventieve en curatieve interventies gericht op het problematisch bewegen.

Bess M. Mensendieck

Het lectoraat Oefentherapie is verbonden aan het domein Gezondheid van de Hogeschool van Amsterdam (HvA) en in het bijzonder aan de opleiding tot oefentherapeut Mensendieck. De toevoeging Mensendieck aan oefentherapie brengt mij ertoe u mee te nemen naar de 19de eeuw.

Bess M. Mensendieck werd in 1867 geboren als Elisabeth Marguerite Elterich von Varal. In 1891 trouwde ze met Herman Mensendieck, arts te New York. Hoewel het huwelijk van korte duur was, is het zijn naam die verbonden is aan het systeem en later de methode Mensendieck. Als jonge vrouw volgde Bess Mensendieck een zangstudie in Italië en daarna een opleiding beeldhouwen in Parijs. Geconfronteerd met de modellen realiseerde ze zich dat welis-

waar niet iedereen een Adonis of Venus kan zijn, maar dat velen 'niet ten volle profijt trekken van de mogelijkheden van hun lichaam'. De raad die ze kreeg van haar leraar om niet langer klei te boetsen maar met levend materiaal te gaan werken, heeft ze gedurende de rest van haar leven opgevolgd (1, 2).

Ze verruilde de kunstopleiding voor de medische opleiding, waar ze kennismaakte met het werk van Duchenne, die spieren door elektrische stimulatie activeerde. Duchenne zette deze activatie in bij spierverslavingen, en Bess Mensendieck vroeg zich af of ook de 'wilskracht' tot het activeren van deze verwaarloosde spieren in staat was. Ze begon te experimenteren en boekte resultaten die de basis vormen voor de naar haar genoemde methode (3).

De methode heeft haar fundament in de 19de-eeuwse neurologie en neurofysiologie van Duchenne en Charcot, waarop Bess Mensendieck op basis van klinisch redeneren en bijzonder grondig observeren een systeem heeft gebouwd. Dat ze een stevig kennishuis heeft neergezet valt te lezen in een 21ste-eeuws document, waarin vanuit het perspectief van de hedendaagse kennis van de neurobiologie door professor Per Andersen naar de methode wordt gekeken (4). Haar inzichten over de beïnvloeding van het neuromusculaire systeem zijn opvallend actueel gebleven. Bess Mensendieck heeft op grond van haar behandelingen en observaties de conclusie getrokken dat de plasticiteit van het zenuwstelsel en in het bijzonder het centrale zenuwstelsel bijzonder groot is. Bij al ons leren, dus ook bij ons motorische leren, benutten we deze plasticiteit. Maar hoe we dat doen, onttrekt zich grotendeels aan onze bewuste waarneming. Als je leert rijden op een fiets met één wiel, ontwikkelen zich motorische en sensorische patronen waarbij honderdduizenden cellen betrokken zijn. In woorden zijn deze processen niet te beschrijven, maar inmiddels weten we wel dat motorische leerprocessen kunnen verbeteren door expliciet sensorische informatie te benutten (5).

Het benutten van bronnen van sensorische informatie is een van de bouwstenen van de methode. Het kijken naar wat je doet, maar vooral het voelen van wat je doet, is cruciaal. Er wordt integratie nagestreefd van extrinsieke en intrinsieke feedback. Het oefenen tussen spiegels biedt een continue stroom van visuele informatie (extrinsiek) terwijl er gelijktijdig proprioceptieve en vestibulaire informatie (intrinsiek) beschikbaar is voor het centrale zenuwstelsel (6). Proprioceptie, ook wel kinesthesie genoemd, is het vermogen om de positie van het eigen lichaam en lichaamsdelen waar te nemen. Het vestibulair systeem, of evenwichtsorgaan, is het zintuigencomplex dat gevoelig is voor balans en beweging.

In 2011 verscheen het artikel 'Seeing Your Way to Health: The Visual Pedagogy of Bess Mensendieck's Physical Culture System' (7). De auteur komt daarin tot de conclusie dat de ontwikkeling van visuele en kinesthetische vaar-



Figuur 1 Bess Mensendieck geeft instructie in Aalborg, Denemarken, 1953 (foto Birthe Melchior, DK Dengang 2011)

digheden zoals Mensendieck die propageerde wel eens de basis van thans bekende visualisatietechnieken in de sport zou kunnen zijn. Overigens zag Mensendieck haar methode niet als onderdeel van sport maar juist als alternatief voor sport.

Dat Bess Mensendieck gezien kan worden als visionair wil ik illustreren aan de hand van een ander hoofdbestanddeel van haar methode 'It's up to you!'. Het besef dat de beïnvloeding van de gezondheid van een persoon het meest duurzaam is indien de persoon hiertoe zelf het initiatief neemt, vinden we nu niet meer dan logisch. Toch is nagenoeg de hele 20ste eeuw een curatieve benadering van arts en therapeut dominant geweest (4, 8).

Eigenlijk geldt voor de gezondheidszorg als geheel dat het nog een opgave is om te komen tot burgers die de regie over hun eigen gezondheid gaan nemen. Behalve het inhoudelijke inzicht is er ook een financieel argument om ‘zelf-management’ een sleutelrol te geven in de gezondheidszorg van de toekomst. Met ‘handen aan het bed’ kunnen we de extra vraag naar zorg niet meer opvangen.

Nu zien we veel heil in e-health bij de ondersteuning van dit zelfmanagement. Bess Mensendieck zag verbale instructies en visuele informatie door het gebruik van spiegels als belangrijke ondersteuning van het proces dat de patient of pupil zelf doorliep. *It's up to you* (9), de titel van een boek van Bess Mensendieck uit 1931, zou in de 21ste eeuw ook de titel van een nog te verschijnen boek kunnen zijn over de benadering van gezondheid en vitaliteit!

En ook het woord vitaliteit, dat nu actueel is – de HvA heeft het zelf over *urban vitality* –, was voor Bess Mensendieck een expliciet doel om te bereiken. Haar boek *Look better, feel better* heeft als covertekst: ‘Easy to do movement schemes for a more youthful body and increased vitality.’ En het vervolgt met: ‘In your own home, without equipment you can relieve pains in back, feet and shoulders.’ Het boek verscheen in 1954, maar dit hebben we voor ogen voor 2020!

In 1921 werd in Den Haag de eerste opleiding tot oefentherapeut Mensendieck gestart door Elize van Danzig, die zelf haar opleiding in 1909 bij Mensendieck had afgerond. In 1925 werd in Amsterdam een tweede opleiding begonnen door de arts Anna Overduin samen met prof.dr. F.J.J. Buytendijk. Buytendijk bleef meer dan 30 jaar verbonden aan de opleiding (6). Met publicaties als ‘Wezen en Zin van de Mensendieck Methode’ en ‘De waarde van de Mensendieck-methode’ kan hij als ambassadeur voor de oefentherapie Mensendieck worden gezien (10, 11).

Er zou makkelijk een lectorale rede geheel geschiedkundig ingevuld kunnen worden. Zo is er nog de invloed van Bess Mensendieck op de moderne dans, de ontwikkeling van de opleidingen in Nederland, de Scandinavische landen en de Verenigde Staten, en ook de betekenis van het ‘naakt zijn binnen de oefentherapie’ in relatie tot de naaktcultuur in Duitsland of het verbod op naakt in de Verenigde Staten zijn boeiende thema’s. Maar helaas niet voor vandaag.

Toch kan ik nog niet helemaal naar het heden springen. Ik moet nóg een historisch figuur introduceren, en dat is Marie Cesar. Van 1925 tot 1927 volgde zij in Amsterdam de opleiding Mensendieck en nadien nog verschillende cursussen bij Bess Mensendieck zelf. Naast haar eigen praktijk in Amersfoort was zij aanvankelijk werkzaam als docente aan de opleiding Mensendieck. Marie Cesar had moeite met de statische en rationele benadering van het bewegen

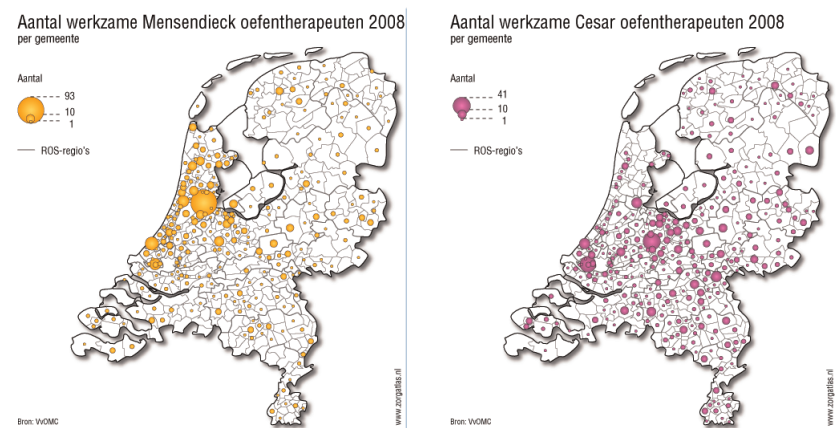
binnen de mensendieckmethode. Zij pleitte voor een meer natuurlijke, ritmische wijze van bewegen. Marie Cesar ontwikkelde haar eigen visie met betrekking tot houding en beweging en dit is de bewegingsleer Cesar geworden. In 1937 richtte zij haar eigen opleiding op. Eind 1965 trad zij terug van de opleiding Cesar en in 1968 volgde de uitgave van haar boek *De bewegingsleer Cesar; norm en doelstelling* (12).

Aan het begin van de Tweede Wereldoorlog werd door de bezetter wettelijke erkenning aangeboden aan de toenmalige opleidingen en uitvoerders van de mensendieckmethode en de bewegingsleer Cesar. Zowel Bess Mensendieck als Marie Cesar hebben om principiële redenen deze erkenning geweigerd. Pogingen van beiden om na de oorlog alsnog wettelijk erkend te worden hebben niet direct resultaat opgeleverd. Dit heeft uiteraard invloed gehad, zowel op de ontwikkeling van de opleidingen als van de beroepsgroepen. Pas in 1972 werden de opleidingen oefentherapie Cesar en oefentherapie Mensendieck officieel erkend in het kader van de wet op de paramedische beroepen. In 1974 volgde opname van oefentherapie Cesar en Mensendieck in het verstrekkingspakket van de ziektekostenverzekeraars en ziekenfondsen (12).

In de loop der jaren zijn de verschillen tussen oefentherapie Cesar en oefentherapie Mensendieck door allerlei maatschappelijke en visieontwikkelingen minder geworden en in ieder geval minder belangrijk.

Het beroep oefentherapeut

En dan nu weer terug naar de 21ste eeuw. De paramedische interventie oefentherapie wordt uitgevoerd door oefentherapeuten Mensendieck en Cesar met gezamenlijk circa 2000 beroepsbeoefenaren. In figuur 2a en 2b is de landelijke spreiding van respectievelijk het aantal oefentherapeuten Mensendieck en Cesar opgenomen (13). In de provincies Gelderland, Utrecht, Noord-Brabant, Zuid-Holland en Noord-Holland is er altijd wel een oefentherapeut in de buurt, maar in de overige provincies is de dichtheid laag. In Nederland zijn er twee hbo-bacheloropleidingen die opleiden tot oefentherapeut: de opleiding oefentherapie Cesar aan de Hogeschool Utrecht en de opleiding tot oefentherapeut Mensendieck hier aan de HvA. De locatie van deze opleidingen lijkt ook een rol te spelen in de plek waar oefentherapeuten zich vestigen. Hoewel er veel werk is voor oefentherapeuten in deze regio's – men is er met veel en men is relatief ongezond – zou een betere spreiding over het land wenselijk zijn. Er lijkt ruimte voor opleidingen oefentherapie buiten de Randstad.



Figuur 2 Spreiding van de oefentherapeuten Mensendieck (a) en Cesar (b) in Nederland (13)

Wat doen die 2000 oefentherapeuten? Zij bieden oefentherapie!

- *Oefentherapie* gegeven door een oefentherapeut is een interventie waarbij aandacht is voor het bewegen in dagelijkse activiteiten voor mensen met (mogelijke) problemen met het bewegen in dagelijkse activiteiten, met als doel andere manieren van alledaags bewegen aan te leren om korte- en langetermijnparticipatieproblemen te voorkomen of te verminderen door het begeleiden van de cliënt (14).
- *De oefentherapeut* is een BIG-geregistreerde zorgprofessional die zich richt op het optimaliseren van het bewegen van de cliënt(engroepen) in relatie tot de dagelijkse activiteiten. De oefentherapeut handelt op basis van beschikbare evidentie, klinische expertise en de wensen en mogelijkheden van de cliënt (14).
- *Oefentherapeutische zorg* omvat het screenen, diagnosticeren, klinisch redeneren, behandelen en evalueren van participatie- en gezondheidsproblemen in relatie tot houding en beweging (14).
- *De oefentherapeutische interventie* bestaat uit het (her)leren van optimaal bewegen (oefenen van het bewegen) en de transfer om het geleerde in/bij de dagelijkse handelingen toe te passen (stimuleren optimaal bewegingsgedrag) (14).
- *De werkwijze* van oefentherapeuten bestaat uit het initiëren en begeleiden van twee processen, namelijk het gedragsveranderingsproces en het motorisch leerproces. Het gedragsveranderingsproces is het proces dat de pa-

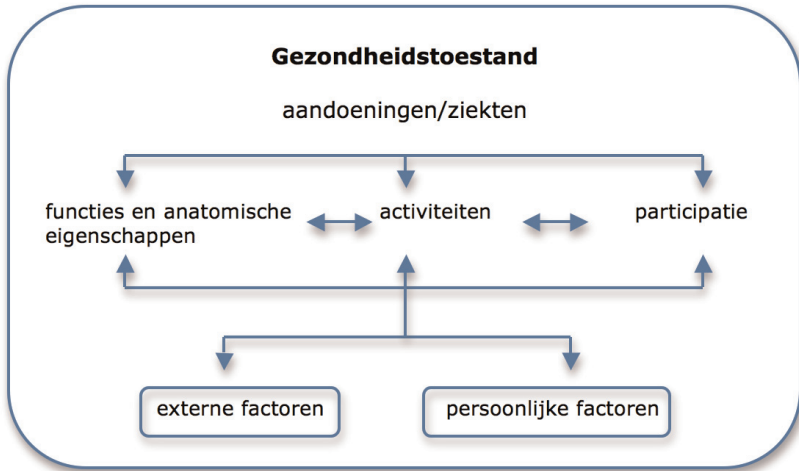
tiënt doorloopt om een blijvende gedragsverandering (gezond bewegingsgedrag) te bereiken. Het motorisch leerproces is het proces dat de patiënt doorloopt om de stoornissen in de lichaamshouding/bewegingen en beperkingen in activiteiten te verminderen, op te heffen of te compenseren. Het doel is om een nieuwe sensomotorische vaardigheid te verwerven (14).

Ik hoor een aantal mensen in de zaal denken: ‘Maar dat lijkt toch sterk op wat fysiotherapeuten doen?’ Of wellicht denkt u: ‘Hebben we dan nog wel fysiotherapeuten nodig?’ Hoewel ik niet al te lang wil stilstaan bij de verschillen tussen de paramedische disciplines, zal ik bezien vanuit de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) naar overeenkomsten en verschillen kijken. Ik beperk me daarbij tot de drie paramedische disciplines binnen het domein Gezondheid van de HvA: fysiotherapie, ergotherapie en oefentherapie Mensendieck.

De ICF

De International Classification of Functioning, Disability and Health maakt deel uit van de ‘familie’ van classificaties die is ontwikkeld door de World Health Organization (WHO). De WHO-familie van internationale classificaties (FIC) vormt een taal met behulp waarvan verschillende gegevens op het gebied van de gezondheid kunnen worden vastgelegd (bijvoorbeeld ziekten, functioneren en redenen voor contact met de gezondheidszorg). Dankzij deze gestandaardiseerde gemeenschappelijke taal kunnen uiteenlopende vakgebieden en takken van wetenschap wereldwijd communiceren over gezondheid en gezondheidszorg (15).

De ICF beschrijft hoe mensen omgaan met hun gezondheidstoestand. Iemand's gezondheid is met behulp van de ICF te karakteriseren in lichaamsfuncties en anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie. Gezondheid is aldus te beschrijven vanuit lichamelijk, individueel en maatschappelijk perspectief. Aangezien iemand's functioneren – en problemen daarmee – plaatsvindt in een bepaalde context, bevat de ICF ook omgevingsfactoren (15) (zie figuur 3).



Figuur 3 Schematische weergave van het ICF-model: International Classification of Functioning, Disability and Health (15)



Figuur 4 Toepassing van het ICF-model bij een studie naar het schrijven van kinderen met idiopathische artritis (16)

In figuur 4 is het model opgenomen dat we gebruikt hebben in een studie naar het schrijven van kinderen met idiopatische artritis (JIA) (16). We onderscheiden daarin drie niveaus:

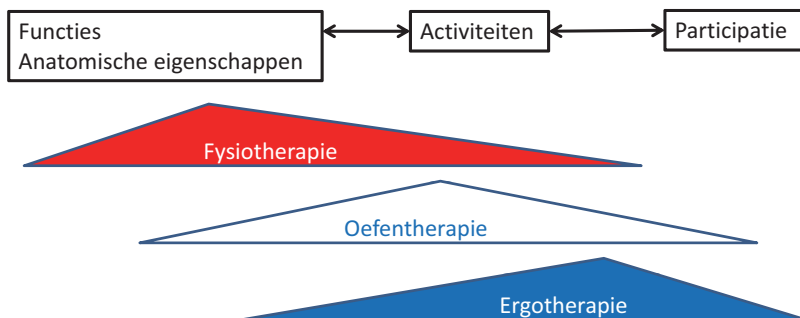
1. Op het niveau van functies en anatomische eigenschappen stelden we ons bijvoorbeeld vragen als: hebben kinderen met JIA die schrijfproblemen ondervinden een verminderde bewegingsrange in gewrichten van hand en arm of hebben zij een verminderde knijpkracht?
2. Op het niveau van de activiteiten waren we geïnteresseerd in het schrijven op school en de mogelijke beperkingen hierin (verminderde snelheid, schrijfkwaliteit of pijn tijdens het schrijven).
3. Op het participatieniveau probeerden we inzicht te krijgen in de deelname aan het lesprogramma op school.

Oefentherapeuten Mensendieck en Cesar, fysiotherapeuten en ergotherapeuten hebben veel gemeenschappelijk als het gaat om de doelen die nagestreefd worden; deze zijn vaak ambitieus en gericht op participatie. Om die participatie te bereiken leggen deze paramedische beroepen andere accenten. Als je de drie groepen in drie hokjes zou stoppen, kom ik tot een indeling waarin de fysiotherapie in het hokje functie/anatomie zit, de oefentherapie in het hokje activiteiten en de ergotherapie in het hokje participatie.

Ik snap dat u allen steigert bij deze indeling en ik vind het zelf ook wel een beetje cru. Daarom heb ik in figuur 5 een meer genuanceerde weergave opgenomen. Te zien is dat alle drie de groepen actief zijn over de volle breedte van de ICF, maar dat per beroepsgroep accenten anders gelegd worden. Te zien is dat fysiotherapeuten van deze drie groepen het meeste oog hebben voor functies en anatomische eigenschappen, dat oefentherapeuten hun aandacht primair richten op het activiteitsniveau en ergotherapeuten op het participatieniveau.

Ook deze weergave zal nog wel wat hoofden ontkennend of meewarig laten schudden, want we vinden allemaal dat we zoveel kunnen en dat we als fysiotherapeut, oefentherapeut of ergotherapeut nagenoeg alles doen. In die redenering zit een makkelijk herkenbare zwakte. Daarom vind ik dat we er goed aan doen om – zonder harde grenzen aan te brengen – niet alleen accenten te leggen bij het besteden van onze tijd en aandacht in de praktijk, maar zeker ook in de opleidingen van de toekomstige professionals.

Als je mijn plaatje zo bekijkt zie je dat we met het domein Gezondheid een prachtig palet aan opleidingen in huis hebben om de Nederlandse gezondheidszorg te bedienen. Samenwerkend kunnen ze inderdaad bijna alles. Deze drie paramedische disciplines zijn gezamenlijk tot veel in staat als het gaat om patiëntenzorg, en we menen dat dit ook geldt voor het doen van onderzoek. In



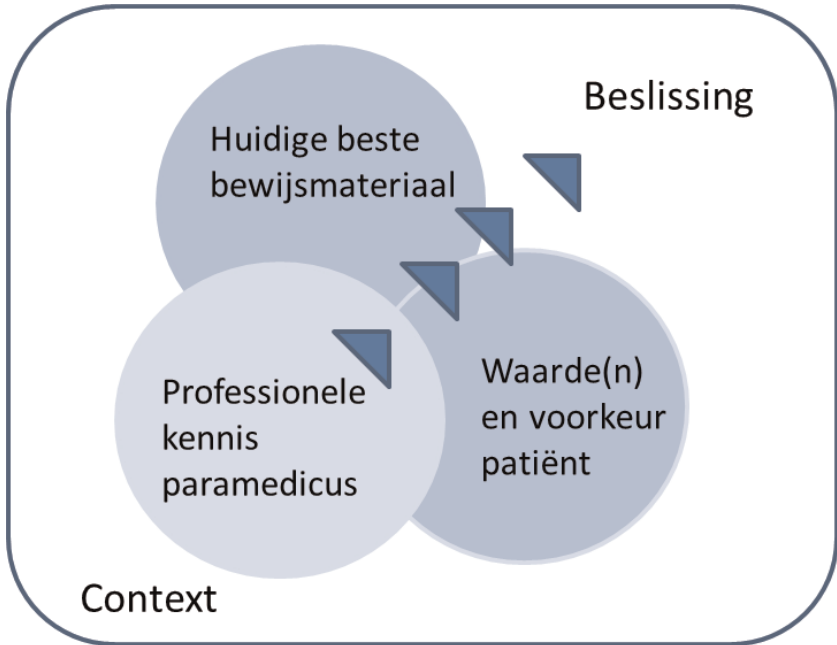
Figuur 5 De paramedische disciplines fysiotherapie, oefentherapie en ergotherapie en de ICF

de organisatie van het onderzoek klitten we dan ook samen in een gezamenlijk kenniscentrum. Toch missen we dan nog een essentieel onderdeel van de zorg. Daarom neemt in dit kenniscentrum ook verpleegkunde deel. Verpleegkundigen zijn, zoals we weten, logische samenwerkingspartners van medici, maar zeker ook van paramedici. Verpleegkunde is hierbij de oranje wimpel passend bij het rood/wit/blauw van figuur 5.

Onderzoek, innovatie en onderwijs

Onderzoek in het kenniscentrum van het domein Gezondheid richt zich op innovatie van de beroepspraktijk en is nauw verweven met het onderwijs. Kernbegrippen zijn kennisontwikkeling en kenniscirculatie. De kennis komt voort uit maatschappelijke behoeften, is gericht op de professionalisering van de beroepspraktijk en voldoet aan internationaal gangbare methodische vereisten. In dialoog met de beroepspraktijk worden onderzoeksvragen geformuleerd die ten doel hebben een bijdrage te leveren aan de innovatie van die beroepspraktijk. Tegelijkertijd is het onderzoek verweven met het onderwijs en streeft het ernaar dit onderwijs te vernieuwen en te verbeteren. In het kenniscentrum hebben we een gemeenschappelijke basis in een wetenschappelijke benadering van patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek. *Evidence based practice* (EBP) is een van de pijlers van het onderwijs in het domein Gezondheid. En ik wil hier graag benadrukken dat EBP echt meer is dan een bezoek aan de bibliotheek op zoek naar het beste bewijsmateriaal: het is het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal en *eviden-*

ce om beslissingen te nemen met individuele patiënten om de zorgverlening te verbeteren. De praktijk van EBP impliceert het integreren van individuele professionele kennis van de paramedicus met de wens en voorkeur van de patiënt, en het beste externe bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is. De voorkeuren, wensen en verwachtingen van de patiënt spelen bij de besluitvorming een centrale rol (17).



Figuur 6 Evidence Based Practise als methode voor het nemen van beslissingen (17)

Met ons onderzoek beogen we de evidence te versterken. Heel expliciet natuurlijk door de cirkel met daarin het huidige beste bewijsmateriaal te vullen. Maar en passant zal ook de cirkel met de professionele kennis van de paramedicus groeien door de toegenomen ervaring met specifieke patiëntengroepen. Om ervoor te zorgen dat EBP ook resultaten voor de praktijk gaat opleveren, wordt ook ingezet op *practise based evidence*. De continue verbinding met het praktijkveld is immers essentieel. Naast de reeds bestaande banden met het beroepsveld hebben we hiertoe een tweetal structuren ingericht waarmee we het practise based-zijn willen versterken:

1. een academische werkplaats voor paramedici en verpleegkundigen binnen de muren van de HvA met inzet van docenten en studenten van de HvA;
2. *communities of practise*.

Onze academische werkplaats Polifysiek is een polikliniek van de afdeling Revalidatie van het Academisch Medisch Centrum (AMC) waar patiëntenzorg, onderzoek en onderwijs samenkomen. De directe verbinding met de patiëntenzorg houdt ons bij de les, zodat we onderzoek doen dat een directe verbinding heeft met de praktijk. Als ik straks over gewenst toekomstig onderzoek vanuit het lectoraat Oefentherapie spreek, zal ik een voorbeeld geven waarin ik een ideaalplaatje van het functioneren van de academische werkplaats schets. Polifysiek speelt in het onderwijs bij Oefentherapie op dit moment vooral een rol in de vorm van klinische lessen, maar deze plek zal in de komende jaren een grotere rol gaan spelen in het onderwijs doordat studenten en docenten betrokken worden bij patiëntenzorg en onderzoek. De opleidingen Fysiotherapie en Verpleegkunde vervullen op dit moment een voortrekkersrol bij het benutten van deze academische werkplaats.

In de communities of practise ontmoeten studenten, docenten en onderzoekers uit het lectoraat en zorgprofessionals elkaar, om vragen te delen, elkaar te inspireren en uit te dagen. De interactie tussen de afnemers van het onderzoek en de onderzoekers zorgt ervoor dat steeds de toepassing in het vizier blijft. Voor onze studenten en docenten zijn deze communities of practise uitgelezen plekken om handen en voeten te geven aan de opgedane onderzoekskennis en vaardigheden. We zijn bezig met het organiseren van communities of practise rond de thema's chronische pijn, intramurale oefentherapie en valpreventie.

Met ons gezamenlijke kenniscentrum en daarmee natuurlijk ook met het lectoraat Oefentherapie stellen we ons tot doel bij te dragen aan de gezondheidszorg van de toekomst. De te verwachten ontwikkelingen in de zorg zijn dan ook leidend voor onze prioriteiten ten aanzien van het onderzoek en van de opleiding van de professionals van de toekomst.

Maatschappelijke behoefte

Hoe ziet die toekomst eruit? Het ministerie van VWS tracht met zekere regelmaat grip te krijgen op de toekomst door er scenario's voor te schetsen. In al deze scenario's is te zien dat er een groeiende vraag naar zorg zal zijn, gepaard aan groeiende kosten, die onbeheersbaar worden als er geen listen worden verzonden.

De groeiende vraag is vooral te wijten aan:

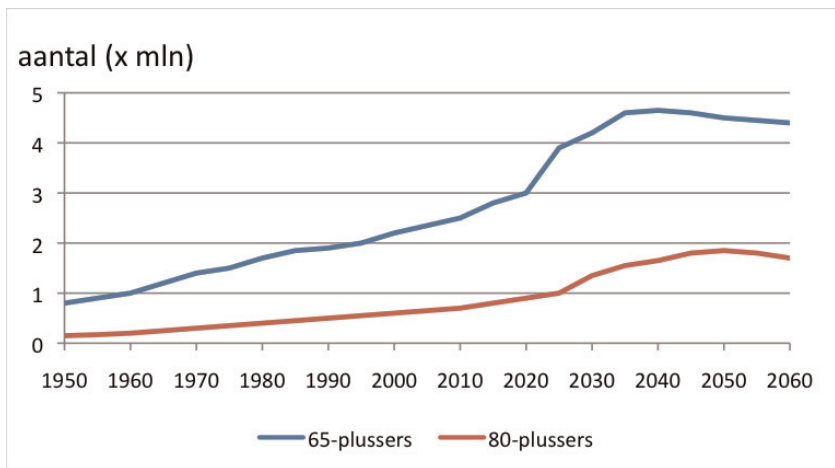
1. vergrijzing;
2. toename multimorbiditeit;
3. groei van welvaartsziekten.

De vraag naar zorg zal aanmerkelijk toenemen, onder andere vanwege de vergrijzing. Zij verandert ook van karakter doordat chronische aandoeningen het beeld van de gezondheidszorg gaan bepalen. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) voorspelt dat in 2020 het aantal mensen met een chronische aandoening het aantal mensen met een tijdelijke aandoening ver zal overtreffen (8).

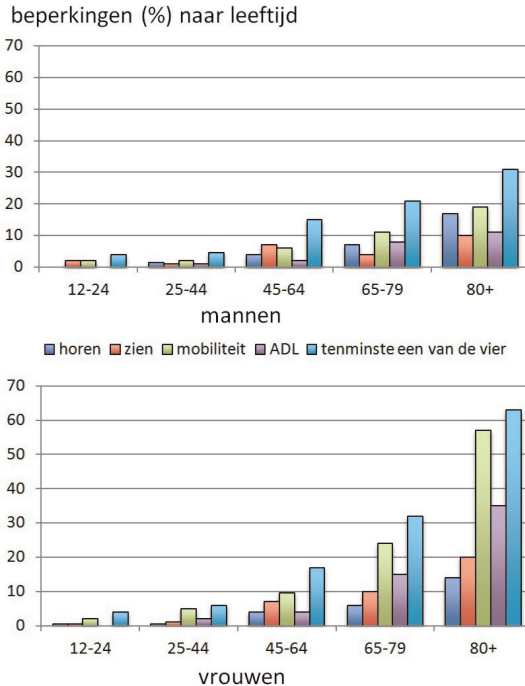
De vergrijzing van de bevolking neemt tot 2040 sterk toe (figuur 7). Het aantal 65-plussers zal sterk toenemen, maar vooral ook het aantal 80-plussers. Men spreekt daarom ook wel van dubbele vergrijzing (18).

Alleen al door de vergrijzing zal er een sterke toename te zien zijn in multimorbiditeit, omdat ouder worden inderdaad gepaard gaat met gebreken (19, 20). In figuur 8 is deze toename geïllustreerd.

Welvaartsziekten zijn ziekten waarbij voeding, beweging en de inrichting van de moderne samenleving een rol spelen. De vier belangrijkste risicofactoren voor welvaartsziekten zijn tabaksgebruik, ongezonde voeding, te weinig beweging en schadelijk gebruik van alcohol. Hart- en vaatziekten, COPD, diabetes, bepaalde kankersoorten, obesitas en depressie zijn voorbeelden (21).



Figuur 7 Ontwikkeling van de (dubbele) vergrijzing tot 2060 (18)



Figuur 8 Beperkingen per leeftijdscategorie (19)

De listen die bedacht worden om de groeiende vraag naar zorg en de daarmee gepaard gaande kosten het hoofd te bieden zijn:

1. doe het zelf;
2. doe het thuis;
3. laat de techniek het doen;
4. doe alleen wat (kosten)effectief is.

(En steeds geldt: betaal het zelf.)

De zorgparagraaf in het regeerakkoord van kabinet Rutte II draagt de titel 'Zorg dichtbij' en heeft deze elementen in zich. Allereerst legt de regering de verantwoordelijkheid voor de gezondheid bij haar burgers, de overheid is er als ondersteuner. Men dient zelf verantwoordelijkheid te gaan nemen voor preventie en een gezonde levensstijl (22). Rutte II sluit daarbij aan bij de in 2010 door de RVZ gepresenteerde visie waarin gedrag en gezondheid centraal staan.

De hoofdstelling is: ‘van zz naar gg: van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag’ (8).

Hoe dit toekomstbeeld – waarin burgers zelf verantwoordelijkheid nemen voor hun gezondheid en waarin de zorg grotendeels thuis plaatsvindt met technologische ondersteuning – werkelijkheid wordt, is een bron van vragen voor het lectoraat Oefentherapie. Met als hoofdvraag: hoe draagt de oefentherapeut als paramedisch bewegingsprofessional optimaal bij aan deze gezondheidszorg van de toekomst?

Voorbeelden van onderzoek

Om te schetsen hoe het lectoraat Oefentherapie een bijdrage levert en gaat leveren aan het evidence based te werk gaan, zal ik een lopend project presenteren en een onderzoeksvoorstel waarvan ik van harte hoop dat ik tijdens het uitspreken van deze rede kan zeggen dat het gehonoreerd is:

1. het dystonie-project;
2. gecombineerde interventie ouderen.

Het dystonie-project omvat een onderzoek en een netwerkontwikkeling. Binnen netwerk en onderzoek gaat het om dystonie en op dit moment in het bijzonder om cervicale dystonie. Cervicale dystonie (CD) of torticollis is een chronische, invaliderende neurologische aandoening die zich karakteriseert door abnormale houdingen van het hoofd als gevolg van onvrijwillige spiercontracties van de nek (23). Pijn wordt door ongeveer 75% van de patiënten ervaren en is naast de afwijkende stand van het hoofd de grootste oorzaak van de belemmeringen in het dagelijks leven. Met een geschatte prevalentie van 5,7 patiënten per 100.000 mensen in West-Europa is CD de meest voorkomende vorm van dystonie (24). Het aantal patiënten in Nederland wordt geschat op 8.000.

Dystonie betekent letterlijk: een stoornis (= dys) in de spanning van een spier (= tonus). De spierspanning is vaak te hoog, maar op andere momenten weer normaal.

De dystonie wordt niet alleen gekenmerkt door onwillekeurige, wisselende spierspanningen, maar ook door een stoornis in de normale samenwerking tussen de betreffende spieren. Daardoor ontstaan draaiende, wringende bewegingen en ook abnormale houdingen van één of meer lichaamsdelen. De dystone bewegingen kunnen in alle lichaamsdelen optreden, zowel in rust als tijdens een willekeurig uitgevoerde beweging.

DystonieNet is een initiatief van de afdelingen Neurologie van de academische ziekenhuizen UMCG te Groningen, AMC te Amsterdam, LUMC te Leiden en UMC St. Radboud te Nijmegen, in samenwerking met de landelijke werkgroep bewegingsstoornissen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN) en de Nederlandse Vereniging voor Dystoniepatiënten. Het DystonieNet bestaat uit regionale netwerken van neurologen, fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar en Mensendieck die gespecialiseerd zijn in het behandelen en begeleiden van patiënten met cervicale dystonie. In de omgeving van ziekenhuizen waar een neuroloog botulinetoxinebehandelingen geeft zullen therapeuten getraind worden voor de behandeling van cervicale dystonie. Door in het netwerk te participeren ontstaat klinische expertise bij de therapeuten, doordat men frequenter te maken zal krijgen met deze patiëntengroep. Het intensiveren van het overleg tussen neuroloog en therapeuten via het DystonieNet zal naar verwachting de kwaliteit van zorg voor de patiënten verhogen.

Een aantal onder u herkent in deze aanpak wellicht het model van het zeer succesvolle ParkinsonNet. Net als in het ParkinsonNet zal het aantal participerende disciplines nog toenemen in de toekomst.

In de aanloop naar het DystonieNet was de verwachting dat er op basis van literatuuronderzoek voldoende evidentie zou zijn voor een oefen-/fysiotherapeutische behandeling die in combinatie met een botulinetoxinebehandeling toegepast kon worden. Er bleek nog zeer weinig onderzoek gedaan te zijn naar de combinatie van de thans *state of the art* botulinetoxinebehandeling en oefen-/fysiotherapie. Het onderzoek dat was uitgevoerd wees wel op een positief effect. De toevoeging van de paramedische interventie gaf aanleiding tot het verlagen van de botulinetoxinedosis en zorgde voor het verlengen van de periode tussen de behandelingen met botulinetoxine. Effecten ten aanzien van het functioneren van de patiënt of de kwaliteit van leven werden niet gerapporteerd.

Dit heeft ertoe geleid dat we een onderzoek in gang hebben gezet waarin we ons de vraag stellen of oefen-/fysiotherapie in combinatie met botulinetoxinebehandeling effectief is, met als primaire uitkomstmaat het functioneren in het dagelijks leven.

Het oefen-/fysiotherapeutische behandelprogramma dat onderzocht wordt, is in het afgelopen jaar tot stand gekomen door literatuuronderzoek en de inbreng van een werkgroep van deskundige therapeuten. Indien het programma effectief blijkt te zijn wordt het de basis voor een richtlijn cervicale dystonie.

Het onderzoek is opgezet als een (*multicenter*) *randomized clinical trial*, waarin een vergelijking wordt gemaakt tussen de behandeling met botulinetoxine in combinatie met reguliere oefen-/fysiotherapie en behandeling met

botulinetoxine in combinatie met oefen-/fysiotherapie volgens het recent ontwikkelde behandelprogramma.

De primaire uitkomstmaat is, zoals gezegd, het functioneren in het dagelijks leven met als secundaire maten de ernst van dystonie, pijn, kwaliteit van leven, angst en depressie.

Hoewel ik gedurende de looptijd van de trial niet te veel kwijt wil over de inhoud van het programma, kan ik wel vertellen dat we beogen van de patiënten goede doe-het-zelvers te maken. De therapeut krijgt in toenemende mate een begeleidende/coachende rol, terwijl de patiënt het zelfmanagement van de chronische ziekte ter hand neemt. Hoofddrolspelers in dit project zijn Joost van den Dool als promovendus in het lectoraat Oefentherapie, en hoogleraar bewegingsstoornissen prof.dr. Marina A.J. de Koning-Tijssen, die onlangs een transfer maakte van het AMC naar het UMCG in Groningen.

Het tweede project dat ik graag wil presenteren is een plan dat we met diverse partners hebben gesmeed in het kader van sport en vitaliteit. De HvA is hierin goed vertegenwoordigd met lectoren uit een drietal domeinen. Het lectoraat Gewichtsmanagement van het domein Bewegen, Sport en Voeding is de penvoerder. Verder nemen deel de lectoraten Fysiotherapie, Oefentherapie en Ergotherapie van het domein Gezondheid en het lectoraat Digital Life van het domein Media, Creatie en Informatie. Daarnaast zijn er partners bij de Amsterdamse universiteiten en TNO, en partners in het praktijkveld zoals het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) en Danone Research.

De groep van ouderen met functionele beperkingen wordt steeds groter. Voor hen is het van belang dat ze een sportieve en actieve leefstijl krijgen en houden en indien mogelijk aan de fit- en krachtnorm voldoen. Dit project beoogt de ontwikkeling en evaluatie van een gecombineerde interventie gericht op het stimuleren en behouden van een sportieve leefstijl bij ouderen. De interventie bestaat uit wekelijks functioneel trainen in groepsverband, aangevuld met trainen thuis om de benodigde frequentie van trainen te bereiken. Omdat fysiek functioneren het beste kan worden verbeterd door een combinatie van bewegen en voeding, wordt ook de toegevoegde waarde van een eiwitverrijkt voedingssupplement onderzocht.

Wij maken gebruik van het programma Meer Bewegen voor Ouderen (MBvO). MBvO is een bestaand en goed geëvalueerd groepsprogramma, met een groot bereik onder ouderen met beginnende functionele beperkingen. MBvO heeft als doel het zelfstandig functioneren van ouderen op fysiek, mentaal en sociaal vlak te stimuleren. De frequentie van één maal per week is onvoldoende om effect te hebben op uitkomsten als fitheid en fysieke gezondheid. In ons project verrijken we het MBvO met Functioneel Trainen voor

Ouderen (FTO) en verhogen we de frequentie van sportief bewegen (25). In een voorstudie bekijken we de haalbaarheid met de gebruikers en het effect van de toevoeging van FTO aan het MBvO-programma.

Om de trainingsfrequentie toe te laten nemen wordt een FTO-thuistrainingsprogramma ontwikkeld dat door ouderen vaak, flexibel en individueel kan worden gebruikt wanneer zij dat wensen. Hierbij wordt digitale ondersteuning met een *tablet* geboden, toegespitst op de oefeningen van het individu, met monitoring van eigen progressie.

In een gerandomiseerde studie wordt de toevoeging van het FTO-thuistrainingsprogramma aan het groepstrainingsprogramma vergeleken met het groepstrainingsprogramma alleen. Daarnaast is er een derde onderzoekstak waarin het FTO-thuistrainingsprogramma wordt gecombineerd met een voedingsinterventie. Primaire uitkomstmaat is het functioneren bij de uitvoering van activiteiten in het dagelijks leven.

Partners zijn TNO, NISB en Danone Research. De HvA, Universiteit van Amsterdam (UvA) en Vrije Universiteit (VU) voeren het onderzoek uit met behulp van studenten en zorgen samen met het NISB voor implementatie en borging. Het NISB heeft daarin een belangrijke rol in de landelijke verspreiding.

Deze aanvraag sluit ook aan bij het beoogde Center of Expertise Urban Vitality van de HvA. Daarin werken het domein Gezondheid, het domein Bewegen, Sport en Voeding, het domein Maatschappij en Recht en het domein Media, Creatie en Informatie samen aan een sportieve leefstijl van specifieke doelgroepen, zoals jeugd, ouderen en in het bijzonder groepen in een achterstandssituatie. In dit project zijn overduidelijk de componenten doe-het-zelf, doe-het-thuis en doe-het-met-techniek te herkennen.

Focus en doel

Met de participatie in dit soort onderzoek worden in het lectoraat Oefentherapie steeds drie onderliggende doelen nagestreefd:

1. het vergroten en implementeren van wetenschappelijke kennis over (de effectiviteit van) oefentherapeutische interventies;
2. het (verder) ontwikkelen van het theoretisch kader van oefentherapie, in bijzonder met betrekking tot het motorisch leerproces en het gedragsveranderingsproces;
3. het vergroten en implementeren van wetenschappelijke kennis over (de effectiviteit van) multidisciplinaire zorg waarvan oefentherapie deel uitmaakt.

Gestuurd door het zorgperspectief van de toekomst zal het lectoraat Oefentherapie zijn bijdragen gaan leveren, gericht op versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg en het vergroten van het zelfmanagement van patiënten (met veelal meervoudige problematiek). Hierbij worden drie onderwerpen in de nabije toekomst verder ingevuld:

1 Thuisrevalidatie

De eigen woonomgeving in plaats van ziekenhuis, verpleeghuis of andere zorginstelling wordt de plek waar gezondheidszorg meer en meer gaat plaatsvinden. Dit vereist een andere aanpak, ondersteund door onderzoek van nieuwe zorgprofessionals. De zojuist beschreven studie naar behoud van gezondheid en vitaliteit is hiervan een voorbeeld.

Verder bestaat om meerdere redenen de wens om het verblijf in ziekenhuizen zo kort mogelijk te laten zijn. Dit impliceert dat patiënten bij voorkeur snel weer naar hun eigen omgeving gaan om daar te revalideren. De gezamenlijke lectoraten van de HvA in samenwerking met het AMC zullen projecten initiëren voor het wetenschappelijk onderbouwen van deze thuisrevalidatie vanuit een multiprofessioneel perspectief.

2 Valpreventie, in het bijzonder bij osteoporose patiënten

Het behoud van mobiliteit is een belangrijke voorwaarde voor zelfstandig functioneren. Het breken van je heup is een dramatische gebeurtenis met ernstige gevolgen. In het AMC heeft men al geruime tijd onderzoek gedaan naar personen met een verhoogd risico op vallen. De screening in het AMC op valrisico gebeurde vooral bij patiënten die zich met een valincident op de spoedeisende hulp hadden gemeld. Om herhaling van vallen te voorkomen, kan aan de groep met een verhoogd valrisico een secundair valpreventieprogramma worden aangeboden (naast eventueel andere adviezen). Recent richt men ook de aandacht op personen met een verhoogd breukrisico (osteoporose), eventueel gecombineerd met een verhoogd valrisico.

Deze groep met een verhoogd breukrisico vraagt specifieke aandacht als je denkt over een valpreventieprogramma. Je wilt ten minste kunnen garanderen dat deelname aan het preventieprogramma veilig is. We trekken op met ouderengeneeskunde, revalidatie van het AMC en een verpleeghuis van zorginstelling Cordaan om kennis te ontwikkelen.

Het ideaalplaatje dat ik eerder noemde, is in dit kader een stroom van patiënten vanuit het AMC naar onze academische werkplaats Polifysiek, waar we

met de betrokkenheid van studenten en docenten vanuit meerdere disciplines voor deze doelgroep interventies ontwikkelen en kritisch onderzoeken.

3 *Arbeid en gezondheid*

Het onderwerp arbeid en gezondheid houdt me al meer dan 20 jaar intensief bezig, het zou heel raar zijn om dat niet te continueren. En daar is ook geen enkele reden voor: gezondheid en arbeid zijn sterk met elkaar verbonden. Het niet kunnen werken omdat je gezondheid dat niet toelaat, het ongezond zijn omdat je een beroepsziekte hebt, maar ook het gebrek aan welzijn als je werkloos bent, zijn een paar voorbeelden.

Naast het leveren van professionele zorg, gericht op behandeling, is er de aandacht voor het behouden en bevorderen van de gezondheid van zorgvragers en burgers. Zorgverleners hebben dus te maken met zieke én gezonde cliënten. De context arbeid is één van de maatschappelijke velden waar door oefentherapeuten preventie en gezondheidsbevordering zijn ontwikkeld naast curatieve zorg. Analoot aan de doe-het-thuisbenadering is er de doe-het-op-je-werkaanpak. Voorgesteld wordt om onderzoek te initiëren waarmee kennis ontwikkeld wordt waarmee interventies wetenschappelijk onderbouwd kunnen worden. Samenwerking met het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid van het AMC en in het bijzonder de polikliniek Mens en Arbeid ligt hierbij voor de hand.

Instrumenten voor goed oefentherapeutisch onderzoek

Onderzoek binnen deze thema's vraagt om goede 'uitkomstmaten' voor de evaluatie van oefentherapeutische zorg. Deze behoefte is er niet alleen vanuit wetenschappelijk oogpunt. Ook bij de individuele therapeut is er de behoefte om de zorg te kunnen monitoren en evalueren. Bovendien is er een sterke behoefte aan uitkomstmaten die ondersteunen bij het communiceren binnen de eigen beroepsgroep, maar vooral ook daarbuiten met andere zorgprofessionals.

Het lijkt vooral van belang om – naast algemene uitkomstmaten als kwaliteit van leven, ervaren gezondheid, pijn, klachten etc. – te komen tot oefentherapie-specifieke uitkomstmaten (26). De keuze voor goede uitkomstmaten is bij elk onderzoek van groot belang maar bij de oefentherapie lijkt specifieke aandacht gerechtvaardigd. Wanneer kun je concluderen dat de kwaliteit van bewegen bij iemand vooruit is gegaan? Beweegt men dan soepeler, vloeiender?

Of is er iets verbeterd in de koppeling tussen bewegingen in verschillende gewrichten?

Het is relatief eenvoudig om te bepalen hoe snel iemand loopt of hoe lang men het kan volhouden om met een bepaalde snelheid te lopen. Het bepalen of men goed loopt of beter loopt na een interventie is minder eenvoudig.

Voor oefentherapeuten kan het verhogen van loopsnelheid of het verlengen van de volhoudtijd relevant zijn, maar zeker ook het beoordelen van de veranderingen in de sensomotorische vaardigheden bij het lopen. In Noorwegen, waar ook oefentherapie Mensendieck aan University College Oslo wordt onderwezen en onderzocht, heeft men een zogenaamde mensendiecktest ontwikkeld (27). In de test wordt op basis van een gestructureerde observatie een beoordeling gegeven van de staande houding, het uitvoeren van diverse bewegingen, het lopen, de zittende houding en de ademhaling. De eerste onderzoeken laten zien dat de psychometrische eigenschappen van dit instrument in handen van oefentherapeuten veelbelovend zijn. Het ontwikkelen van een goed instrumentarium voor onderzoek en voor het evalueren van behandel-effecten zie ik als taak voor het lectoraat. Mijn verwachting is dat er niet snel subsidiegevers voor dit onderzoek te vinden zijn, maar dat hoeft ons er niet van te weerhouden om samen met studenten binnen het lectoraat interessante onderzoeksprojecten op te zetten waarmee we meer grip krijgen op voor oefentherapie relevante uitkomstmaten.

Richtlijn ontwikkeling

Om te komen tot directe impact in de praktijk van de zorgprofessional zal disseminatie van kennis uit het lectoraat mede gericht zijn op de ontwikkeling van (multidisciplinaire) richtlijnen. Onderzoek zal, zoals in het voorbeeld van het dystonie-onderzoek, dienen als input voor de richtlijnen. Maar onderzoek kan ook gericht zijn op het monitoren van de toepassing van de richtlijnen en op het beoordelen van de effectiviteit van het werken conform de richtlijn. Oefentherapie heeft voor haar eigen beroepsgroep toegesneden richtlijnen ontwikkeld en participeert actief in de ontwikkeling van multiprofessionele richtlijnen. Zowel het evalueren van bestaande als het ontwikkelen van nieuwe richtlijnen (zowel mono- als multidisciplinair) is van groot belang voor het borgen en verder ontwikkelen van evidence based oefentherapeutisch handelen.

Lector en opleidingsmanager

Het domein Gezondheid hanteert het model van *professional in the lead*, de functies van opleidingsmanager en lector zijn gecombineerd. Hiermee zijn de taken van de lector – onderzoek, onderwijs en docentprofessionalisering – gecombineerd met de noodzakelijke bevoegdheden. De zaken die ik als lector relevant acht voor het curriculum kan ik als opleidingsmanager ook daadwerkelijk bij student en docent onder de aandacht brengen.

In nagenoeg alle voorbeelden van projecten die ik het afgelopen half uur heb genoemd is er een rol voor student en docent weggelegd. Met de groei aan activiteiten binnen het lectoraat zal de actieve deelname van studenten en docenten groeien. Het doel van het lectoraat om bij te dragen aan de gezondheidszorg van de toekomst zal voor een groot deel gerealiseerd worden door in te zetten op de professionals van de toekomst.

De titel van mijn rede heb ik al gekoppeld aan mezelf, de burger en de patiënt, om hem nu als sluitstuk vooral aan de student op te dragen: It's up to you!

Dankwoord

Tot slot wil ik u allen van harte bedanken voor uw belangstelling. Ik dank het College van Bestuur van deze hogeschool voor het in mij gestelde vertrouwen en voor het instellen van het lectoraat Oefentherapie. Ook wil ik het bestuur van het domein Gezondheid bedanken, in het bijzonder de domeinvoorzitter Rien de Vos.

Rien, ik waardeer je zeer als leidinggevende, je hebt oog voor de grote lijnen maar ook de details ontgaan je niet. Jouw ijveren voor een sterke verbinding van paramedisch en verpleegkundig onderwijs met het medisch onderwijs gaat ons nog veel opleveren. Dank voor het vertrouwen dat je me schenkt.

Raoul Engelbert, Wilma Scholten op Reimer en Margo van Hartingsveldt, mijn collega-lectoren binnen het domein. Het is fijn jullie aan mijn zijde te weten bij het realiseren van al het moois dat we met ons kenniscentrum beogen. Raoul, ik kijk met bewondering en soms verwondering naar je enorme werklust. Dat die arbeid ook nog topkwaliteit oplevert, maakt je (aanstaaende) hoogleraarschap in het AMC een logische ontwikkeling. Wilma, zo ambitieus als jij ken ik er niet veel en zo goed als jij al helemaal niet. Fijn om je collega te zijn. Margo, ik ben blij dat je mijn buurvrouw bent en dat je als beoogd lector Ergotherapie het team versterkt. Als jij na je promotie echt volop als lector aan de slag kunt, gaan we de samenwerking intensiveren.

Mijn eigen team wil ik heel hartelijk bedanken voor de geweldige werkomgeving die jullie mij bieden. Er is door jullie lang uitgekeken naar het lectoraat, en de verwachtingen waren en zijn hooggespannen. Soms gaat het jullie niet snel genoeg, maar ik voel gelukkig dat jullie wel vertrouwen hebben in mij en ik zeg hier nog maar eens dat ik alle vertrouwen heb in jullie. Van het team wil ik drie personen apart danken. Marleen Zeelen, je bent als teammanager, maar vooral als persoon fantastisch. Ik leun sterk op je bij het managen van de opleiding. Ik ga nog een jaar van je aanwezigheid genieten. Netty Winters, jij bent voor mij enorm belangrijk, een toetssteen voor ideeën. Hoewel ik formeel jouw leidinggevende ben, laat ik me graag door jou leiden. Netty, ik reken erop dat we nog jaren samenwerken en dat die samenwerking niet alleen een bloeiende opleiding oplevert, maar ook een proefschrift van jouw hand. Kitty Jacobs, jij was de eerste die in mij de lector Oefentherapie zag. Jouw korte mail: 'Bart, is dit niet iets voor jou?', met als bijlage de vacaturetekst, heeft veel in beweging gebracht, dank!

Mijn dank voor de plezierige werkomgeving en werksfeer wil ik ook uitspreken in de richting van alle andere medewerkers van het domein Gezondheid en natuurlijk de studenten.

Dat ik hier vandaag als lector sta, heb ik ook te danken aan mijn vorige werkgever: de Faculteit der Bewegingswetenschappen van de Vrije Universiteit. Ik ben en blijf een bewegingswetenschapper. Ruim 30 jaar geleden begon ik er mijn studie en ik heb er meer dan 20 jaar met veel plezier gewerkt. Ik bedank al mijn oud-FBW-collega's, en in het bijzonder die van ERGOcare en EXPres, voor alle goede leerzame jaren. Vooruit, ik noem één persoon bij naam, mijn promotor prof.dr. Jaap van Dieën. Hij heeft me besmet met het virus 'echt te willen begrijpen'. Die visie stimuleert mij om de *black boxes* van interventies of therapie te willen openen en niet slechts te willen verifiëren of ze effectief zijn. Om vooruit te komen moeten we meer gaan snappen. Jaap, bedankt.

Dan zijn er nog een paar mensen die ik wil bedanken, domweg omdat ze er voor me zijn. Mijn vader, broer, zus, familie en vrienden.

En de laatste woorden zijn voor de hoofdrolspelers in mijn leven. Liesbeth, Pjotr en Ivar, jullie zijn mijn alles!

Ik heb gezegd!

Literatuur

- 1 Mensendieck BM. *Look better, feel better: the world-renowned Mensendieck system of functional movements – for a youthful body and vibrant health*. New York: Harper & Row; 1954.
- 2 NMB. *Bess M. Mensendieck – Leven en Werk*. Hoofddorp: Nederlandsche Mensendieck Bond; 1985.
- 3 Veder R. The expressive efficiencies of American Delsarte and Mensendieck body culture. *Modmod (Baltim Md)*. 2010; 17 (4): 819-38.
- 4 Andersen P. The Mensendieck-system's main themes in the light of neurobiological knowledge. In: Klemmetsen I, editor. *The Mensendieck System of Functional Movements*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers 2005. p. 9-14.
- 5 Shumway-Cook A, Woollacot M. *Motor Control: Translating Research into Clinical Practice*. Wolters Kluwer Health; 2011.
- 6 Jonker-Kaars Sijpesteijn MLA. *De Methode-Mensendieck*. 2 ed. Utrecht: Bunge; 1996/1988.
- 7 Veder R. Seeing your way to health: the visual pedagogy of Bess Mensendieck's physical culture system. *Int J Hist Sport*. 2011; 28 (8-9): 1336-52.
- 8 RVZ. *Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg; 2010.
- 9 Mensendieck BM. *It's Up to You*. New York: JJ Little & Ives; 1931.
- 10 Buytendijk FJJ. *Wezen en Zin van de Mensendieck Methode*. Internationale Mensendieck Liga: Nederlandsche Mensendieck Bond; 1932.
- 11 Buytendijk FJJ. De waarde van de Mensendieck-methode. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*. 1953; 97: 2987-92.
- 12 VvOCM. *Historie Oefentherapie Mensendieck en Cesar*. 2010 [herzien 2010; geciteerd]; te raadplegen op: www.vvocm.nl/algemeen/historie.
- 13 RIVM. *Nationale Atlas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM; 2008 [herzien 2008; geciteerd 2012]; te raadplegen op: www.zorgatlas.nl/zorg/eerstelijnszorg/paramedische-zorg/.
- 14 VvOCM. *Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck – Beroepsprofiel Oefentherapeut*. Den Haag: Boom Lemma; 2011.
- 15 (WHO) WHO. *ICF, Nederlandse vertaling van de 'International Classification of Functioning, Disability and Health'*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2002.
- 16 Haberer H, Visser B, Daffertshofer A, van Rossum MA, Roorda LD, van der Leeden M, et al. Handwriting difficulties in juvenile idiopathic arthritis: a pilot study. *Clin Exp Rheumatol*. 2011 Sep-Oct; 29 (5): 887-93.
- 17 Kuiper C, Borghouts JAJ. *Evidence-based practice voor paramedici – methodiek en toepassing*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers; 2012.
- 18 Sanderse C, Verweij A, Beer Jd. Vergrijzing: Wat zijn de belangrijkste verwachtingen voor de toekomst? In: RIVM, editor. *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid* <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Bevolking\Vergrijzing. Bilthoven; 2011.

- 19 Gool CHv, Hoeymans N, Picavet HSJ. Lichamelijk functioneren: Hoeveel mensen hebben beperkingen? In: RIVM, editor. *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid* <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Functioneren en kwaliteit van leven\Lichamelijk functioneren. Bilthoven; 2009.
- 20 Galenkamp H, Plaisier I, Huisman M, Braam AW, Deeg DJH. Trends in gezondheid en het belang van zelfredzaamheid bij zelfstandig wonende ouderen, achtergrondstudie tbv advies Redzaam Ouder. In: Zorg ARvdV, editor. *Redzaam Ouder*. Den Haag; 2012.
- 21 Rijkschroeff-van der Meer ACJ. Welvaartsziekten: andere ziekten, andere aanpak. In: RVZ, editor. *Preventie van welvaartsziekten effectief en efficiënt georganiseerd*. Den Haag; 2011.
- 22 Rijksoverheid. Zorg dichtbij. *Bruggen slaan – Regeerakkoord VVD-PvdA*. Den Haag; 2012. p. 20-5.
- 23 Fahn S, Marsden CD, Calne DB. Classification and investigation of dystonia. In: Marsden CD, Fahn S, editors. *Movement Disorders 2*. London: Butterworth; 1987. p. 332-58.
- 24 ESDE. Epidemiological Study of Dystonia in Europe (ESDE) Collaborative Group – A prevalence study of primary dystonia in eight European countries. *J Neurol*. 2000 Oct; 247 (10): 787-92.
- 25 Fleuren MA, Vrijkotte S, Jans MP, Pin R, van Hespren A, van Meeteren NL, et al. The implementation of the functional task exercise programme for elderly people living at home. *BMC Musculoskelet Disord*. 2012; 13: 128.
- 26 Kuiper C, Jans M. *Betrokken bij bewegen: essentie van de oefentherapie gegeven door een oefentherapeut*. Den Haag: Lemma; 2009.
- 27 Haugstad GK, Haugstad TS, Kirste U, Leganger S, Hammel B, Klemmetsen I, et al. Reliability and validity of a standardized Mensendieck physiotherapy test (SMT). *Physiother Theory Pract*. 2006 Sep; 22 (4): 189-205.

Curriculum vitae

In 1989 studeerde Bart Visser (1963) af bij de Faculteit der Bewegingswetenschappen aan de Vrije Universiteit met als hoofdrichting Gezondheidskunde. Aansluitend heeft hij in verschillende functies tot 2010 bij deze faculteit gewerkt. In de beginjaren werkte hij als onderzoeker/adviseur in allerlei onderzoeksprojecten voor derden op het gebied van arbeidsomstandigheden en ergonomie. Op het gebied van onderwijs was zijn eerste activiteit het ontwikkelen en verzorgen van onderwijs voor oefentherapeuten Cesar en Mensendieck. Dit onderwijs heeft zich ontwikkeld tot de cursussen ‘Bedrijfsoefentherapie’ en ‘Ergonomie en Arbeid’.

Bart Visser heeft als leidinggevende bijgedragen aan het succesvolle onderzoek-/adviesbureau ERGOcare. Dit centrum voor toegepast onderzoek in de ergonomie is later onder de naam EXPres uitgebreid in de richting van de revalidatie en sport.

In 2004 is hij gepromoveerd op het proefschrift ‘Upper extremity load in low-intensity tasks’. In het kader van het promotieproject was hij te gast bij TNO kwaliteit van leven, Hoofddorp, en het Department of Physiology, National Institute of Occupational Health, Kopenhagen, Denemarken.

Vanaf 2004 combineerde Bart Visser de leidinggevende taak bij EXPres met de functie van universitair docent. Sinds 2010 is hij werkzaam bij de Hogeschool van Amsterdam als opleidingsmanager van de bacheloropleiding tot oefentherapeut Mensendieck en sinds medio 2011 tevens als lector Oefentherapie. Als opleidingsmanager oefentherapie Mensendieck geeft hij leiding aan het docententeam van de bacheloropleiding tot oefentherapeut en maakt hij deel uit van het managementteam van het domein Gezondheid.