



**Eigen Regie:
Waardevol en kwetsbaar**

.....

Lectorale rede
Dr. Petra Siemonsma

Eigen Regie: Waardevol en kwetsbaar



Colofon

© Lectoraat Eigen Regie bij Fysiotherapie en Beweegzorg,
faculteit Gezondheidszorg, Hogeschool Leiden, 11 oktober 2022

Hogeschool Leiden
Zernikedreef 11
2333 CK Leiden
Postbus 382, 2300 AJ Leiden
www.hsleiden.nl

Uitgever

Hogeschool Leiden

Vormgeving

UWMERK!WAARDIG, Rotterdam

Drukwerk

Quantas



Inhoud

•	Inleiding	9
•	1. Eigen Regie en Maatschappelijke Ontwikkelingen	13
•	2. Eigen regie	17
•	3. Eigen Regie en Vrijheid	21
•	4. Eigen Regie en Autonomie en Participatie	27
•	5. Onderzoekslijnen	43
•	6. Afronding	63
	Dankwoord	65
	Kenniskring Lectoraat ERFB	66
	Bibliografie	69

Inleiding

De op deze manier opgemaakte woorden zijn tijdens de rede zelf niet uitgesproken. Het betreft steeds een aanvulling op en/of onderbouwing van de redetekst.

Geacht College van Bestuur van Hogeschool Leiden, geachte Faculteitsdirecteur, geachte collega-lectoren, geachte opleidingsmanagers, geachte docenten en kenniskringleden, geachte studenten, geachte toehoorders van binnen en van buiten de hogeschool, beste familie en vrienden en beste John,

Het thema eigen regie, waar ik sinds 2010 bij TNO en vanaf 2016 bij het huidige lectoraat aan bijdraag, boeit me omdat het een heel onopvallende en alledaagse aangelegenheid is, onzichtbaar en toch cruciaal. Eigen regie is enorm waardevol en soms ook heel kwetsbaar. Bijvoorbeeld wanneer een patiënt in gesprek gaat met een fysiotherapeut.

Als die fysiotherapeut weet te doorgronden wat werkelijk van waarde is in het leven van deze patiënt en hem/haar leert omgaan met de tijdelijke of langdurige klachten, dan draagt dit veel bij aan iemands leven, aan iemands vrijheid. Bij fysiotherapie is dat vaak letterlijk bewegingsvrijheid. Tegelijkertijd moet een professional goed oppassen om de eigen regie niet te belemmeren of zelfs af te laten nemen door de manier waarop bijvoorbeeld keuzes worden voorgelegd of behandelingen worden uitgevoerd.

De komende drie kwartier vertel ik u graag hoe wij ons onderzoek naar eigen regie met ons lectoraat gaan voortzetten en waarom het bijvoorbeeld vaak zo moeilijk is om te achterhalen wat echt belangrijk is voor iemand. Want als ik u vraag: Waarom beweegt u niet méér, terwijl u toch weet dat dat belangrijk voor u is? Dan kunt u die vraag vast niet meteen beantwoorden. Ik niet in ieder geval.

Het lectoraat Eigen Regie bij Fysiotherapie en Bewegzorg onderzoekt al sinds 2012 de rol van eigen regie binnen de fysiotherapie en bewegzorg. Dit doen we door middel van praktijkgericht onderzoek en in co-creatie met partners uit de beroepspraktijk, onderzoek en onderwijs. We leveren daarmee relevante kennis en kennisproducten voor de beroepspraktijk en het onderwijs. Hiermee zijn we een kennisversneller - we maken beschikbare kennis toepasbaar -, en hiermee dragen we bij aan de maatschappelijke transities op het gebied van de gezondheidszorg (VH, 2021).

Ons lectoraat werkt volop mee aan lokale, regionale en landelijke ontwikkelingen in de gezondheidszorg gericht op innovaties in met name de eerstelijnszorg. We zijn onderdeel van een gezamenlijk kennis-ecosysteem met vele partners binnen en buiten Hogeschool Leiden, waarbij de beroepspraktijk sterk is vertegenwoordigd. Vaste partners uit de

beroepspraktijk zijn onder andere vele eerstelijns fysiotherapiepraktijken, het KNGF, het LUMC, Basalt Revalidatie en Kennemerhart. We zijn stevig verankerd in het bachelor- en masteronderwijs van de Opleiding tot Fysiotherapeut en het lectoraat maakt deel uit van het Kenniscentrum Vitaliteit en Eigen Regie (VEER) van de Faculteit Gezondheidszorg. Ook werken we interfacultair samen met meerdere opleidingen, lectoraten en het honoursprogramma. Daarnaast speelt de samenwerking met andere hogescholen een belangrijke rol. Binnen het netwerk Vitale Delta werken we bijvoorbeeld samen met De Haagse Hogeschool, Hogeschool InHolland en Hogeschool Rotterdam. Maar ook met Hanzehogeschool Groningen, Hogeschool Zuyd en de HAN werken wij op projectbasis regelmatig samen.

Mijn voorganger, lector John Verhoef, heeft een prachtig lectoraat neergezet met vele verbindingen zowel binnen het onderwijs, als in de regio en landelijk. John, dank voor alle expertise, zorg en energie die jij stak in het opbouwen van het lectoraat. Je hebt een prachtige basis gelegd. Het is voor mij een eer en genoegen om het stokje van je over te nemen. Samen met de docentonderzoekers en leden van de kenniskring zetten we het lectoraat voort, zodat het even actueel en verbonden blijft als het nu is.

We zijn in de luxe positie dat we kunnen voortbouwen op de expertise, onderzoekservaring en het netwerk dat we in ruim tien jaar hebben opgebouwd op het thema eigen regie. Verwacht van mij als nieuwe lector geen radicale koerswijzigingen. Het lectoraat behoudt de drie onderzoekslijnen. Daarbinnen worden wel nieuwe accenten gelegd en zal de focus meer nadrukkelijk worden gericht op: Wijkgericht werken, Technologie en Actie Onderzoek. Om u nu alvast wat houvast te geven wat betreft die accenten: het lectoraat richt zich op het onderzoeken en beschrijven van eigen regie en hoe mensen in een kwetsbare positie ondersteund kunnen worden bij het behouden of heroveren van hun vrijheid. De nadruk ligt daarbij op het perspectief van de patiënt¹ als expert van het eigen leven, op het betrekken van de brede context van de patiënt en op de vaardigheden die de fysiotherapeut nodig heeft om de patiënt te ondersteunen in zijn/haar eigen regie. Dit is een lastige opgave, want de patiënt is zich niet altijd bewust van zijn/haar expertise. De kennis waarnaar wij vragen is vaak lastig te verwoorden door de patiënt. Het onderzoeken van eigen regie is een complexe opgave, omdat het niet alleen om een interactie tussen patiënt en fysiotherapeut gaat, maar ook om de invloed van de fysieke en sociale context, zoals thuis en de wijk. Daarbij kan de fysiotherapeut het vaak niet alleen

en wordt samenwerken binnen zorg en welzijn steeds belangrijker. Omdat het binnen ons lectoraat vaak om complexe vraagstukken gaat, zetten wij (participatief)actieonderzoek in. Daarmee kunnen we veranderingen in de praktijk en in de wijk aanjagen, ondersteunen, en monitoren. Zo leren we met en van elkaar.

1 Er is gekozen om de term 'patiënt' te gebruiken omdat dit aansluit bij wat in de fysiotherapie gebruikelijk is. Ook geeft het uitdrukking aan het feit dat er sprake is van een hulpvraag in relatie tot gezondheid en ziekte. Voor discussie over de keuze tussen de termen 'patiënt' en 'cliënt' zie Hooff & Goossens, 2012.

Corine Balder,
*docent bij de faculteit Social
Work/profiel zorg en docent
bij het honours thema traject
Vitaliteit en Eigen regie,
Hogeschool Leiden*

Het honourstraject biedt studenten van alle faculteiten van Hogeschool Leiden ruimte voor verdieping naast hun eigen studie. Het lectoraat ERFB biedt inspiratie en focus aan het onderzoek van de studenten. Dat leidt vrijwel altijd tot mooie ontdekkingen en resultaten. Het samenwerken met een groep studenten van verschillende studies geeft meer en andere inzichten in het eigen onderzoek. Het zelf vorm en inhoud geven is vaak in het begin lastig, want onbekend, maar daar wordt uiteindelijk veel van geleerd. En dat is leuk!



Samenwerking tussen welzijn en zorg is hard nodig. Zowel om de cliënt goed te kunnen ondersteunen als om in de toekomst goede hulp te blijven bieden. Onze lectoraten werken samen aan een meer integrale aanpak van de behoefte en problemen van burgers. Bijvoorbeeld door in te zetten op het gedachtegoed van positieve gezondheid dat focust op wat iemand nog wel kan en hoe iemand een zo goed mogelijk leven kan leiden. En door bijvoorbeeld valpreventie integraal aan te pakken. Over en weer valt er nog heel wat van elkaar te leren en samen op zoek te gaan naar innovaties.

Suzan van der Pas,
*lector van Sociale Innovatie
en Ondernemerschap en
programmameider van de
Werkplaats Sociaal Domein
Den Haag & Leiden*



1. Eigen Regie en Maatschappelijke Ontwikkelingen

Alleen al vanwege de maatschappelijk ontwikkelingen en de onhoudbaarheid van de huidige manier van zorg aanbieden is het nodig de eigen regie van patiënten te ondersteunen. Essentieel hierbij is de sterk veranderende bevolkingsopbouw. Het aantal jongeren en mensen die werken neemt de komende jaren af. Tegelijkertijd neemt het aantal oudere mensen toe, want we leven langer. Ook zonder corona of andere pandemieën staan we voor de uitdaging de zorg zo te organiseren dat deze ook in de toekomst houdbaar en betaalbaar zal zijn. Ik wil dit graag aan u toelichten.

Meerdere rapporten beschrijven dat de huidige zorg onhoudbaar en onbetaalbaar aan het worden is. Demografische veranderingen (zie ook (NIDI en CBS, 2021)) zijn hierbij een belangrijke oorzaak. Steeds meer mensen worden in verhouding ouder en bereiken daarbij een steeds verder oplopende hoge leeftijd. Deze twee ontwikkelingen samen worden dubbele vergrijzing genoemd. Tegelijk worden er ook minder kinderen geboren. Hierdoor neemt het aantal mensen dat werkt af. Dit wordt ontgroening genoemd. Kortom, de bevolkingsopbouw was ooit een piramide, met zeer veel jonge mensen aan de basis van de piramide en in verhouding weinig oudere personen aan de top. Tegenwoordig lijkt de bevolkingsopbouw meer een paddenstoel. De verwachting is dat door de vergrijzing de vraag naar zorg en ondersteuning toeneemt, zowel kwantitatief (meer ouderen) als kwalitatief (complexere zorgvraag door multimorbiditeit). Het alternatief, meer gebruik maken van informele zorg en ondersteuning is geen oplossing, omdat ook de mantelzorgers ouder worden en minder in aantal zijn.

Het rapport 'Toekomstbeelden voor Gezondheid en Zorg in het Nederland van 2030' (Holland Health, 2021) schetst diverse scenario's om de zorg(kosten) beheersbaar te houden; het wil aanzetten tot gezamenlijke actie geformuleerd in de vorm van missies. De wijk wordt daarbij gezien als het niveau waarop de veranderingen in samenhang zichtbaar worden. Het is duidelijk dat, wat de oplossingen ook worden, er meer en anders samengewerkt gaat worden en dat die veranderingen heel concreet (ook) in de wijk zichtbaar en merkbaar zullen worden.

Voor gezondheid en zorg ligt de focus op: 1) het verminderen van de ziektelast als gevolg van een ongezonde leefstijl en ongezonde leefomgeving (missie 1); 2) het meer (of vaker) in de eigen leefomgeving (in plaats van in zorginstellingen) aanbieden van zorg, georganiseerd samen met het netwerk rond mensen (missie2), 3) meer mensen met een chronische ziekte of levenslange beperking doen naar wens en vermogen mee

Over Samenwerking

Gitte Kloek,
*lector Gezondheidsbevordering
in de zorg,
lectoraat Smart Health*



'BiBoZ is voor mij het andere gesprek over bewegen dat we zo hard nodig hebben als het gaat om het bevorderen van gezondheid'. Vanuit mijn functie bij De Haagse Hogeschool en Vitale Delta was ik vanaf de eerste gedachte betrokken bij het BiBoZ-project. Door samen te leren en te onderzoeken ontwikkelden we een product voor zorgprofessionals gericht op het ondersteunen van hun cliënten bij duurzaam gezond beweeggedrag. Vanuit mijn huidige functie zie ik mooie kansen om te blijven samenwerken met het lectoraat ERFB, bijvoorbeeld voor het vervolgproject van BiBoZ of in de verbinding naar wijkgerichte beweegzorg.

in de samenleving (missie 3) en 4) toename van de kwaliteit van leven van mensen met dementie. Aan de missies 1 tot en met 3 gaat het lectoraat bijdragen, voor missie 4 hebben we slechts heel beperkt expertise.

Ik zie het voor de fysiotherapie als een unieke kans om mee te denken over en mee te doen aan deze missies. Veel fysiotherapeuten werken al daar waar het gebeurt: in de wijk. En er moet veel gebeuren. Ik denk en verwacht dat de huidige kwaliteit van zorg niet gehandhaafd kan worden als er op korte termijn niets verandert. Ik hecht er wel waarde aan te benoemen dat de beheersbaarheid en de betaalbaarheid van de zorg niet het leidmotief van ons lectoraat zijn, dat zijn namelijk de individuele patiënt en professional. Daarmee zeg ik niet dat buiten het individu gelegen doelen zoals beheersbaarheid en betaalbaarheid niet belangrijk zijn. Ik zeg slechts dat onze focus ligt op de interne doelen van eigen regie en onze expertise het individu in de wijk betreffen en dat we langs deze weg met praktijkgericht onderzoek en als kennisversneller bijdragen aan het grotere geheel.

Omdat eigen regie zo'n centrale positie inneemt in ons onderzoekswerk, wil ik allereerst met u stilstaan bij de theoretische en filosofische achtergronden van het begrip eigen regie. Dat doe ik door te beschrijven hoe wij binnen het lectoraat eigen regie definiëren. Vervolgens koppel ik eigen regie aan het begrip vrijheid en daarna verken ik met u de beginselen van de begrippen autonomie en participatie. Deze, mogelijk wat abstracte, verdieping van de begrippen helpt ons lectoraat in het begrijpen en onderzoeken van zowel de waarde als de kwetsbaarheid van eigen regie in het dagelijks leven van mensen waarbij het bewegen tijdelijk of blijvend niet meer vanzelfsprekend is. Hopelijk helpt deze begripsverkenning u ook. Eigenlijk hoop ik dat het ons allemaal helpt, bijvoorbeeld doordat we in onze gesprekken met patiënten of collega's kunnen herkennen: Over welke soort vrijheid of eigen regie gaat het hier eigenlijk? Of: van welke invulling van de begrippen autonomie en participatie gebruikt mijn gesprekspartner? En vooral: is hier een spraakverwarring gaande of zitten we op een lijn?

Bij deze rede hoort een boekje, u krijgt het na afloop. In het boekje kunt u mijn betoog nog eens rustig nalezen. U vindt er ook de verdiepende teksten die ik omwille van de tijd niet uitspreek. Ook staan er bijna 40 bijdragen in van mensen waarmee we binnen en buiten het lectoraat samenwerken. Deze bijdragen illustreren hoe ons lectoraat, samen met patiënten, professionals, onderzoekers, studenten en docenten, kennis toepasbaar maakt in de praktijk en hoe divers ons kennisecosysteem is.

Door een holistische benadering van de patiënt, waarbij je de hulpvraag van de patiënt binnen zijn context serieus neemt, lukt het beter om samen met de patiënt te werken aan zijn herstel. Om innovaties in de zorg goed door te voeren is Zorg1 opgericht. De gedachte is dat je betaald wordt op basis van het aantonen van meerwaarde van je behandeltraject zoals beter functioneren, minder pijn en tevredenheid van de patiënt/cliënt. Hiervoor is een aparte financieringsvorm (bundled payment) gekozen die hier meer recht aan doet dan betaald worden per behandeling (fee for service).

Door mee te doen aan BiBoZ-PS hopen we een instrument in handen te krijgen waarmee het lukt patiënten duurzaam aan het bewegen te krijgen. Hierdoor kunnen wij eerder stoppen met behandelen en komen patiënten minder snel bij ons terug met klachten aan het beweegapparaat.

Ron Haanschoten,
*fysiotherapeut ADFYS
Montfoort en directeur van
Zorg1*



Rutger JIntema,
docentonderzoeker
Hogeschool Utrecht en
directeur-bestuurder
Innovatie Platform voor
Fysiotherapie (IPF)



Ik ben vanuit het IPF en als senior docent/onderzoeker Hogeschool Utrecht betrokken bij het lectoraat en de Master Wijkgerichte Beweging. Mijn missie is het bevorderen van innovatie door vakinhoudelijke en bedrijfsmatige uitgangspunten te verbinden. In mijn optiek is deze verbinding essentieel omdat innovaties qua vakinhoud, patiënttevredenheid en financiële uitkomsten positieve resultaten hoort op te leveren voor bijvoorbeeld een eerstelijns fysiotherapiepraktijk in een wijk. Het BiBoZ-PS project dat mede wordt gefinancierd met een midden- en kleinbedrijf (RAAK MKB) subsidie is hiervan een mooi voorbeeld.

Vanuit het LUMC werken we al langere tijd samen met het lectoraat ERFB en de Opleiding tot Fysiotherapeut op het gebied van onderzoek naar beweginginterventies en klinimetrie op het domein van de fysieke fitheidsparameters tijdens de ziekenhuisfase, variërend van de Intensive Care tot de klinische afdeling. Wij werken in het kader van projecten Praktijkgericht Onderzoek Fysiotherapie (POF) daarin graag samen met het lectoraat en de opleiding, waarbij studenten ondersteuning bieden bij het beantwoorden van basale onderzoeksvragen uit data en literatuur. Daarnaast zijn medewerkers van het lectoraat gewaardeerde kritische bijdragers aan ons driemaandelijke Onderzoeksoverleg Fysiotherapie. Voor de toekomst hoop ik vanuit het LUMC op een langdurige en nog meer structurele samenwerking in het kader van langer lopende studenten-onderzoeksprojecten. Op een fijne samenwerking!

Maarten Werkman,
fysiotherapeut, klinisch
inspanningsfysioloog
en onderzoeker, Dienst
Fysiotherapie, Leiden
Universitair Medisch Centrum



2. Eigen regie

Laat ik deze verkenning beginnen met de definitie van eigen regie. We hanteren binnen het lectoraat de definitie van lector Lineke Verkooijen: *'Het organiseren en/of coördineren van het eigen leven met als doel een goed leven in eigen ogen'* (Verkooijen, L, 2006). Eigen regie in relatie tot een ziekte of aandoening wordt ook wel zelfmanagement genoemd. Er is nog geen consensus over definitie van zelfmanagement (Udlis, 2011) (Staa van der, Maarten-Speksnijder ter, & Mies, 2018) (Barlow, 2002). Binnen het lectoraat kiezen we voor de overkoepelende term eigen regie omdat we van mening zijn dat het managen van (de gevolgen van) een ziekte niet los staat van de rest van het leven. Waarmee ik overigens niet wil zeggen dat het omgaan met (de gevolgen) van een ziekte geen extra of speciale uitdaging is.

Het onderwerp eigen regie is, ruim tien jaar na de start van het lectoraat, onverminderd belangrijk en actueel. Het lijkt zo vanzelfsprekend, eigen regie. We doen het allemaal, en we willen en kunnen het allemaal. Uit het feit dat u vandaag hier in de zaal zit blijkt uw eigen regie; aangenomen dat u hier uit vrije wil gekomen bent. De vanzelfsprekendheid van eigen regie houdt vaak op wanneer mensen voor kortere of langere tijd een beroep (moeten) doen op hulp of ondersteuning van anderen. De patiënt komt in een kwetsbare en afhankelijke positie terecht. En dan blijkt eigen regie opeens niet meer zo vanzelfsprekend. *"De keuze blijkt beperkt, ze zijn afhankelijk van wat er voor handen is of van wat de hulpverlener vindt dat er moet gebeuren"* (Movisie, 2017). De eigen regie van mensen staat dus onder druk op het moment dat iemand hulp of ondersteuning nodig heeft. Niet alleen omdat er een vraag is, maar ook door de manier waarop de hulpverlener of instantie reageert. De eigen regie wordt dan maar al te vaak, en meestal met goede bedoelingen, ingeperkt (Movisie, 2017).

Dat eigen regie onverminderd actueel is blijkt ook uit de landelijke campagne "Samen beslissen – Begin een goed gesprek"² die door patiëntenorganisaties en (para)medische organisaties gelanceerd is. Het doel van de campagne is *'een persoonlijk, begrijpelijk overleg, waarin de zorgverlener beter gaat luisteren en de patiënt of cliënt meer, duidelijker en gerichter vertelt over zijn of haar situatie en wensen'*. Samen beslissen over de gezondheid van de patiënt, in het Engels *'shared decision making'* (Stiggelbout, 2015). Ondanks dat professionals hierachter staan en in de praktijk willen brengen wordt het nog niet breed ingezet (Cochrane review, (Légaré F, 2018)). *"Sommige zorgverleners denken bijvoorbeeld dat het bespreken van keuzemogelijkheden te ingewikkeld is voor hun patiënten of cliënten. En patiënten bereiden zich nog te vaak niet goed voor op een gesprek. Dit alles kan ertoe leiden dat mensen zorg krijgen waar ze niet bewust voor hebben gekozen of zelfs helemaal niet achter staan."* (ZonMw, 2021).

2 (www.begineengedggesprek.nl/campagne, 2022).

Over Samenwerking

Kees van der Moolen,
*Ouderenraad Zorg en
Welzijn Zuid-Holland Noord*



Vanuit het ouderenberaad vertegenwoordigen wij individuele vitale en kwetsbare ouderen in de regio op het terrein van wonen, welzijn en zorg. Wij hebben eerder actief samengewerkt in het KNOP project van Hogeschool Leiden (Kennis Netwerk Ouderen en Preventie). Binnen KNOP hebben we bijvoorbeeld al in een vroeg stadium meegedacht in de aanvraag en hebben we de ouderen die meededen aan de co-creatiesessies getraind om goed voor zichzelf en de doelgroep op te komen. Ook binnen het BiBoZ-project werken we weer samen met de docentonderzoekers. In het eerste traject vanuit het consortium en nu vanuit de klankbordgroep.

Voor de professional blijkt het moeilijk om de patiënten goed bij het gesprek te betrekken. Voor patiënten kan het zeer lastig zijn om goed voorbereid te zijn. En dan moeten ze nog samen gaan beslissen. Waarom al die moeite doen? Dat heeft te maken met het doel van eigen regie. En met dat doel komen we aan bij **de kern van mijn rede:** het begrip vrijheid. Het ultieme doel van eigen regie is vrijheid. De vrijheid om te leven zoals iemand het zelf verkiest. Binnen het lectoraat onderzoeken we hoe de zorg en haar professionals mensen met een vraag over hun gezondheid kan ondersteunen in het behouden of heroveren van hun vrijheid. De vrijheid om te doen wat ze willen, op een manier die bij hun past, op het moment dat ze dat willen, met de mensen waarmee ze dat willen en nog veel meer. Een waarom-vraag – waarom eigen regie – kan op verschillende manieren opgevat worden, hier vat ik deze vraag op als een vraag naar het nut. Wat is het nut van eigen regie? Mijn antwoord daarop is: dat het vrijheid verschaft. De fysiotherapeut in mij denkt daarbij als eerste aan bewegingsvrijheid, maar vrijheid is nog veel meer.

Als hoogleraar ben ik lid van de kenniskring van het lectoraat ERFB. Op allerlei vlakken denk ik mee over de kwaliteit van het praktijkgerichte onderzoek. Zo begeleid ik een promovendus van het lectoraat, adviseer over onderzoek aanvragen, denk mee met onderzoek ideeën, geef feedback op de vraagstellingen voor het praktijkonderzoek van studenten en werk aan protocollen om het onderzoek meer te stroomlijnen. Bij dit alles probeer ik verbindingen te leggen tussen onderzoek en onderzoekers bij Hogeschool Leiden en in het LUMC. Kortom het is een mooie samenwerking, met heel diverse activiteiten, die heel nuttig en waardevol is.

Thea P.M. Vliet Vlieland,
*hoogleraar Doelmatigheid
van revalidatieprocessen,
afdeling Orthopaedie,
revalidatie en fysiotherapie,
LUMC*



James Claus,
*zorginkoper Paramedische
Zorg, Zorg en Zekerheid*

Vanuit Zorg en Zekerheid ben ik bij meerdere projecten van het 'lectoraat Eigen Regie bij Fysiotherapie en Bewegezorg' betrokken. Zorg en Zekerheid is een belangrijke zorgverzekeraar in de regio. Wij hebben innovatie en beweegzorg hoog op onze agenda staan. Omdat ik van achtergrond fysiotherapeut ben, is het extra leuk en effectief om mee te denken binnen projecten. Naast mijn ervaring binnen de fysiotherapie en de mogelijkheden omtrent vergoedingen, ben ik ook een belangrijke partner bij de netwerkvorming en kennisdisseminatie. Door samen te werken met een hogeschool lukt het ons om innovaties verder te krijgen.



3. Eigen Regie en Vrijheid

Filosofen buigen zich al duizenden jaren over de vraag wat vrijheid is, dus verwacht van mij geen definitief antwoord of een definitie van het begrip vrijheid. Wel wil ik hier het begrip met u verkennen: wat zou het kunnen betekenen, op welke manieren kunnen we vrijheid begrijpen. In het midden van de 20e eeuw voegde de filosoof Isaiah Berlin een belangrijk, en in het kader van mijn lectorale rede bruikbaar, onderscheid toe aan het denken over vrijheid. Berlin onderscheidde twee opvattingen van vrijheid: 'vrijheid van' en 'vrijheid tot', oftewel enerzijds vrijheid *van* externe beïnvloeding en anderzijds vrijheid *tot* het volgen van innerlijke drijfveren. In het eerste geval wordt vrijheid opgevat als het ontbreken van hindernissen en belemmeringen, zodat je kan doen wat je wilt, en in het tweede wordt vrijheid opgevat als het beschikken over mogelijkheden en vermogen om zelf iets te doen of te bereiken. Volgens de eerste opvatting is een wandelaar bijvoorbeeld vrij als hij of zij een kaart krijgt met daarop alle wegen waarop je mag en kan wandelen, zodat de wandelaar kan gaan en staan waar hij/zij maar wil. Als we het vertalen naar ondersteunen van eigen regie, dan zal dit zich richten op het wegnemen van belemmeringen. Volgens de tweede opvatting is een wandelaar meer vrij als op die kaart ook nog de voor wandelaars mooiste en afwisselendste route staat ingetekend, dan kan immers deze wandelaar de wandeling maken waarvan je aanneemt dat hij die wil maken. Ondersteunen van eigen regie zal zich hier richten op de vraag wat wilt u doen en vervolgens die hulp bieden die nodig is om dat te kunnen doen.

Berlin noemde de eerste opvatting van vrijheid 'negatief', want het gaat er daar om dat hindernissen en belemmeringen ont-breken, af-wezig zijn. De tweede opvatting noemde hij positief, want daar is de juiste route al aangegeven. Die termen 'negatief' en 'positief' duiden dus geen waardeoordeel aan. Verwarrend is wel dat Berlin enthousiaster ('positiever') is over negatieve vrijheid en bedenkingen heeft bij positieve vrijheid. De positieve opvatting van vrijheid leidt namelijk al snel tot paternalisme: de keuze is al voor jou gemaakt, om eigen bestwil. Berlin is bij positieve vrijheid beducht voor te grote staatsbemoeienis. Hij gaat ervan uit dat mensen zoveel mogelijk met rust willen worden gelaten en heeft weinig aandacht voor menselijke behoefte zich te ontplooien. Dit laatste wordt bij positieve vrijheid verondersteld.

Ik neem Berlins onderscheid wel over, maar niet zijn voorkeur. Het is een verhelderend onderscheid, beide opvattingen hebben voor- en nadelen. Terugkomend op het voorbeeld van de wandelaar: de wandeling van de wandelaar die helemaal vrij is om te gaan waar hij maar wil, krijgt onvermijdelijk letterlijk iets van willekeur: je kunt kiezen wat je maar wilt, terwijl het de vraag is of het ergens toe leidt. Vertaald naar eigen regie kan dit leiden tot

Hanneke Ritzema,
*docent Opleiding tot
Fysiotherapeut, Hogeschool
Leiden*



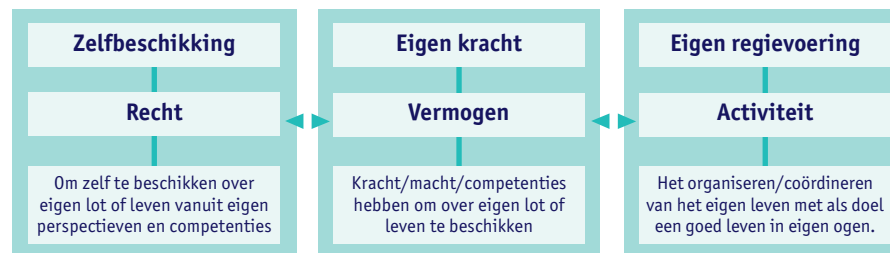
Goed voorbeeld doet volgen. Het perspectief van 'de ander' nadrukkelijk als startpunt nemen en hem ondersteunen om zijn doelen na te streven. Dat is waar zowel het onderwijs als het lectoraat zich in verdiept. In het onderwijs beginnen we bij de student zelf, bij het lectoraat is de cliënt 'de ander'. Onze gedeelde vraag en nieuwsgierigheid is: hoe kunnen (aankomend) fysiotherapeuten de kennis en behoeften van de cliënt beter benutten. Hoe krijgen we die wensen op tafel? En hoe integreren we het cliënt- en professioneel perspectief in de behandeling? Complexe vraagstukken waarin onderwijs en lectoraat elkaar versterken en er nog heel veel te leren en te doen valt.

Regie voeren over jezelf, dat klinkt heel vanzelfsprekend. Net zoals bewegen. Bewegen doen we immers continu en in veel verschillende vormen. De fysiotherapeut komt in actie als bewegen niet vanzelfsprekend is. Onderdeel van de behandeling is het ondersteunen van het zelfmanagement. Daarmee krijgt de cliënt zoveel mogelijk regie over keuzes omtrent gezondheid en specifiek het gezond bewegen. Met als ultiem doel dat de cliënt regie over het leven krijgt en ervaart. Het lectoraat ERFB levert met het praktijk en wijkgerichte onderzoek een belangrijke bijdrage aan kennis over zelfmanagement en draagt bij aan de richtlijn en daarmee aan de kwaliteit van de fysiotherapie.

Elon van Overmeeren,
*senior beleidsmedewerker,
Koninklijk Nederlands
Genootschap voor
Fysiotherapie*



'er staat je niets (meer) in de weg, dus zoek het nu zelf maar uit'. De tweede opvatting van vrijheid, 'vrijheid tot', neemt aan dat je een zelf gewenste en betekenisvolle wandeling wilt maken, in dit geval een afwisselende wandeling waarbij je een goede indruk krijgt van de omgeving. Een nadeel is dan wel dat de wandeling iets plichtmatigs krijgt doordat je route vast ligt en je moet opletten of je de route nog volgt. In deze opvatting van vrijheid of het bevorderen van eigen regie bestaat het gevaar dat de hulp bij zelfontplooiing zomaar een beschavingsoffensief kan worden, een paternalistisch 'wij helpen je de goede kant op'. Ook Vilans, een landelijke kennisorganisatie op het gebied van zorg en ondersteuning, waarschuwt hiervoor op haar website: eigen regie is een recht, geen plicht (zie ook (RIVM, 2014). Verkooijen (Verkooijen, 2010) laat mooi zien hoe eigen regie(voering) als actie samenhangt met de vermogens (eigen kracht) van mensen en dat deze gestoeld zijn op het recht van zelfbeschikking (Movisie, 2017) en (Movisie, 2013)) (Figuur 1).



Figuur 1: Zelfbeschikking, Eigen kracht en Eigen regievoering (Verkooijen 2010).

Vrijheid kan dus verschillend opgevat worden en al die opvattingen kennen voor- en nadelen. Belangrijk is ook te bedenken dat vrijheid een betwistbare term is, zoals filosoof Toby Buckle betoogde (Buckle, 2021). Er is voor een betwistbare term als vrijheid geen vaste betekenis, daarom moeten we volgens Buckle steeds opnieuw onderzoeken hoe mensen het woord vrijheid gebruiken, er invulling aan geven. Is vrijheid: 'niet beperkt worden' of 'niet overheerst worden'? Is het autonomie, is het democratie, is het vrijheid van meningsuiting, is het vrije markt, het recht van de sterkste? En ook: gaat het over de vrijheid van een individu of een groep of de maatschappij? Het begrip vrijheid daagt dus uit om steeds opnieuw te onderzoeken wat het betekent. Ik vat dit voorstel graag op als: wat betekent vrijheid (of eigen regie) voor deze patiënt in deze situatie - in de(z) context -?

In 2017 verscheen het rapport Zonder context geen bewijs (RVS, 2017). Daarin wordt gesteld dat "Het benutten van extern bewijs in de lokale situatie [...] onderdeel [dient]

Paul Mulder,
fysiotherapeut Visser
Fysiotherapie

Ik werk al meer dan acht jaar samen met het lectoraat ERFB. Eerst via het KNOP project waarbinnen we samen met ouderen, studenten en docentonderzoekers een effectief bewezen beweegprogramma voor ouderen hebben geïmplementeerd. Daarna met het BiBoZ-project. Nu zijn we intensief betrokken bij Com-In-Actie waarbinnen we samen met de doelgroep, experts, fysiotherapeuten en docentonderzoekers van drie hogescholen communicatiestrategieën (door-) ontwikkelen en uittesten om mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden beter te behandelen.

De samenwerking met het lectoraat ERFB geeft mij de mogelijkheid om mijn vak te zien door de ogen van studenten en onderzoekers wat soms vernieuwende en creatieve inzichten geeft. De verschillende vormen van samenwerking zoals co-creatie en de centrale rol van de patiënt in dit geheel geven mij de mogelijkheid om onze fysiotherapiepraktijk te verbeteren.



te zijn van een leerproces waarbij de invloed van context factoren op de uitkomsten van zorg expliciet wordt gemaakt.”. In het rapport wordt gepleit voor het op waarde weten te schatten en kunnen integreren van kennisbronnen, oog hebben voor de context en afwegingen kunnen maken. “Onzekerheid is hieraan inherent en moet niet ontkend maar juist omarmd worden.” (RVS, 2017). Waar het wat mij betreft om draait bij eigen regie en vrijheid, en bij de discussie over evidence en context, is het vinden van de juiste balans.

In de *praktijk* is Berlins onderscheid nuttig bij het luisteren naar de hulpvraag van de patiënt. Wil deze patiënt dat we belemmeringen wegnemen en wil deze verder met rust gelaten worden of gaat de vraag over ondersteuning bij zelfontplooiing? Voor het *onderzoek* is de vraag: Hoe kunnen we eigen regie onderzoeken en beschrijven, zodat de context en de waarden en behoeften van de patiënt tot hun recht komen. En bijvoorbeeld: Hoe kan de fysiotherapeut bijdragen aan de eigen regie, zonder dat we mensen aan hun lot over laten en zonder dat we ze bevoogden of betuttelen? In het *onderwijs* is eigen regie opgenomen als doorlopende leerlijn in de bachelor fysiotherapie, dus opbouwend van jaar 1 t/m jaar 4. Allereerst leert en ervaart de student eigen regie te voeren over zichzelf en zijn/haar studie, en daarna hoe patiënten hierin ondersteund kunnen worden in zorg en preventie. Daarmee ondersteunen we dus ook studenten in hun eigen ontplooiing en vrijheid. Het lectoraat Eigen Regie bij Fysiotherapie en Bewegzorg, als onderdeel van het Kenniscentrum VEER, ziet het ondersteunen van de eigen regie als bijdrage aan de individuele vrijheid en ontplooiing als hun opdracht. We willen hieraan, in samenhang, bijdragen middels praktijkgericht onderzoek. Hierbij houden we ook de maatschappelijk ontwikkelingen in het oog.

Tot zover de definitie van eigen regie en de koppeling met het begrip vrijheid. Ik beseft dat het best een taai stuk was, dus dank voor uw geduld en doorzettingsvermogen. Want nu kunnen we, gewapend met een bruikbare tweedeling voor vrijheid aan een volgend aan eigen regie gerelateerd onderwerp beginnen. Ik wil namelijk de begrippen autonomie en participatie met u verkennen.

Leonoor van Dam van Isselt,
*specialist ouderengeneeskunde
en senior onderzoeker, UNC-ZH,
LUMC*



Een goede eHealth toepassing informeert en motiveert patiënten zodat zij beter in staat zijn om regie te nemen over eigen gezondheid en ziekte. In ons meerjarig onderzoeksprogramma EAGER-2-SEE onderzoeken we op welke wijze we de eigen regie en het zelfmanagement van kwetsbare ouderen met chronische aandoeningen en/of blijvende beperkingen in de geriatrische revalidatiezorg kunnen ondersteunen en verbeteren met behulp van eHealth. Het lectoraat Eigen Regie bij Fysiotherapie en Bewegzorg levert daarbij zeer waardevolle expertise op het gebied van co-creatie, actieonderzoek en eHealth-scholing van professionals. Bovendien zullen studenten participeren in het onderzoek in de vorm van 4 POF projecten die elkaar zullen opvolgen.

4. Eigen Regie en Autonomie en Participatie

Het eerste deel van de definitie van eigen regie 'Het organiseren en/of coördineren van het eigen leven' verwijst naar autonomie. Auto-nomos betekent bij benadering 'zichzelf de wet stellen' of 'regerend op eigen gronden' (Rasch, 2022). Zelfbeschikkingsrecht dus. Om het recht op zelfbeschikking te kunnen benutten moet de persoon in staat zijn zelf hierover te beslissen (zie Figuur 1). Vrijheid wordt in dit deel van de definitie van eigen regie dus beschreven in termen als 'onafhankelijk van anderen' en 'naar eigen inzicht'.

Autonomie vraagt om zelfonderzoek, want om beslissingen te kunnen nemen moet je weten wat je belangrijk vindt, zelfkennis hebben (Rasch, 2022)(p65). Filosoof Miriam Rasch betoogt in haar dit jaar verschenen boek (Autonomie, een zelfhulpgids (2022)) dat dit voor lang niet iedereen gemakkelijk is. Je moet zelfkennis hebben, prioriteiten kunnen stellen en een besluit nemen. Vervolgens zul je dat besluit kenbaar moeten maken, moeten kunnen beargumenteren, zodat je wens of besluit voor anderen duidelijk is (vrij naar (Rasch, 2022)). In het dagelijks leven is dit al lastig, en het is nog lastiger als je een patiënt bent die tegenover een professional zit. In de campagne 'Samen beslissen' wordt hier misschien wat lichtvaardig overheen gestapt door te stellen dat patiënten zich vaak niet goed voorbereiden op een gesprek. Vaak wordt gedacht dat dit een gebrek aan tijd of motivatie is. Maar informatie begrijpen en (beargumenteerde) keuzes maken is voor veel mensen niet gemakkelijk; het vraagt nogal wat competenties en vaardigheden van patiënten. In relatie tot de zorg worden dit gezondheidsvaardigheden (in het Engels 'health literacy') (Nivel, 2022) genoemd. Maar liefst een kwart van de Nederlanders heeft beperkte gezondheidsvaardigheden (Nivel, 2022).

Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden maken minder gebruik van de zorg en hebben vaker slechtere gezondheidsuitkomsten, zoals een minder goede gezondheid, meer chronische aandoeningen en een grotere kans op vroegtijdig overlijden (Nivel, 2022). Bij een deel van deze mensen is er sprake van een probleem met zogenoemde functionele vaardigheden: zij kunnen niet goed lezen en schrijven. Maar er is ook een grote groep mensen die moeite heeft met het begrijpen van informatie doordat ze bijvoorbeeld niet abstract kunnen denken, de verkregen informatie niet kunnen ordenen, de hoofd- van bijzaken niet van elkaar kunnen scheiden, geen prioriteiten kunnen stellen of die de informatie niet kunnen toepassen op zichzelf. Dit zijn zo genoemde interactieve en kritische (gezondheids-)vaardigheden (Nutbeam, 2000).

U zult wel begrijpen dat het voor deze mensen extra moeilijk is om de eigen regie te pakken. In die gevallen vraagt het nogal wat van de professional om eigen regie goed te ondersteunen. Helemaal als er beperkte gezondheidsvaardigheden in het spel zijn.

Afgelopen jaren heb ik intensief en met veel plezier samengewerkt met collega's van Hogeschool Leiden binnen het BiBoZ-project. Deze samenwerking was waardevol en inspirerend.

Het heeft mij ook verder geholpen in het PROZA project: PeRsOonsgerichte Zelfmanagement-ondersteuning voor duurzaam gezond beweggedrag bij Artrose.

In het PROZA-project is samen met fysiotherapeuten en mensen met artrose toegewerkt naar handvatten om zelfmanagementvaardigheden rondom duurzaam oefenen en bewegen te bevorderen. Ook is een vragenlijst ontwikkeld waarmee fysiotherapeuten inzicht krijgen in wat ze kunnen en doen om zelfmanagement te ondersteunen. Ter ondersteuning en illustratie is daarnaast ook een onderwijsfilm gemaakt met beelden van een fysiotherapeutische behandeling.

Anita Feleus,
*hogeschooldocent/senior
onderzoeker Hogeschool
Rotterdam*



Arlette Hesselink,
senior onderzoek voor
lectoraat Eigen Regie bij
Fysiotherapie en Bewegzorg,
docent Opleiding tot
Fysiotherapeut en de Master
Fysiotherapie en Wijkgerichte
Bewegzorg aan Hogeschool
Leiden

Zes jaar geleden ben ik gestart als docentonderzoeker bij het lectoraat Eigen Regie bij Fysiotherapie en Bewegzorg. Samen met John Verhoef en andere collega's hebben we de verdieping en verbreding opgezocht bij eigen regie en bewegzorg. Onze kracht ligt bij kennis ophalen en delen en het samenwerken met het werkveld en burgers/patiënten. Samen zijn we gestaag gegroeid, waardoor we nu intensief samenwerken met docenten/docentonderzoekers en studenten van onze eigen hogeschool en die van andere hogescholen. Vitale Delta, het RAAK Publiek project BiBoZ, het RAAK MKB project BiBoZ-PS en het RAAK MKB project Com-In-Actie zijn daar mooie voorbeelden van. Ook worden we steeds beter in het uitvoeren van actieonderzoek waarmee we complexe vraagstukken zoals de implementatie van interventies of het aanjagen van interprofessioneel samenwerken te lijf gaan. Naast dat we onze opgedane kennis en expertise vertalen naar het bachelor- en masteronderwijs starten we een leergemeenschap met onze studenten van de Master Fysiotherapie en Wijkgerichte Bewegzorg.



Hoogleraar en lector Anne Goossensen (Goossensen, 2011) laat mooi zien dat ook subtiele aspecten als erkenning, compassie en liefde in zorgrelaties een rol spelen. Goossensen onderzoekt wat maakt dat mensen in een kwetsbare fase zich gezien en gehoord voelen. Bij het ondersteunen van eigen regie spelen deze subtiele aspecten ook een rol. Daarnaast vraagt het werken met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden dan ook specifieke vaardigheden en communicatiestrategieën van professionals. Want hoe herken je in de dagelijkse *praktijk* iemand met beperkte gezondheidsvaardigheden en hoe zorg je ervoor dat jullie elkaar goed begrijpen? Nog te vaak wordt er in de praktijk onvoldoende aandacht besteed aan deze groep (Murugesu, Heijmans, & Rademakers, 2022) (Nivel, 2018). We doen dan ook samen met de Hanze Hogeschool, Hogeschool Utrecht en het werkveld *onderzoek* naar de ondersteuning die professionals kunnen bieden bij mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden en naar manieren om de lastig toegankelijke kennis op tafel te krijgen. Het door RAAK SIA gesubsidieerde project heet Com-In-Actie.

Autonomie kan niet zonder participatie, want je zelf genomen besluit zul je kenbaar moeten maken aan de buitenwereld. In de zorg zal de patiënt zijn/haar besluit kenbaar moet maken aan de professional. Dat kan ook het besluit zijn om juist niet autonoom te willen zijn en de beslissing over te dragen aan een ander. Kortom autonomie impliceert participatie, het deel hebben of deelnemen aan een groter geheel. Autonomie betreft het individu en participatie (de deelname aan) de groep (Rasch, 2022). Autonoom ben je dus in de relatie tot anderen. Anders ben je niet autonoom maar alleen. Eigen regie kan dus opgevat worden als de persoonlijke keuze om, op een bepaalde manier, te participeren in de groep en deel te nemen aan de samenleving. En die bepaalde manier is 'goed in eigen ogen'.

Nu ik uiteengezet heb dat begrippen autonomie en participatie slechts een schijnbare tegenstelling zijn wil ik met u wat dieper ingaan op participatie. Het tweede deel van de definitie van eigen regie, 'met als doel een goed leven in eigen ogen', verwijst namelijk naar participatie en zingeving. Het woord participatie is samengesteld uit de Latijnse woorden *pars* (deel) en *cipere* (nemen); deelnemen dus. Het gaat dus over de manier waarop en de mate waarin iemand wil deelnemen aan het leven zodat het goed of waardevol is in eigen ogen.

Zowel autonomie als participatie liggen dus besloten in de definitie van eigen regie. Kim Putters, tot voor kort de directeur van het Sociaal Cultureel Planbureau, vraagt zich in het rapport getiteld 'De menselijke staat' af 'Hoe geven we iedereen de kans om zinvol

Dennis Boer,
geriatriefysiotherapeut bij
stichting Kennemerhart
(Haarlem) en promovendus
bij Universiteit Leiden/LUMC



Elk jaar voeren studenten van de Opleiding tot Fysiotherapeut van Hogeschool Leiden praktijkgericht onderzoek uit bij Kennemerhart, met als doel de fysiotherapeutische behandeling te verbeteren. Er is nog weinig bekend over de fysiotherapeutische behandeling van verpleeghuisbewoners met dementie. In het kader van het belang van eigen regie, hebben we in 2021 een interviewstudie uitgevoerd onder de mantelzorgers van verpleeghuisbewoners met dementie. Met de resultaten uit de studie kunnen we de fysiotherapeutische behandeling nog beter laten aansluiten op de wensen van de mantelzorgers en de bewoner. De studie is mede dankzij de studenten in een mooi internationaal wetenschappelijk tijdschrift gepubliceerd.

*en volwaardig mee te doen?’ (Putters, K, 2022) en vraagt zich in zijn afscheidslezing in mei 2022 af ‘Hoe zorgen we ervoor dat ook mensen in kwetsbare posities mee kunnen doen?’ (Putters, 2022). Zijn antwoord op die vragen is: ‘Zinvol en volwaardig meedoen gaat dan over verschillende dingen, van werk tot zorg en kunstbeoefening of sport en je vrienden nog ontmoeten, maar veelal ook over het combineren van al deze activiteiten.’ (Putters, K, 2022) en ‘Als mensen gezondheidsproblemen of schulden hebben, of als er sprake is van onbenut talent vanwege ongelijke kansen in school of werk, dan spreken we van vormen van kwetsbaarheid. Deze kwetsbaarheid kan tijdens de levensloop ontstaan of toenemen, [...]. Maar de kwetsbaarheid kan ook tijdelijk zijn en mensen kunnen tegelijk ook veerkracht tonen in andere activiteiten of met andere talenten.’ Mij vallen twee dingen op aan zijn betoog. Ten eerste: kwetsbaarheid is geen ‘persoonskenmerk’, want het is afhankelijk van de combinatie van persoon en de context, en zelfs van het moment in iemands leven. Als het iemand even niet lukt om eigen regie te voeren is het dus mooi om te spreken van een *kwetsbare positie*, zoals ook lector Sander Hilberdink (Hilberdink, 2022) voorstelt. Het tweede dat opvalt is het belang van oog hebben voor het geheel, voor het individu binnen zijn/haar context.*

Zo’n brede kijk op de mens binnen zijn/haar context is terug te vinden in het concept *positieve gezondheid* (Hubert, Green, Horst van der, & al., 2011). Hierin is gezondheid gedefinieerd als *‘het vermogen zich aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen’* (Hubert, Green, Horst van der, & al., 2011). Daarmee krijgt ziekte een minder centrale rol, namelijk een van de uitdagingen in iemands leven. Dit sluit aan bij een verschuiving die al enkele decennia gaande is, namelijk een verschuiving van de focus op ziekte en zorg naar de focus op gedrag en gezondheid (RVS, 2010). Deze nieuwe visie op gezondheid is gericht op het functioneren, de veerkracht en eigen regie van burgers (ZiNL, 2016) en nodigt uit tot integratie van zorg en welzijn, ondersteund met technologische ontwikkelingen (ZiNL, 2016). In het rapport Anders kijken, anders leren, anders doen is dit uitgewerkt voor het leren en opleiden van (toekomstige) professionals (ZiNL, 2016).

Het concept positieve gezondheid is uitgewerkt in zes dimensies, namelijk: fysiek functioneren, mentaal functioneren, sociaal maatschappelijk functioneren, zingeving, kwaliteit van leven en dagelijks leven (Dierx, de Bot, Steuns, & Mares, 2022) (p26). Deze zijn meetbaar en zichtbaar gemaakt in een spinnenweb (Figuur 2) waarin de patiënt de persoonlijk ervaren gezondheid zichtbaar kan maken (Hubert, Green, Horst van der, & al., 2011) (Dierx, de Bot, Steuns, & Mares, 2022). Het spinnenweb kan gebruikt worden

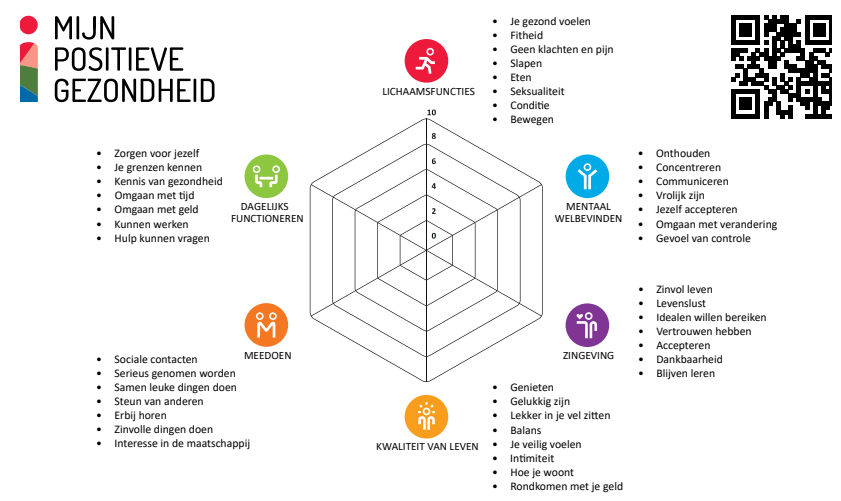
Over Vrijheid, Autonomie en Participatie

Hannah de Boer,
docentonderzoeker
Kenniscentrum Zorginnovatie
en opleiding fysiotherapie,
Hogeschool Rotterdam



Vanuit Hogeschool Rotterdam heb ik samen met Hogeschool Leiden en De Haagse Hogeschool het project Blijf in Beweging Ondersteuning Zorgprofessionals (BiBoZ) uitgevoerd. We hebben samen veel geleerd over de meerwaarde van de onderzoeksmethode storytelling, een methode waarmee je door het ophalen van verhalen meer te weten komt over de achterliggende redenen en gevoelens van mensen. Deze informatie haal je met een gewoon interview niet op. Het is een zeer vernieuwende methodologie die echt vernieuwende inzichten oplevert over waarom mensen (niet) in beweging blijven. We hebben daar samen een artikel over gepubliceerd.

als communicatief hulpmiddel voor professionals om, over de grenzen van het eigen vak en samen met de patiënt, de gehele mens binnen zijn context te beschouwen. Ik zie het spinnenweb ook als een voertuig om professionals uit zorg en welzijn samen te brengen rond de vraag: Wat vindt deze patiënt zinnig, zingevend, waardevol? En zo te onderzoeken en verkennen waarover deze professionals het al eens zijn, en waarover ze verschillen. Overigens is er ook flinke kritiek op het concept positieve gezondheid en de uitwerking in dimensies. Die kritiek luidt onder anderen dat de definitie niet zo nieuw is als Hubert claimt, dat de dimensies tot een reductie leiden terwijl het concept gezondheid als een complex en dynamisch begrip beschrijft, en dat de focus alleen op het individu gericht is, terwijl gezondheid ook op gezins-, wijk-, regio-, en landelijk niveau beïnvloed kan worden (zie ook (Staa van der, Cardol, & Dam van, 2017) en (Valentein, accessed 2022).



© Institute for Positive Health (IPH) | iph.nl | Gesprekinstrument 2.0 Aan de slag met je Positieve Gezondheid? Vul de vragenlijst in op mijnpositievegezondheid.nl

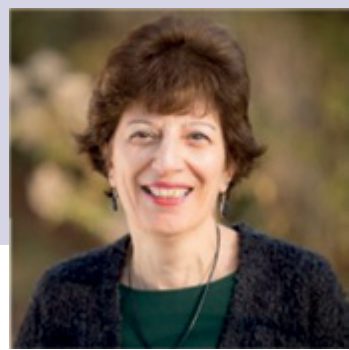
Figuur 2: Spinnenweb positieve gezondheid³

Het concept positieve gezondheid bouwt voort op de International Classification of Functioning, Disability and Health (afgekort als ICF) (WHO, 2002). Een classificatie die in vrijwel elke (para)medische opleiding gebruikt wordt (Figuur 3). Ondanks de algemene acceptatie van de ICF is er ook kritiek. Sommigen vinden dat de ziekte te centraal staat en dat het model misschien moet worden 'omgeklapt' zodat de persoonlijke en context factoren bovenaan staan (Figuur 4) en de beoogde focus van de ICF, het functioneren, meer naar voren komt (Heerkens, et al., 2017) (Borg, 2018).

3 Bron: <https://www.iph.nl/kennisbank/wat-is-positieve-gezondheid/>

Het associate lectorschap eHealth binnen het lectoraat Medische Technologie richt zich op 1) de inzet van persuasieve eHealth innovaties in de praktijk en Living labs ter ondersteuning van gedragsverandering en eigen regie van de client en 2) de professionalisering van (toekomstige) zorg- en welzijnmedewerkers om eHealth te gebruiken in hun werkproces. In ons lectoraat werken we al lange tijd samen met het lectoraat ERFB. Zo onderzoeken we samen door user-centered design en co-creatie de behoefte aan eHealth in de thuisituatie bij ouderen die thuis herstellen. Bij eerstelijns professionals kijken we naar de interprofessionele samenwerking ronde thuisrevalidatie ondersteund door eHealth.

Laurence Alpay,
associate lector
onderzoekslijn eHealth,
Lectoraat Medische
Technologie,
Hogeschool Inholland



Over Vrijheid, Autonomie en Participatie

Linda Eijckelhof,
docentonderzoeker lectoraat
ERFB, Hogeschool Leiden



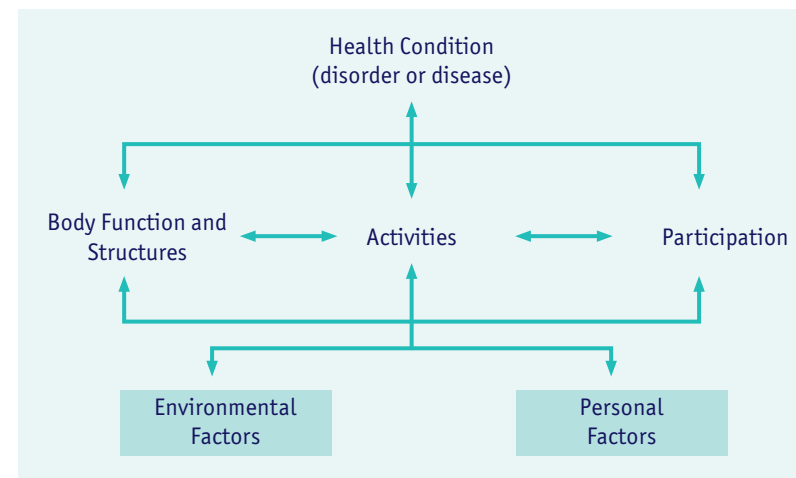
De afgelopen twee jaar heb ik in het lectoraat als postdoc gewerkt aan het thema 'Weten is nog geen doen'. Een relevant thema in de paramedische zorg en preventie. Niet iedereen is in staat om kennis over gezondheid te verwerven en, de woorden zeggen het al, mensen die wel weten wat goed voor hen is, zijn niet altijd in staat dit om te zetten in actie. In praktijkonderzoek met studenten hebben we geprobeerd meer grip te krijgen op dit zogenoemde 'doenvermogen', onder andere door het uitproberen van een methodiek om dit in kaart te brengen. Dit heeft ons interessante inzichten opgeleverd.

Binnen het project Com-In-Actie hebben we communicatiemiddelen ontworpen die fysiotherapeuten kunnen helpen om op één lijn te komen met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Deze middelen waren hard nodig want ondanks de grote negatieve gevolgen van miscommunicatie is het best lastig het gesprek aan te passen. Vanuit de Hanzehogeschool ben ik de projectleider en we voeren het project samen met Hogeschool Leiden, Hogeschool Utrecht, Stenden Hogeschool, fysiotherapeuten, patiënten en verschillende stakeholders uit. Eerder hebben we het KNOP onderzoek samen met Hogeschool Leiden uitgevoerd. Het is heerlijk samenwerken met het lectoraat als betrouwbare partner.

Sandra Jorna-Lakke,
projectleider Com-In-Actie,
onderzoeker lectoraat
Healthy Ageing, Allied
Health Care and Nursing,
Hanzehogeschool Groningen.



Tot nu toe heb ik participatie met u besproken als 'iemand's persoonlijke wens en behoefte' en heb ik betoogd dat deze 'in de eigen context' bekeken kan worden. Meetinstrumenten voor participatie, veelal gebaseerd op de ICF, gebruiken vaak een groep als ijkpunt om de persoonlijke participatie aan af te meten, namelijk de mate waarin een individu afwijkt van het gemiddelde in de gezonde populatie of patiëntenpopulatie. De Nederlandse vertaling van de ICF beschrijft dat participatie gedefinieerd kan worden als 'het verschil tussen de geobserveerde en de verwachte uitvoering.' (WHO, 2002). Hierbij wordt het verwachte uitvoeringsniveau gebruikt als de populatienorm, te weten de ervaringen/bekwaamheden van personen zonder het specifieke gezondheidsprobleem (WHO, 2002). Het is dus belangrijk om helder te onderscheiden wat het ankerpunt voor participatie is: de individuele behoefte van de patiënt of het gemiddelde van de (gezonde) populatie. In de *praktijk* vraagt het bepaalde vaardigheden van professionals om te achterhalen welke (vorm van) participatie voor deze patiënt betekenisvol is, tot vrijheid leidt. Belangrijk daarbij zijn bijvoorbeeld oprecht nieuwsgierig zijn, goed luisteren en geen vooronderstellingen hebben. Ook de samenwerkingsvaardigheden van fysiotherapeuten worden steeds belangrijker. Door een brede blik en de maatschappelijke ontwikkelingen zullen professionals uit zorg en welzijn steeds meer samenwerken in de wijk. Het lectoraat legt in haar *onderzoek* de focus op het individu en diens persoonlijke behoefte en onderzoekt hierbij de rol van de directe fysieke en sociale omgeving, thuis en in de wijk. En onderzoekt welke vaardigheden de fysiotherapeut daarvoor nodig heeft. Voor deze meer generieke vaardigheden zoals samenwerking is nu al volop aandacht in het bachelor- en master *onderwijs* bij de opleiding fysiotherapie.

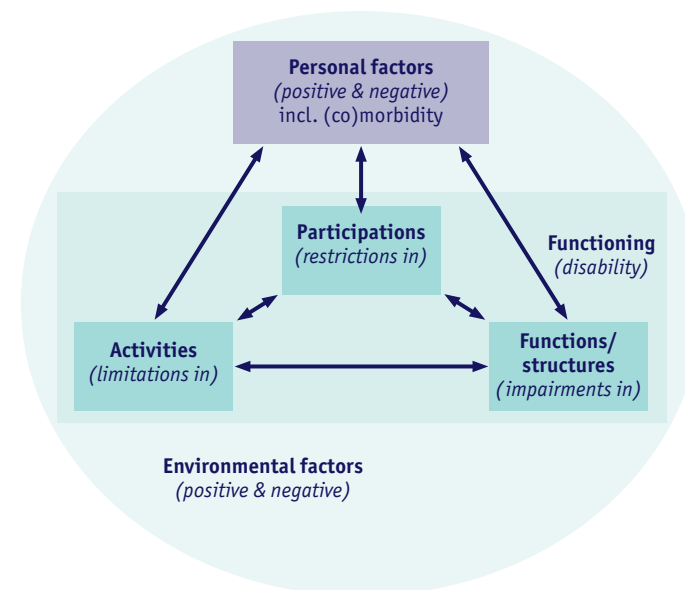


Figuur 3: Schematische weergave van de ICF (WHO, 2002).

Over Vrijheid, Autonomie en Participatie

Isa Warmerdam,
Sophie Montfoort,
Rebecca van Leeuwen en
Vivianne Kempers,
bachelorstudenten
Opleiding tot Fysiotherapeut,
Hogeschool Leiden

In het eerste semester van studiejaar 2021-2022 hebben we tijdens ons praktijkgericht onderzoek fysiotherapie (POF) een opdracht voor het lectoraat Eigen Regie bij Fysiotherapie en Bewegzorg een onderzoek uitgevoerd. We hebben beweegprofielen die in het kader van het BiBoZ project zijn ontwikkeld uitgebreid naar een beweegprofiel voor de revalidatie. Een beweegprofiel is een beschrijving van een fictief persoon die de patiënt ter voorbereiding op een consult kan lezen. Het verhaal helpt bij het voeren van een ander gesprek waarbij er samen met de patiënt naar zijn/haar brede context wordt gekeken. De POF was voor ons heel leerzaam. We weten nu meer over onderzoek doen, over het stimuleren van beweggedrag en over samenwerken. We zijn beloond met een mooi cijfer en de Hogeschool Leiden scriptieprijs.



Figuur 4: Een alternatieve schematische weergave van de ICF (Heerkens, et al., 2017).

Ik begon mijn verkenning van de begrippen autonomie en participatie met het inzicht dat autonomie participatie impliceert. Participatie komt uit de definitie van eigen regie naar voren als een persoonlijk perspectief. Het gaat dus over de manier waarop en de mate waarin iemand wil deelnemen aan het leven zodat het goed en waardevol is in eigen ogen. Een andere kijk op participatie is die vanuit de groep. Dan gaat het dus over de mate waarin iemand afwijkt van het gemiddelde van een (gezonde) populatie. Een belangrijk onderscheid dat nodig is voor een helder gesprek over participatie.

Maar daarmee heb ik het begrip participatie nog niet helemaal ontward. Ik bespreek daarom nu een andere, derde, invulling van het begrip participatie, namelijk participatie als middel.

Participatie als middel wordt omschreven als: "Participatie is een proces waarbij individuen, groepen en organisaties invloed uitoefenen op en controle delen over collectieve vraagstukken, beslissingen of diensten die hen aangaan" (Visser, Popering-Verkerk van, & Buuren van, 2019). Om belangrijke onderwerpen mede-vorm te geven wordt dus de kans geboden om deel te nemen, invloed te hebben en mee te beslissen. Deze vorm van participatie is ook politiek omarmd of, preciezer gezegd, is politiek van oorsprong,

Aleid de Rooij,
senior onderzoeker,
Basalt revalidatie

In ons onderzoeksproject “Basalt in Beweging” werken we nauw samen met het lectoraat ERFB. Zowel op het gebied van kwalitatief onderzoek als het toepassen van gedragsveranderingsmodellen, om de gezondheid van mensen met een complexe fysieke beperking duurzaam te verbeteren. Zo onderzoeken we het beweeggedrag en de beweegredenen van mensen met een beenamputatie of CVA, om met behulp van het Behaviour Change Wheel (BCW) inzicht te krijgen in het huidige (beweeg) gedrag. Met als doel om in de toekomst hiervoor gerichte interventies te kunnen ontwikkelen. Kennisdelen en -ontwikkelen gaat heel vanzelfsprekend tussen Basalt en het lectoraat EFBR.



Als ik kijk naar ‘gezamenlijke besluitvorming’ tussen burgers en medische professionals dan blijkt uit mijn scoping review dat de behoeften van burgers en de voorstellen en adviezen van professionals nog vaak uit elkaar liggen. Ook blijkt dat de besluitvorming vooral gericht is op de ‘medische omgeving’ en daar ook plaatsvindt. Ik denk dat deze processen veel meer moeten plaatsvinden in de context van de persoon om wie het gaat. Ik zou graag onderzoeken hoe de invloed van de context van de persoon een grotere plaats kan krijgen in de besluitvorming. En ik ben benieuwd welke invloed dat dan heeft op de daadwerkelijke beslissing. Interessante vragen die ik wil gaan beantwoorden in verder onderzoek, in samenwerking met het lectoraat ERFB.

Jelmer Jager,
docent Opleiding tot
Fysiotherapeut en PhD
student, Hogeschool Leiden



namelijk participatie met als doel de uitoefening van je democratische rechten, om kwalitatief betere of lokaal beter passende besluiten of diensten te krijgen of participatie louter om te voldoen aan de wettelijke eis van inspraak (vrij naar (Visser, Popering-Verkerk van, & Buuren van, 2019)). Participeren kent hier verschillende niveaus:

1. ten eerste kunnen burgers meedenken en meebeslissen (meebeslissen, coproduceren),
2. ten tweede burgers hebben invloed door mee te denken, zonder dat ze mogen meebeslissen (adviseren, raadplegen, informeren) en
3. ten derde is er schijnparticipatie waarin burgers wel aanwezig zijn maar niet gehoord worden (afkopen, decoratie, manipulatie). Dit is mooi weergegeven in de participatieladder (Figuur 5).

De participatieladder is binnen het lectoraat een waardevol kader dat gebruikt kan worden om te kijken naar de zorg, om in te zetten in het onderwijs en om mee te nemen als leidraad in het (actie) onderzoek. De vraag die we daarbij stellen is: hoe kunnen we de participatie van patiënten in zorg en onderzoek vergroten zodat patiënten (meer) (eigen) regie hebben?

Dat is geen eenvoudige vraag, want het is niet altijd zo dat ‘beslissen’, als hoogste trede op de ladder, de beste vorm van participatie is. Afhankelijk van de vraag die voorligt, van de wensen van de patiënt en van de context kan namelijk elk niveau van participatie zinvol zijn (Areljung, Leden, & Wiblom, 2021). Bijvoorbeeld door nu op de hoogte te blijven (informeren) kan iemand straks goed advies geven.

De redenering van Buckle over vrijheid als betwistbare term waarvan onderzocht moet worden hoe mensen de term zelf gebruiken, lijkt me ook bij (autonomie en) participatie op zijn plaats. Dit vraagt van ons als fysiotherapeuten en onderzoekers goed te luisteren en ons te informeren over wat de patiënt daadwerkelijk betekenisvol vindt om na te streven. In de *praktijk* kan de participatieladder behulpzaam zijn om te kijken naar de rol die de patiënt inneemt in het zorgproces. Zit hij/zij er min of meer voor de sier bij of denkt en beslist deze daadwerkelijk mee over bijvoorbeeld de behandeling. In ons *onderzoek* naar eigen regie is het perspectief van de patiënt belangrijk, aangezien alleen de patiënt een min of meer compleet beeld van de wensen en behoeften binnen zijn/haar context heeft. Dit maakt dat verkennen en beschrijven belangrijke aspecten van ons onderzoek zijn. Centrale vragen in ons onderzoek naar eigen regie zijn: Wat is het perspectief van de patiënt op dit vraagstuk? Hoe kan rekening gehouden worden met de vaardigheden en

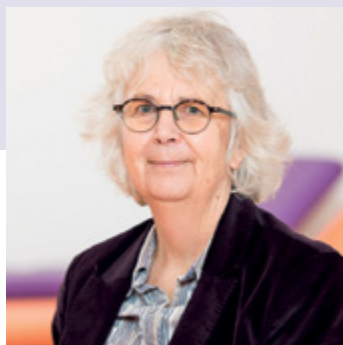
Leontien van Wely,
opleidingsmanager
Opleiding tot Fysiotherapeut,
Hogeschool Leiden



Onderwijs en onderzoek zijn bij onze opleiding heel mooi met elkaar verweven. Dat zie je aan docenten die onderzoek doen en studenten in alle jaren begeleiden bij onderzoek, aan de lector die lid is van de curriculumcommissie, en aan gedeelde thema's zoals eigen regie en zorgtechnologie. Eigen regie van studenten en patiënten is in ons recent herziene bachelor curriculum als uitgangspunt genomen voor het ontwerp. Studenten leren de vaardigheden om regie op het leerproces te voeren, net zoals zij de patiënt leren regie te voeren. Hiervoor gebruiken we de kennis die vrijkomt via het lectoraat. En we werken samen aan de vraag welke kennis en vaardigheden (aankomend) fysiotherapeuten van technologie hebben en zouden moeten hebben om toekomstbestendig te zijn.

Naast de POF projectopdrachten die door het praktijkveld fysiotherapie worden aangeboden, biedt het lectoraat ERFB elk half jaar drie tot zes praktijkopdrachten voor het studentenonderzoek. Het lectoraat brengt ons in contact met nieuwe potentiële opdrachtgevers uit de praktijk. Voordat de onderzoekopdrachten voor de studenten definitief worden, beoordelen leden van het lectoraat de voorstellen. Ze geven feedback, vooral over de onderzoeksvragen en de methode. Dit helpt ons enorm om de kwaliteit van de uitvoering van de opdrachten te vergroten en bij een vliegende start van de POF als leerfase voor een groep van vier, derde- en/of vierdejaars, bachelorstudenten van de Opleiding tot Fysiotherapeut.

Jeannette Boiten,
docent en verantwoordelijk
voor de acquisitie van de
projectopdrachten voor het
Praktijkgericht Onderzoek
Fysiotherapie (POF) in het
derde en vierde jaar van de
Opleiding tot Fysiotherapeut
aan Hogeschool Leiden.



de context van de patiënt? Op welke wijze en op welk niveau participeren patiënten nu, waarin, en wat vinden zij zinvol en wenselijk zijn? En natuurlijk: Hoe kunnen professionals hiermee omgaan in hun praktijk. In het *onderwijs* is de opbouw van lessen en leerjaren zo vorm gegeven dat studenten steeds meer vrijheid, eigen regie en autonomie krijgen. Eenvoudige casuïstieken worden langzamerhand complexer, de sturing van docenten neemt af en de keuzevrijheid van studenten neemt toe. Studenten komen daarmee steeds hoger op de participatieladder.



Figuur 5: Participatieladder (naar Robert Hart)⁴.

4 Bron: <https://www.njr.nl/nl/verhalen/participatievormen-ladder/>

Marinka de Ronde,
*programmaleider en docent
bij de Master Fysiotherapie
en Wijkgerichte Beweegzorg,
Hogeschool Leiden*



Samenwerken met de patiënt en andere zorgprofessionals is waar ik voor sta, tijdens mijn werk als fysiotherapeut, docent en onderwijsontwikkelaar. Om de kwaliteit van onze masteropleiding hoog te houden is de verbinding met het lectoraat onontbeerlijk. We maken en verzorgen samen onderwijs op basis van up-to-date kennis en ervaringen vanuit praktijk en onderzoek. Het lectoraat levert input voor de master en de masterstudenten leveren input voor het lectoraat: een waardevolle samenwerking.

De nauwe samenwerking tussen onderwijs en het onderzoek van het lectoraat zie je goed terug in ons nieuwe curriculum, het BA 3.0 programma. Eigen regie is één van de centrale lijnen in ons onderwijs. Dit doen we in het onderwijsprogramma op twee gebieden. Eigen regie van de student met betrekking tot de ontwikkeling tot fysiotherapeut en het leerproces en als tweede het leren geven van zelfmanagementondersteuning aan de patiënt om daarmee eigen regie te bevorderen. Naast programmaleider ben ik ook voorzitter van de curriculumcommissie. Ook binnen de curriculumcommissie werken we nauw samen met het lectoraat ERFB.

Volcmar Visser,
*programmaleider Opleiding
tot Fysiotherapeut,
Hogeschool Leiden*



5. Onderzoekslijnen

Ik heb u het brede perspectief geschetst van waaruit ons lectoraat nadenkt over de begrippen eigen regie, vrijheid, autonomie en participatie. Met ons onderzoek willen we blijven bijdragen aan de vrijheid en ontplooiing van individuen. Denk daarbij aan burgers, patiënten, mantelzorgers, zorg- en welzijnsprofessionals, docenten en studenten. We willen een rol spelen in en bijdragen aan de zo noodzakelijke missies die gezondheid en zorg verbeteren. Ons onderzoek hiernaar doen we in co-creatie in de driehoek beroepspraktijk, onderzoek en onderwijs. We maken in ons onderzoek telkens de overweging wie we op welk niveau kunnen en willen laten participeren om zo optimaal gebruik te maken van ieders expertise. Dit kan variëren van meedenken met een eerste idee tot het formuleren van onderzoeksuitkomsten en het adviseren over (landelijke) implementatie. Ik heb er bewust voor gekozen om het theoretisch kader uitgebreid met u te bespreken, dit is immers ons vertrekpunt voor het komen tot vernieuwend toekomstig onderzoek.

Graag wil ik u nu meenemen in mijn ideeën over het aanscherpen van onze onderzoekslijnen en zal mij hierbij beperken tot de kern. Verdere verdieping en de belangrijkste modellen die we hanteren vindt u terug in het boekje dat u straks krijgt.

Wijkgericht werken

De onderzoeklijn Wijkgericht werken is een voortzetting van de huidige lijn 'beweegzorg' en benadrukt het belang dat wij hechten aan het toepasbaar maken van kennis over en in de context. De wijk zien we daarbij als de context die steeds belangrijker wordt voor de patiënt en voor de fysiotherapeut. Dat mogelijkheden voor handen zijn betekent niet dat ze ook gezien of gebruikt worden. Daarom onderzoeken we praktijkvragen waarbij we de wijk benaderen als 'hardware' (de fysieke omgeving), als 'software' (sociale omgeving) en 'orgware' (samenwerking en organisatie). Bij 'hardware' zijn de centrale vragen: wat is de invloed van de fysieke omgeving op de eigen regie en vrijheid van de patiënt en hoe kunnen we de fysieke omgeving inzetten om de eigen regie en vrijheid van patiënten te bevorderen? En hoe kan de fysiotherapeut deze inzetten? Bij software stellen we gelijksoortige vragen, maar dan aangaande de sociale context van de patiënt. En bij 'orgware' richten we ons op de samenwerking en organisatie die nodig is om veranderingen te laten werken; om zowel de patiënt als de fysiotherapeut in hun kracht te zetten. Onze onderzoeksvragen gaan over de samenwerking tussen patiënt en fysiotherapeut, over interprofessionele samenwerking en over integrale samenwerking in zorg en welzijn. Uiteraard in de wijk en in het kader van de eigen regie en vrijheid

Tobias van Dockum,
*coördinator post-hbo
onderwijs fysiotherapie,
Hogeschool Leiden*

In de nascholingen die wij aanbieden aan de professionals van ons (regionale) werkveld komen onderzoek, onderwijs en zorg mooi samen. Het lectoraat ERFB denkt mee en draagt bij aan ons aanbod. Zo bieden we de cursus Functionele Training Ouderen aan, een specifieke trainingsmethode die via het onderzoek van het lectoraat in ons aanbod kwam. Bij elk project van het lectoraat bespreken we de mogelijkheden voor de vertaling naar de praktijk als nascholing. Een mooie samenwerking waar in de toekomst nog meer scholingen uit voort komen. Ik kijk er naar uit.



en de fysiotherapie. Als voorbeeld hebben we samen met Haagse Hogeschool en Hogeschool Rotterdam een RAAK Publiek subsidie verworven om de BiBoZ methode (Blijf in Beweging ondersteuning Zorgprofessionals) te ontwikkelen, waarmee professionals patiënten kunnen ondersteunen naar duurzaam gezond beweeggedrag door, naast patiëntkarakterieken en persoonlijke capaciteiten, ook de brede context te betrekken. De komende twee jaar ontwikkelen we samen met fysiotherapeuten en patiënten een implementatiestrategie om ervoor te zorgen dat de methode aansluit bij de dagelijkse praktijk van fysiotherapeuten en zijn/haar lokale context. We hebben hiervoor recent een RAAK MKB subsidie verworven. Ook zijn we aan het verkennen hoe we valpreventie in samenwerking met zorg- en welzijnsprofessionals kunnen implementeren in de wijk.

De onderzoekslijn Wijkgericht werken heeft als uitgangspunt dat eigen regie en een goed of waardevol leven vorm krijgt in de natuurlijke leefomgeving van de patiënt, het eigen huis, de eigen buurt en de eigen wijk. Om iets te weten te komen over of bij te dragen aan eigen regie, en aan het leven van de patiënt, betrekken we zijn/haar eigen fysieke en sociale omgeving. Hierbij spelen ook factoren als iemands levensloop en talenten (Putters, 2022) (Putters, 2022), de kansen die de omgeving biedt (Hirschmann, 2021) en de interactie met de sociale omgeving. De patiënt neemt deze context(en) mee naar het consult of de behandelkamer. Deze context is helpend voor het 'goede gesprek', waarin de expertise van de patiënt en de expertise van professional leidt tot een gezamenlijk begrip, en vervolgens tot gezamenlijke besluitvorming.

Het lectoraat onderzoekt hoe de wijk van invloed is op burgers en patiënten en hoe fysiotherapeuten de fysieke en sociale omgeving kunnen benutten om beweeggedrag te stimuleren en inactiviteit te verminderen. De Canon Maatschappelijk werk (canonsociaalwerl.eu) beschrijft dat de 'wijkgedachte' in het sociaal werk vlak na de oorlog postvatte om zo de vele ontheemden een herkenbare plek terug te geven in de gebombardeerde wijken (CANON Maatschappelijk werk, (accessed 2022)). In de jaren 80 kwam de wijk in beeld bij decentralisaties van het sociale beleid en het vermaatschappelijken van de zorg. Die trend is, met ups en downs, doorgegaan en bijvoorbeeld ook te zien het rapport Toekomstbeelden voor gezondheid en zorg in het Nederland van 2030 (Holland Health, 2021), dat de wijk als eenheid (of schaalniveau) heeft gekozen om veranderingen te creëren, testen en tot waarde te brengen. In de publieke ruimte, de wijk, zitten tal van prikkels die het leven, bewegen en de gezondheid beïnvloeden. Deze, al dan niet bewust ingezette, prikkels kunnen aanzetten tot bijvoorbeeld bewegen en inactiviteit, tot sociale contacten of eenzaamheid. Nog niet

Onze lectoraten en hogescholen werken al lange tijd intensief samen. In het praktijkgerichte onderzoek dat we uitvoeren, bundelen we onze krachten om mensen in beweging te krijgen en te houden. We vinden elkaar ook in onze brede kijk op gezondheid. We verschillen echter in de beroepsprofessionals die we betrekken en opleiden en de doelgroep waar we ons op richten. Dat maakt samenwerken heel interessant. Als lectoren leiden we samen het werkpakket Fysiek Vitaal van de SPRONG Vitale Delta. Ook onze hogescholen werken steeds meer samen, bijvoorbeeld in de post-hbo opleiding Specialist Sportieve en Gezonde School en de bacheloropleiding tot verpleegkundige. Voor de toekomst verwacht ik dat we samen meer onderzoek gaan doen in de wijk, bijvoorbeeld naar een beweegvriendelijke buitenruimte.



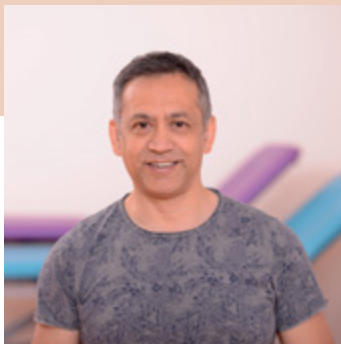
Sanne de Vries,
*directeur Kenniscentrum
Health Innovation en lector
Gezonde Leefstijl in een
Stimulerende Omgeving,
De Haagse Hogeschool*

zo lang geleden waren er uitgebreide discussies over de inzet van *nudging* door de overheid (RMO, 2014). Nudges zijn doelbewuste, maar zachte, prikkels die ons in een bepaalde richting sturen zonder dat we het ons (erg) bewust zijn en zonder dat ze onze keuzevrijheid daadwerkelijk inperken (Thaler & Sunstein, 2022). Beperking van de keuzevrijheid, betutteling door de overheid of een paternalistisch ‘wij helpen u de goede kant op’, zijn daarbij belangrijke tegenargumenten (RIVM, 2014). Veel van ons (beweeg)gedrag is onbewust en wordt vaak ook onbewust beïnvloed door onze omgeving. Als ik mijn eigen beweeggedrag als voorbeeld neem: ik loop naar de supermarkt, ik fiets naar mijn werk en reis bij voorkeur met de trein. Dat heeft heel veel te maken met de (prikkels in mijn) omgeving: de supermarkt is dichtbij en langs het voetpad staan bomen waardoor je het hele jaar mooi de seizoenen kunt zien. Naar mijn werk fiets ik geheel over een vrij liggend fietspad en de parkeergelegenheid bij de hogeschool is zeer beperkt. Ik woon naast het station. Zo heeft iedereen te maken met de afstand tot de voorzieningen en de kwaliteiten van de weg daar naartoe. Denk ook aan de huisarts, de sportclub, de lagere school, de bushalte, de bibliotheek, werk, het ziekenhuis en park of bos. Ze zijn op te vatten als allemaal nudges, duwtjes in de richting van bepaald gedrag. Hier liggen mooie kansen voor de praktijk en voor ons lectoraat om op individueel niveau en op wijkniveau bij te dragen aan gezond (beweeg)gedrag door de prikkels in de omgeving te bezien en ze als bevorderende factor te benutten.

Zoals u in mijn betoog al meerdere keren hebt gehoord doen we ons onderzoek zo veel mogelijk *samen met de praktijk en het onderwijs*. Een prachtig voorbeeld hiervan is het opzetten van de Master Fysiotherapie en Wijkgerichte Beweegzorg. In opdracht van de bacheloropleiding fysiotherapie hebben we vanuit het lectoraat verkend welke behoeftes er in het werkveld lag. En samen hebben we ervoor gezorgd dat de opleiding ontwikkeld en geaccrediteerd is. De master is een opleiding en leergemeenschap (Schipper, Vos, & Wallner, 2022) waarin onderzoekers, docenten en fysiotherapeuten (de studenten) samenwerken aan relevante thema's. Zoals het een echte leergemeenschap betaamt, brengt ieder zijn expertise en vraagstukken in. Zo deelt het lectoraat haar kennis en ervaring op het gebied van (actie) onderzoek en brengen de fysiotherapeuten hun actuele praktijkvraagstukken, ervaringen en kennis mee. We trekken samen op en leren van elkaar bij het onderzoeken en veranderen van de wijk. We zijn er bijzonder trots op dat we op deze manier kunnen bijdragen aan het maatschappelijk relevante thema wijkgericht werken en daarmee werken aan versterking van het vak fysiotherapie.

Ron van Leeuwen,
*fysiotherapeut en
praktijkeigenaar
bij Fysiotherapiepraktijk
Galecop, mede-eigenaar
van Zorg- en Buurtplein de
Galecopperboog en docent op
Hogeschool Leiden*

De wereld om ons heen verandert, er zijn steeds meer mensen met complexe hulpvragen die niet meer door één professional opgelost kunnen worden. Ook zijn het vaker niet alleen zorgvragen vanuit het medisch domein maar ook welzijnsvragen. Daarom is het belangrijk dat een fysiotherapiepraktijk wijkgericht gaat werken en de samenwerking zoekt met andere professionals. Door middel van innovatietrajecten en mijn rol hierin als projectleider kijken we samen wat inwoners belangrijk vinden als het gaat om zorg, welzijn, preventie en community activiteiten. Om dit te kunnen bereiken is een lokaal integrale samenwerking noodzakelijk. Samen met de beroepsgroep probeer ik zowel landelijk als regionaal het wijkgericht werken meer onder de aandacht te brengen. Mijn kennis en ervaring heb ik in kunnen zetten om samen met het lectoraat en enkele collega docenten de Master Wijkgerichte Bewegzorg te ontwikkelen. De afgestudeerde collega's van deze master worden de nieuwe ambassadeurs die innovatief aan de slag gaan in de wijk.



Het beter benutten van de wijk en thuis als relevante context van de patiënt en de waarde van integrale samenwerking in de wijk zijn waardevolle invalshoeken om de patiënt te ondersteunen in eigen regie en een goed leven te leiden in eigen ogen. Gezien de dubbele vergrijzing en de verwachte toename van (complexe) zorgvragen die op ons afkomen, zal er veel moeten veranderen om ook in de toekomst de broodnodige ondersteuning te kunnen blijven bieden aan mensen in kwetsbare posities. Technologie kan daarbij uitkomst bieden. Zowel voor patiënten als voor (aankomend) professionals valt hierover nog veel te leren. Ik neem u dan ook graag mee in onze gedachten over aanscherping van onze tweede huidige onderzoekslijn Technologie.

Technologie

Technologie in de zorg is een breed begrip (Idenburg & van Schaik, 2013) (Nictiz, 2019) (Wouters, 2018). E-Health is een vorm van technologie die binnen de fysiotherapie vaak gebruikt wordt. Het is gedefinieerd als: de toepassing van zowel digitale informatie als communicatie om de gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen en/of te verbeteren (Nictiz, 2019). E-Health is dus geen synoniem voor technologie, maar is hier onderdeel van (RVZ, 2002). De toepassing van E-Health kan bijdragen aan de zelfredzaamheid en eigen regie van patiënten (RVZ, 2015) en is een kansrijk instrument is om toegankelijke, kosteneffectieve zorg van hoge kwaliteit te bieden (RVZ, 2002) (RVZ, 2015). Helaas wordt E-Health nog onvoldoende benut (RVZ, 2002) (RVZ, 2015). Ook met het oog op de maatschappelijke ontwikkelingen is het relevant om flink te investeren in de inzet van technologie in de zorg (RVS, 2022). Samen met het *praktijkveld en onderwijs* onderzoeken we daarom hoe E-Health meer en beter ingezet kan worden om eigen regie te ondersteunen en daarmee vrijheid, autonomie en participatie te bevorderen. Vanuit het lectoraat willen we bijdragen aan een betere integratie van E-Health in het dagelijks leven van de patiënt en passend bij het werkproces van fysiotherapeuten. Het gaat hierbij om een aanvulling op het fysiotherapeutisch methodisch handelen in de vorm van het aanbieden van tijd- en plaats onafhankelijke zorg (KNGF, 2021). Het fysiotherapeutisch handelen wordt daarmee meer een blended interventie die effectief en kostenbesparend kan zijn (Kloek, et al., 2018). E-Health zoals stappentellers, telemonitoring, telerehab, elektronisch patiëntendossier en apps voor oefenen en communicatie zijn steeds meer beschikbaar. Onze onderzoeksfocus ligt op de gebruiksvriendelijkheid en de toepasbaarheid van E-Health (zie ook (RIVM, 2022)) in specifieke contexten zoals (thuis) revalidatie en vanuit het perspectief van de patiënt en van de fysiotherapeut. Hierin werken we nauw samen met het Lectoraat Revalidatie en Technologie van de Haagse Hogeschool. Het gekozen perspectief zal u, naar ik hoop, niet verrassen.

Over Wijkgericht werken

Aline van der Feen,
*praktijkhouder-fysio- en
manueel therapeut en
oud student Klinische
Gezondheidswetenschappen
aan de Universiteit Utrecht*



Afgelopen jaar heb ik voor mijn master aan de Universiteit Utrecht een onderzoek uitgevoerd bij het lectoraat Eigen Regie bij Fysiotherapie en Bewegzorg. Tijdens dit onderzoek hebben we de communicatiestrategieën gericht op zelfmanagement tijdens het toepassen van de BiBoZ-methode onderzocht. Hiervoor hebben we twaalf consulten van fysiotherapeuten en patiënten geobserveerd. Geconcludeerd is dat er positief werd gereageerd op de methodiek maar dat er nog kansen liggen voor verbetering. Deze verbeterpunten worden meegenomen tijdens het RAAK-MKB project. In dit project wordt samen met eerstelijns fysiotherapeuten en cliënten een implementatiestrategie voor de methode ontwikkeld.

Via het lectoraat en de Opleiding tot Fysiotherapeut heb ik opdrachten voor derde- en vierdejaarsstudenten uitgezet over het stimuleren van gezond beweggedrag. Bijvoorbeeld in het kader van mijn masteronderzoek 'Meer bewegen begint met minder zitten', een participatief actieonderzoek naar de balans tussen bewegen en zitten in Voorburg Noord. Daarnaast hebben het lectoraat ERFB en het lectoraat Medische Technologie van Hogeschool Inholland een KIEM-regeling ontvangen waarmee we inzichten verwerven over hoe zorgtechnologie de thuisrevalidatie van ouderen en het interprofessioneel werken kan bevorderen.

Erzy Kassens,
*praktijkhouder
Arembergelaan Fysiotherapie
en student Master
Fysiotherapie en Wijkgerichte
Bewegzorg*



Enkele thema's waar we aan werken zijn het meten en interpreteren van beweggedrag van revalidatiepatiënten, het voor de geriatrische patiënt begrijpelijk weergeven van sensordata en het inventariseren van de wensen en behoeften van professionals en patiënten voor technologie voor interprofessionele communicatie. Daarnaast hebben we samen met studenten geholpen Apps te beoordelen voor in de GGD-app store. Kennis over technologie die we afgelopen jaren hebben ontwikkeld in het onderzoek, vindt nu al zijn weg naar het bachelor- en masteronderwijs. Bijvoorbeeld via de Toolkit E-Health die we samen met de HHS ontwikkelden (Ent van der, Siemonsma, & Kruijssen, 2020). Daarmee werken we er samen aan dat fysiotherapeuten (in opleiding) E-health als integraal onderdeel van hun fysiotherapeutisch methodisch handelen gaan inzetten.

De implementatie van E-health gaat niet vanzelf. Het is namelijk een complexe verandering waarbij niet alleen de fysiotherapeut betrokken is, maar bijvoorbeeld ook de patiënt binnen zijn context, andere zorgprofessionals, het beleid en het vergoedingssysteem. Bovendien vraagt E-Health vaak aanvullende vaardigheden van professionals en patiënten, een andere denkwijze en manier van werken. Om dit soort complexe innovaties met onderzoek te ondersteunen voldoet het traditionele kwalitatieve en kwantitatieve onderzoek niet meer. En daarmee kom ik op de aanscherping van onze derde huidige lijn 'co creatie' die ik meer methodologisch wil gaan invullen in de vorm van (Participatief) Actie onderzoek.

(Participatief) Actie Onderzoek

U heeft uit mijn betoog tot nu toe wel begrepen dat het lectoraat zich bezighoudt met complexe vraagstukken, waarin het ondersteunen van de eigen regie van patiënten een centrale rol speelt. Het zijn vraagstukken waarbij veel verschillende factoren en betrokkenen invloed hebben op het kunnen voeren van eigen regie. Het gaat daarbij bijvoorbeeld naast de patiënt en zijn/haar eigenschappen en de fysieke en psychische capaciteit, ook over de eerdergenoemde 'hardware', 'software' en 'orgware' van de wijk.

Om onze eigen onderzoeken goed uit te voeren en ander (docent)onderzoekers en studenten te ondersteunen bij de uitvoer van goed actieonderzoek houden we ons binnen de onderzoekslijn (participatief) Actie Onderzoek bezig met het ontwikkelen van methodologische kennis over en het toepassen van actie onderzoek op complexe vraagstukken in hun daadwerkelijke context. Actie onderzoek richt zich op complexe praktijkvraagstukken waarin, samen met diverse betrokkenen, discipline overstijgende problemen worden aangepakt (Eelderink, 2020). Het gaat dan om gelaagde problemen

Recentelijk ben ik gestart als onderzoeker en docent bij Hogeschool Leiden. Ik ben net geëmigreerd uit Australië, waar ik onderzoek heb gedaan naar de invloed van de revalidatie omgeving op het beweeggedrag van patiënten, en hoe design en environmental enrichment dit beweeggedrag kunnen beïnvloeden. Het past prachtig bij het benutten van de fysieke en sociale omgeving zoals het lectoraat ERFB dat doet. In Australië is al veel ervaring met werken op afstand door de grote geografische afstanden en heb er via co-design onderzoek gedaan naar o.a. telehealth in de revalidatie om zo patiënten na hun intramurale revalidatie (intensief) thuis verder te begeleiden in hun eigen leefomgeving. Genoeg aanknopingspunten dus voor een waardevolle bijdrage aan onderzoek, onderwijs en beroepspraktijk.

Ingrid Rosbergen,
docent Opleiding tot Fysiotherapeut en onderzoeker bij het Lectoraat Eigen Regie bij Fysiotherapie en Bewegezorg, Hogeschool Leiden.



waarvoor een stapsgewijze oplossing nodig is, een iteratief proces van verkennen, uitproberen, evalueren, bijstellen en opnieuw proberen. Om tot ethisch verantwoord, praktisch relevant en methodologisch grondend onderzoek te komen is actieve deelname van alle betrokkenen nodig, zodat alle vormen van kennis benut worden (Lieshout van, Jacobs, & Cardiff, 2021) (Eelderink, 2020) (zie ook (Groot-Sluijmsmans, 2012)). Actie onderzoek richt zich op lokale vraagstukken (uit een specifieke wijk) waarbij uiteindelijk een lokaal bruikbare oplossing wordt gevonden die aantoonbaar effectief is in die specifieke context. Zo hebben we binnen ons KNOP project (Kennis Netwerk Ouderen en Preventie) het vraagstuk om een effectief bewezen interventie te implementeren opgelost met behulp van de ervaring en expertise van ouderen, de fysiotherapeuten en wetenschappelijke literatuur.

Binnen actie onderzoek is het perspectief van de patiënt extra belangrijk, omdat alleen zij op de hoogte kunnen zijn van hun wensen en behoeften en de context op waarde kunnen schatten. Ik wil met u de positie van de patiënt in actie onderzoek nader verder verkennen. Want het lijkt vreemd om leken tot deskundigen te bombarderen, maar in dit soort gevallen is dat precies wat je zou moeten doen. De cultuurhistoricus Joe Moran, die het dagelijks leven als onderwerp van studie heeft, omschrijft dit expert-zijn heel treffend als: *“We verwachten van deskundigen dat ze een specialisme hebben, een bepaalde expertise die hen onderscheidt van niet-experts – en als het gaat om heel gewone dingen zoals het eten van een broodjes garnaal, de straat oversteken of op de bank zitten, is iedereen een soort expert.”*⁵ (Moran, 2008). Het is eigenlijk gek dat we die expertise van de patiënt vaak niet inzetten. Dit hangt vermoedelijk nauw samen met onze opvatting over kennis, ook wel epistemologie genoemd, waarin we wetenschappelijke kennis vaak belangrijker vinden dan bijvoorbeeld ervaringskennis (Movisie, 2022). De filosoof Donald Schön beschrijft dat ‘expert’ een rol is die uitgaat van autoriteit en autonomie (Schön, 1991) met een daaraan gekoppelde opvatting van kennis als een gegeven (Schön, 1991), dus los van plaats, tijd en context. Een bredere rol, en andere kennisopvatting, is volgens Schön die van ‘reflective practitioner’ (Schön, 1991), waarin een gelijkwaardigheid wordt verondersteld en waarin betekenisgeving in de relatie plaatsvindt (Schön, 1991). Om de expertise van de patiënt over haar eigen context, motivaties en ervaringskennis beter in te zetten, zal de expert, in dit geval de fysiotherapeut of onderzoeker, haar autoriteit en autonomie meer moeten delen met de patiënt. Om op deze manier de expertise van de patiënt een belangrijker plaats geven in het proces. Dit begint met erkennen dat er een grens is aan

⁵ *We expect scholars to have a specialism, a particular expertise that marks them out from non-experts – and when it comes to familiar things like eating prawn sandwiches, crossing the road or sofa-sitting, everyone is a sort of expert.*

Freek Lotters,
docentonderzoeker aan de Opleiding tot Fysiotherapeut en Master Fysiotherapie en Wijkgerichte Bewegzorg, Hogeschool Leiden



Eén van de drie onderzoekslijnen van het lectoraat is zorgtechnologie. Zorgtechnologie kan bijdragen aan goede en efficiënte zorg. Belangrijk daarvoor is dat de technologie wel passend moet zijn bij de behoeften van de cliënten en zorgprofessionals. Dit onderzoeken we samen met andere docentonderzoekers van Hogeschool Leiden, de zorgprofessionals, andere hogescholen en samen met studenten. De kennis die wij zo opdoen over zorgtechnologie binnen het lectoraat proberen we te vertalen naar het onderwijs. Het is belangrijk dat studenten kennis nemen van de laatste ontwikkelingen op dit gebied en dat zij zich bewust worden van de toepassingsmogelijkheden binnen het fysiotherapeutisch methodisch handelen.

Sinds 2018 ben ik betrokken bij het lectoraat. Ik heb het zien opbloeien tot een stevig team waar, naast de lector en een aantal onderzoekers, steeds vaker ook docenten betrokken zijn. Ondanks dat mijn aanstelling op dit moment binnen het lectoraat klein is ben ik eerder, onder andere via studentprojecten en deelname aan de ontwikkelgroep, intensief betrokken geweest bij het ontwikkelen van de Toolkit E-Health. Zorgtechnologie integreren in het klinisch redeneren van (toekomstige) zorgprofessionals en de BiBoZ-methode. Binnen deze methode heb ik onder andere informatie opgehaald voor de beweegprofielen en heb ik geholpen deze vorm te geven.

Anne Kruijssen,
docentonderzoeker, Hogeschool Leiden



de eigen kennis (van de fysiotherapeut of onderzoeker) en dat je de ander nodig hebt, bovendien vereist het de wil om de ander te begrijpen (Schön, 1991). Om tot een echte dialoog te komen zijn drie ingrediënten belangrijk: oprechte nieuwsgierigheid, zo weinig mogelijk vooronderstellingen en aandachtig luisteren (Schein, 2021).

En dan komt automatisch de vraag: Hoe krijgen we die expertise van de patiënt op tafel? Ten eerste zal de patiënt als leek niet altijd beseffen dat hij/zij deskundig is op bepaalde gebieden. In een eerder project hebben wij ervaren dat er gerichte inspanning nodig is om patiënten veilig en waardevol te laten participeren in actie onderzoek. Ten tweede, de vragen die we stellen gaan over de dieperliggende motivaties, wensen of behoeften, het zijn vaak lastig of niet te beantwoorden vragen. Want mag ik u vragen: 'Waarom houdt u (niet) van zwemmen?' of 'Wat is de zin van uw leven?'. Of, zoals ik bij de opening van deze rede al vroeg: 'Waarom beweegt u niet méér, terwijl u toch weet dat dat belangrijk voor u is?'

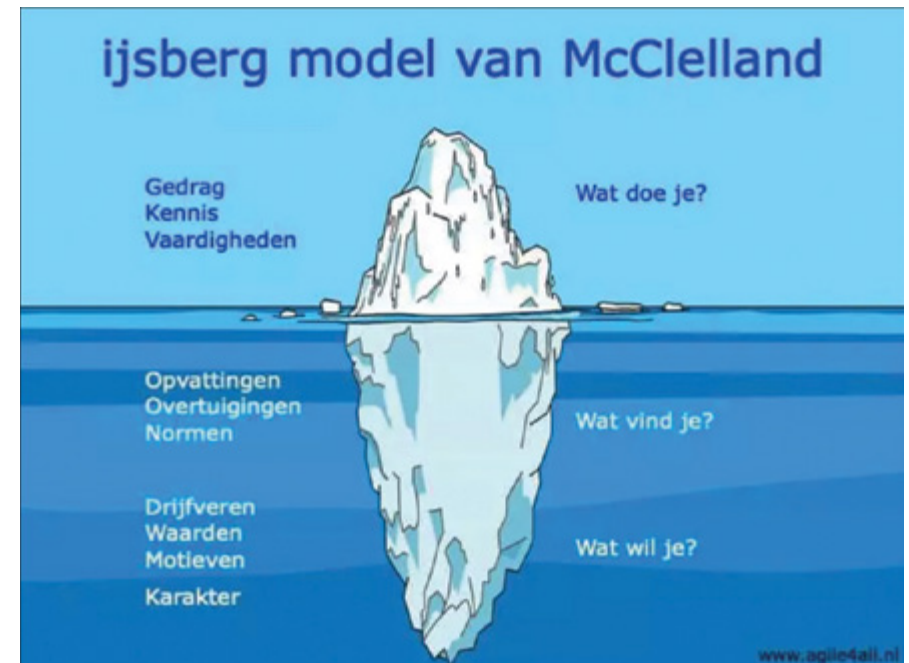
Om antwoorden op dit soort vragen te krijgen heeft de ander onze ondersteuning nodig. Dit kan doorgetrokken worden naar de zorg wanneer het over eigen regie en over 'patiënten die te vaak niet goed voorbereid aan een gesprek beginnen' gaat: misschien beseft de patiënt niet dat hij/zij ook deskundig is en misschien is de informatie die nodig is wel dieperliggend en heeft de patiënt de antwoorden niet meteen voorhanden. En misschien beseffen wij als professionals onvoldoende hoe moeilijk de vragen zijn die we stellen. Ook bij patiënten zonder beperkte gezondheidsvaardigheden. Hoewel professionals en onderzoekers vaak wel de wil hebben om de expertise van de patiënt in te zetten, is dit dus niet altijd gemakkelijk. En juist daarom is het belangrijk ons hierin te bekwamen, in de beroepspraktijk, in onderzoeken en in onderwijs. De uitdaging daarbij is om onze eigen rol te bestuderen in relatie tot eigen regie van onze patiënten en studenten. Belangrijke vragen daarbij zijn: In welke mate zijn we inderdaad reflectieve professionals, zijn we oprecht nieuwsgierig, hebben we zo weinig mogelijk vooronderstellingen en luisteren we aandachtig? En in welke mate zijn we in staat tot een 'goed gesprek'? Kortom, het lectoraat legt het accent op wat professionals kunnen doen om de patiënt in staat te stellen tot eigen regie en een goed gesprek te voeren? Uiteraard wordt het perspectief van de patiënt betrokken in deze interactie.

Suzanne Debeij,
promovenda, UNC-ZH, LUMC

Vanuit het UNC-ZH doen we, samen met het lectoraat en studenten van de Opleiding tot Fysiotherapeut, onderzoek naar eHealth in ondersteuning bij, of ter verbetering van, het zelfmanagement van ouderen in de geriatrische revalidatiezorg. Binnenkort start een gemixte methode studie naar de gebruiksvriendelijkheid en haalbaarheid van SmartCOPD op een geriatrische revalidatie afdeling bij mensen die als primaire diagnose COPD hebben. SmartCOPD is een module van het Viduet platform. Het lectoraat ondersteunt ons in de keuze en het ontwerp van de methodologie, en de studenten helpen bij de uitwerking, uitvoering en eerste analyse.



Er zijn tal van onderzoeksmethoden en technieken die in de praktijk en in onderzoek toe te passen zijn om dieperliggende motivaties en interacties te bestuderen. Het ijsberg model van McClelland maakt mooi duidelijk dat het (zichtbare) gedrag gestuurd wordt door onderliggende overtuigingen, normen, waarden en behoeften (Figuur 6). Afhankelijk van de onderzoeksvraag en de doelgroep kunnen bepaalde methoden worden ingezet. Wil je bijvoorbeeld informatie verzamelen over iemands overtuigingen en drijfveren, onder het wateroppervlak van de ijsberg, dan kun je storytelling of context mapping inzetten.



Figuur 6: Ijsberg model van McClelland (McClelland, Koestner, & Weinberger, 1989)⁶

Ik ga nog even terug naar gedrag. Aan gedrag liggen dus dieperliggende motivaties ten grondslag. In de fysiotherapie gaat het meestal over beweggedrag veranderen. Dat is niet gemakkelijk. Want wat houdt de gewoonte, het beweggedrag in stand? Welke factoren beïnvloeden het? En wat zijn effectieve manieren om gedrag te veranderen. In het lectoraat en in het onderwijs gebruiken we daar het Behaviour Change Wheel voor (Figuur 7). Het is een hanteerbaar model gebaseerd op 19 modellen voor gedragsverandering. In dit model staan in de binnenste cirkel factoren beschreven die

⁶ Afbeelding is afkomstig van <https://www.agile4all.nl/ijsberg-model-van-mcclelland-voor-gedragsverandering/>

Over Actie Onderzoek

Dinja van der Veen,
promovenda, HAN University
of Applied Sciences

Binnen mijn promotieonderzoek "CVA-thuisrevalidatie: implementatie middels Participatief Actie Onderzoek", werken de HAN, het Radboud UMC en Hogeschool Leiden samen. De kennis van Petra Siemonsma (binnen het lectoraat ERFB) rondom Participatief Actie Onderzoek (PAO) is een welkome aanvulling binnen het onderzoeksteam. De uitwisseling van kennis en ervaring komt tot stand tijdens het maken van keuzes tijdens het onderzoeksproces alsmede de publicatie van onderzoeksresultaten. Hierdoor ontstaat onderzoek met en voor de praktijk. Daarnaast zullen door de publicaties van de geleerde lessen met betrekking tot deze mooie onderzoeksmethodiek (PAO) een breder publiek bereikt kunnen worden en hopelijk inspireren.

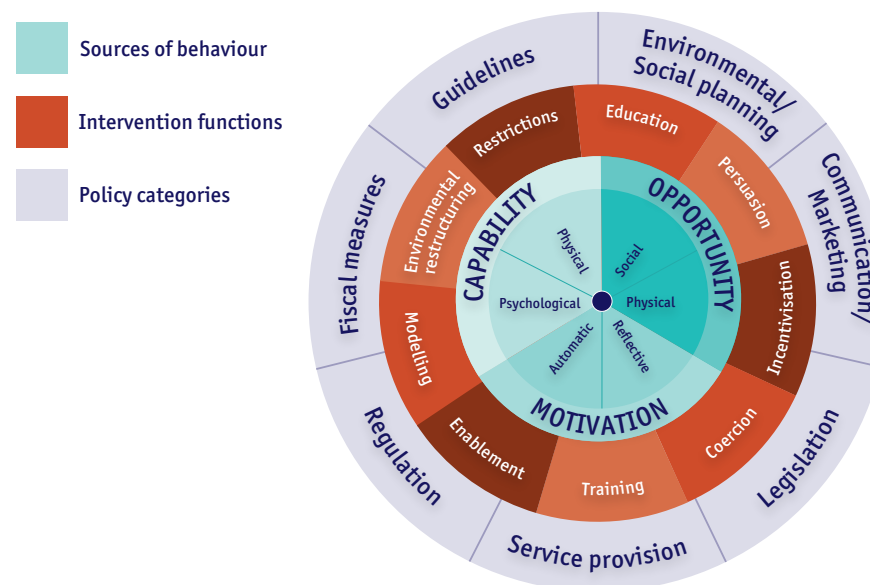


Tijdens mijn Master Fysiotherapie en Wijkgerichte Bewegzorg heb ik actieonderzoek gedaan naar hoe er in onze wijk een multifactorieel valpreventieprogramma opgesteld moet worden. Door het actieonderzoek is een adviesrapport ontstaan welke nu gebruikt wordt om valpreventie te implementeren. Doordat het lectoraat ERFB zo intensief betrokken is bij de master is het gelukt om goed onderbouwd actieonderzoek uit te voeren, waarbij zowel professionals als ouderen actief geparticipeerd hebben. Er is hierdoor energie en focus ontstaan rond valpreventie.

Djim Kromhout,
fysiotherapeut FysioKlein
in Hazerswoude-Rijndijk
en afgestudeerd Master
Fysiotherapie en Wijkgerichte
Beweegzorg



gedrag beïnvloeden: motivatie (reflectief en automatisch), omstandigheden (fysiek en sociaal) en capaciteit (fysiek en mentaal). De zes factoren samen is het COM-B model. De tweede ring bestaat uit interventies welke op hun beurt weer gekoppeld zijn aan gedragsveranderingstechnieken om het gedrag te beïnvloeden. De buitenste ring betreft de bredere context zoals wet- en regelgeving en (behandel)richtlijnen. Door het model toe te passen ontdek je dat veel elementen om gedrag te veranderen slechts zelden toegepast worden. Ons lectoraat onderzoekt hoe deze elementen beter ingezet kunnen worden door (toekomstige) fysiotherapeuten, om zo een nog breder fundament voor gedragsverandering voor de fysiotherapie en de patiënten.



Figuur 7: Het Behaviour Change Wheel (BCW) Framework van Michie (Michie, Stralen van, & West, 2011).

De onderzoekslijn Actie Onderzoek houdt zich bezig met vragen zoals: Hoe combineren we de expertise van de patiënt en professional? En hoe combineren we kennis en vaardigheden van professionals uit zorg en welzijn? En met vrijwilligers, mantelzorgers, onderzoekers en noem maar op? Een heel aantal ingrediënten hiervoor zijn al benoemd. Het mooie van actie onderzoek is dat het onderzoeken combineert met gelijktijdig veranderen en dat het samen met betrokkenen gebeurt in de voor het vraagstuk relevante context.

Jorit Meesters,
*lector Revalidatie en
Technologie, De Haagse
Hogeschool en Basalt
Revalidatie*

Eén van onze doelen is revalidanten ondersteunen gezond te leven en hoe technologie daar een ondersteunende rol bij kan spelen. Bij Basalt doen we o.a. onderzoek naar de vraag: Hoe krijgen we technologie beter geïntegreerd in onze zorg? Samen met het lectoraat ERFB en bachelorstudenten van de Opleiding tot Fysiotherapeut, hebben we met actieonderzoek stapsgewijs verbeteringen aangebracht aan ons beweegplein. Op dat plein is veel technologie beschikbaar die de revalidanten kunnen uitproberen om naast hun behandeling meer te gaan bewegen bijvoorbeeld een ActiveFloor en het fietslabyrint. De kennis uit het actieonderzoek was voor ons van meerwaarde en leverde verrassende oplossingen op voor de praktijk. Bijvoorbeeld door de apparaten op het plein anders neer te zetten, de gebruiksvriendelijkheid te verbeteren, te werken aan de bekendheid van het plein en een vrijwilliger in te zetten om ondersteuning te bieden aan revalidanten bij het gebruik.



Voor oplossingen zal dus lokaal gekeken worden naar wat passend en wenselijk is in deze context. Juist door deze praktijkgerichtheid levert actie onderzoek een directe bijdrage aan innovatie van de praktijk.

Het doel van het lectoraat is ook om inhoudelijke en methodologische expertise te ontwikkelen in het betrekken van het patiënt en professional perspectief in onderzoek en in het vinden van de meest passende onderzoeksmethoden en verandertechnieken. Het mooie is dat deze manier van onderzoeken bijdraagt aan (het opleiden van) reflectieve professionals. Professionals, dus, die in staat zijn het perspectief van de andere te begrijpen door nieuwsgierig te zijn, goed te luisteren en zo min mogelijk vooroordelen te hebben. En die ook reflecteren op zichzelf en hun eigen rol in het geheel. Voorwaar geen eenvoudige taak. Ik oefen zelf ook nog elke dag.

Om nog één keer terug te komen op de driehoek praktijk, onderzoek en onderwijs, wil ik u vertellen dat wij in de afgelopen jaren vaak als voorbeeld lectoraat naar voren geschoven zijn wanneer het gaat om de samenwerking met het onderwijs. Zo zijn al onze onderzoekers ook docenten waardoor nieuwe inzichten gemakkelijk door stromen naar het onderwijs. We zijn intensief betrokken bij onderwijsvernieuwing. Ik heb u eerder al verteld over onze nieuwe master, maar hebben ook een actieve rol in de curriculumcommissie van de bacheloropleiding fysiotherapie. Ook hebben onze docentonderzoekers een grote rol in het schrijven van nieuw onderwijs binnen de bacheloropleiding die we momenteel aan het vernieuwen zijn. Dit onderwijs gaat over goed onderzoek doen en begrijpen. Naast docentprofessionalisering leveren wij ook eigen opdrachten en opdrachten uit het werkveld aan voor het praktijkgericht onderzoek fysiotherapie (POF). Tijdens de POF werken studenten, gedurende vijf maanden full time aan een onderzoek.

6. Afronding

Mijn rede is bijna ten einde. U heeft nu een beeld van onze huidige drie onderzoekslijnen met hun toekomstige aanscherpingen – wijkgericht werken, technologie en actie onderzoek – en daarbinnen staan eigen regie in relatie tot fysiotherapie en bewegezorg centraal. Onderzoek waarin we maatschappelijke impact creëren, samen met patiënten, burgers, professionals, studenten, docenten en heel veel andere partijen in de wijk, op het domein van zorg en welzijn. Onderzoek dat aansluit op de uitdagingen waarvoor we in Nederland staan. Omdat we willen bijdragen aan een gezonde en inclusieve samenleving. Zoals ik in het eerste deel van mijn rede heb betoogd, gaat het bij eigen regie om vrijheid, autonomie en participatie, en hoe deze betwistbare termen steeds opnieuw inhoud krijgen. Wij als fysiotherapeuten, onderzoekers, studenten en docenten hebben nog veel te leren over hoe we de uiterst waardevolle eigen regie van patiënten optimaal verder kunnen ondersteunen. En hoe we daarin nog beter kunnen samenwerken. Dit vraagt ook om onderzoek naar onze rol als professional en om (zelf)reflectie. Laten we mensen niet ongewild aan hun lot over of zijn we niet juist aan het betuttelen? We zullen samen met de beroepspraktijk en het onderwijs de komende jaren dit zeer relevante en complexe onderzoek blijven uitvoeren. Zoals ik heb betoogd, kan hierbij het perspectief van de patiënt (veel) beter benut worden, is een brede blik op de problematiek van de patiënt hard nodig en is het beter betrekken van de context van thuis en de wijk van wezenlijk belang. Daarbij hebben patiënten die (mogelijk) in een kwetsbare positie zijn en bij wie de eigen regie en de (bewegings-)vrijheid onder druk staan onze ondersteuning het hardste nodig. Zodat ze naar hun persoonlijke keuze deel te nemen aan de samenleving, namelijk op een manier die 'goed is in eigen ogen'.

Eigen regie: waardevol en kwetsbaar.

Ik prijs me gelukkig dat we deze complexe uitdagingen samen oppakken om zo de waarde van eigen regie te versterken en de kwetsbaarheid te verminderen. Want hoewel ik hier vandaag het woord mocht voeren, zijn deze rede, het onderzoek en alle daarmee samenhangende veranderingen het werk van ons allen.

Dankwoord

Ik voel mij een bevoorrecht mens. Dankzij u sta ik hier vandaag. Namens u sta ik hier. Ik wil u allen heel hartelijk danken voor het vertrouwen dat u in mijn stelt. Ik wil niemand overslaan, daarom ga ik slechts vier mensen bij naam noemen. Maar voor ik bij die vier namen ben, wil ik in de eerste plaats degenen bedanken die mij gekozen hebben voor deze positie en mijn aanstelling mede mogelijk hebben gemaakt. Het College van Bestuur van Hogeschool Leiden, de huidige en vorige faculteitsdirecteur van de Faculteit Gezondheid, de opleidingsmanager van de opleiding fysiotherapie en mijn collega-lectoren van KC VEER.

Ten tweede wil ik de docentonderzoekers en leden van mijn kenniskring bedanken voor hun inzet, toewijding, flexibiliteit, kritisch vermogen en humor. Wat een mooi team om samen mee te werken aan de toekomst.

Ten derde wil ik alle docenten en studenten van de bachelor en master bedanken. Ik ben onder de indruk van jullie betrokkenheid, vakkennis en innovatievermogen. Het is een genoegen om met jullie samen te werken.

Een woord van dank is ook op zijn plaats voor alle collega-lectoren en (docent) onderzoekers waarmee we samenwerken binnen er buiten Hogeschool Leiden.

Geachte collega fysiotherapeuten, patiënten, werkveld en andere partners: mijn dank is groot dat we samen kunnen en willen optrekken in het toepasbaar maken van kennis over eigen regie.

Ook de toehoorders van binnen en buiten de hogeschool: ik bedank jullie hartelijk dat jullie hier vandaag aanwezig zijn.

Beste John, nogmaals dank voor wat je als persoon en als professional tot stand gebracht hebt voor het lectoraat, de opleiding fysiotherapie, de faculteit, hogeschool en ver daarbuiten. Over eigen regie heb je de laatste tijd veel ervaringskennis opgedaan. Ik hoop dan ook dat we nog lang met je verbonden blijven, niet alleen vanwege je enorme kennis, maar vooral om wie je bent als mens.

Als laatste ook een woord van dank aan mijn familie en vrienden. Speciaal aan Pieter, Dorien en Ida: jullie zijn geweldig!

Ik heb gezegd.



Kenniskring lectoraat ERFB (september 2022): v.l.n.r. Arlette Hesselink, Freek Lötters, Petra Siemonsma (voor), Leontien van Wely (achter), Linda Eijckelhof (voor), Joost de Zoete (achter), Anne Kruisen (voor), Jeannette Boiten (achter), Ingrid Rosbergen (achter), Manon van Gernerden. Bij de kenniskring horen ook Thea Vliet Vlieland, Saskia Verkleij, Myrenka Bik en Ron van Leeuwen.

Bibliografie

- Areljung, S., Leden, L., & Wiblom, J. (2021). Expanding the notion of 'ownership' in participatory research involving teachers and researchers. *International J. of Research and Method in Education*, 463-473.
- Barlow, J. W. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling*, 177-187.
- Borg, J. (2018). The Participation Pyramid: a response to "Reconsideration ICF scheme" by Heerkens et al. 2017. *Disability and Rehabilitation*, 123-124.
- Buckle, T. (2021). *What is freedom. Conversations with historians, philosophers and activists*. New York: Oxford University Press.
- CANON Maatschappelijk werk. ((accessed 2022), 09 11). *1947 Werken in wijken. Eb en vloed in aandacht voor de wijk*. Opgehaald van CANON Maatschappelijk werk: https://www.canonsociaalwerk.eu/nl_mw/details.php?cps=12&canon_id=377
- Dierx, J., de Bot, C., Steuns, A., & Mares, M. (2022). *Gedragsverandering vanuit positieve gezondheid*. Bussum: Cortinho.
- Eelderink, M. (2020). *Handboek participatief actieonderzoek; Samen bouwen aan een betere wereld*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Ent van der, M., Siemonsma, P., & Kruijssen, A. (2020). *Toolkit E-health. Zorgtechnologie integreren in het klinisch redeneren van (toekomstige) zorgprofessionals*. Den Haag: Haagse Hogeschool.
- Freeden, M. (2021). Freedom in the liberal Tradition. In T. Buckle, *What is freedom?* (pp. 52-69). Oxford: Oxford University Press.
- Goossensen, A. (2011). *Zijn is Gezien worden: presentie en reductie in de zorg*. Tilburg: Tilburg University.
- Groot-Sluijmsmans, B. (2012). *Ethics of Participatory Health Research: Insights from a reflective journey*. Alblasterdam: Ridderprint.
- Heerkens, Y., Weerd de, M., Huber, M., Brouwer de, C., Veen van der, S., & al, e. (2017). Reconsideration of the scheme of the international classification of functioning, disability and health: incentives from the Netherlands for a global debate. *Disability and Rehabilitation*, 1-9.

- Hiberdink, S. (2022, 06 21). *De beperking staat centraal - in plaats van het leven met die beperking*. Opgehaald van Movisie: <https://www.movisie.nl/artikel/beperking-staat-centraal-plaats-leven-die-beperking>
- Hirschmann, N. (2021). Feminism and freedom. In T. Buckle, *What is freedom?* (pp. 73-88). Oxford: Oxford University Press.
- Holland Health. (2021). Toekomstbeelden 2030 (Work in progress); *Maatschappelijk thema gezondheid & zorg*. Den Haag: www.health-holland.com.
- Hooff, v. d., & Goossensen, A. (2012). Cliënt of patiënt? De betekenis van aanspreektermen. *Denkbeeld*, 6-8.
- Hubert, M., AJ, K., Green, L., Horst van der, H., & al., e. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343:d4163.
- Idenburg, P., & van Schaik, M. (2013). *Diagnose zorginnovatie, over technologie en ondernemerschap*. Schiedam: Scriptum.
- Kloek, C., van Dongen, J., de Bakker, D., Bossen, D., Dekker, J., & Veenhof, C. (2018, 18). Cost-effectiveness of a blended physiotherapy intervention compared to usual physiotherapy in patient with hip and/or knee osteoarthritis: a cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health*, pp. 1082-1094.
- KNGF. (2021). *KNGF beroepsprofiel fysiotherapeut. Over het vakgebied en rollen en competenties van de fysiotherapeut*. Amersfoort: KNGF.
- KNGF. (2022, 09 11). *Gemeentetool*. Opgehaald van Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie: <https://www.kngf.nl/article/jij-en-anderen/gemeente/toolkit-samenwerken-met-de-gemeente>
- Légaré F, A. R.-B. (2018). Interventions for increasing the use of shared decision making by healthcare professionals (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, DOI: 10.1002/14651858.CD006732.pub4.
- Lewin, K. (1951). *Field Theory in Social Science; Selected Theoretical Papers*. In D. (. Cartwright, *Field Theory in Social Science; Selected Theoretical Papers*. Harper & Row.
- Lieshout van, L., Jacobs, G., & Cardiff, S. (2021). *Actie onderzoek; principes en onderzoeksmethoden voor participatief veranderen*. Assen: Van Gorcum.
- McClelland, D., Koestner, R., & Weinberger, J. (1989). How do self-attributed and implicit motives differ? *Psychological Review*, 690-702.
- Michie, S., Stralen van, M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 2-11.
- Moran, J. (2008). *Queuing for beginners; The story of daily life from breakfast to bedtime*. London: Profile Books.
- Movisie. (2013). *Methoden en instrumenten zelfregie. Voor ondersteuning van mensen in kwetsbare situaties*. Utrecht: Movisie.
- Movisie. (2017). *Wat werkt bij eigen regie*. Opgehaald van www.movisie.nl.
- Movisie. (2022). *Ervaringskennis; Betekenissen, bronnen en invloed*. Utrecht: Movisie.
- Murugesu, L., Heijmans, M., & Rademakers, J. F. (2022). Challenges and solutions in communication with patients with low health literacy: Perspectives of healthcare providers. *PLOS*, 1-16.
- Nictiz. (2019). *E-Health, wat is dat?* Den Haag: Nictiz.
- NIDI en CBS. (2021). *Bevolking 2050 in beeld: opleiding, arbeid, zorg en wonen (Eindrapportage Verkenning Bevolking 2050)*. Den Haag: Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut.
- Nivel. (2018). *Murugesu, L., HeijmanBeter omgaan met beperkte gezondheidsvaardigheden in de curatieve zorg: kennis, methoden en tools*. Utrecht: Nivel.
- Nivel. (2022). *Het keuzeprocess van patiënten*. Utrecht: Nivel.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 259-267.
- Putters, K. (2022). *De menselijke staat. Burgerperspectief als voorwaarde voor een toekomstbestendig sociaal contract*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Putters, K. (2022). *Lezing bij afscheid van het Sociaal en Cultureel Planbureau*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.

- Rasch, M. (2022). *Autonomie; Een zelfhulp gids*. Amsterdam: Prometheus Nieuw Licht. ISBN 978 90 446 5070 9.
- RIVM. (2014). *Burgers en gezondheid*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- RIVM. (2022). *E-health monitor 2021. Stand van zaken digitale zorg*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en milieu.
- ROM. (2014). *De verleiding weerstaan. Grenzen aan beïnvloeding van gedrag door de overheid*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.
- RVS. (2010). *Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving.
- RVS. (2017). *Zonder context geen bewijs Over de illusie van evidence-based practice in de zorg*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
- RVS. (2020). *De derde levensfase: het geschenkt van de eeuw*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
- RVS. (2022). *De kunst van het innoveren. Tijd voor een maatschappelijk perspectief op zorginnovatie*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- RVZ. (2002). *E-Health in zicht*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- RVZ. (2015). *Gebruik van eHealth bij zelfmanagement; Verschillen die het verschil uitmaken*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Zorg.
- Schein, E. S. (2021). *Humble inquiry; The gentle art of asking instead of telling*. Oakland: Berrett-Koehler Publishers.
- Schipper, T., Vos, M., & Wallner, C. (. (2022). *Landelijk position paper learning communities*. Zwolle: Hogeschool Windesheim.
- Schön, D. (1991). *The reflective practitioner how professionals think in action*. London: Taylor& Francis.
- Skorupski, J. (2021). The liberty principle. In T. Buckle, *What is freedom?* (pp. 89-99). Oxford: Oxford University Press.
- Staa van der, A., Cardol, M., & Dam van, A. (2017). Positieve gezondheid kritisch beschouwd. *Tijdschrift Positieve Psychologie*, 33-39.
- Staa van der, A., Maarten-Speksnijder ter, A., & Mies, L. (2018). Ondersteunen van zelfmanagement; wat houdt dat in? In A. Staa van der, L. Mies, & A. (. ter Maarten-Speksnijder, *Verpleegkundige ondersteuning bij zelfmanagement en eigen regie* (pp. 5-36). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Stiggelbout, A. P. (2015). Shared decision making: Concepts, evidence, and practice. *Patient Education and Counseling*, 1172-1179.
- Thaler, R., & Sunstein, C. (2022). *Nudge. De ultieme editie*. Amsterdam: Atlas Contact.
- Udlis, K. (2011). Self-management in chronic illness concept and dimensional analysis. *Nursing and Healthcare in chronic diseases*, 130-139.
- Valentein, P. (accessed 2022, 09 04). *De hype van positieve gezondheid voorbij: op weg naar persoonsgerichte zorg*. Opgehaald van Essenburg - Think Do Improve: <https://www.essenburgh.com/blog/de-hype-van-positieve-gezondheid-voorbij-op-weg-naar-persoonsgerichte-zorg>
- Verkooijen, L. (2006). *Ondersteuning Eigen Regievoering en Vraaggestuurde Zorg*. Jutrip: Verkooijen&Beima.
- Verkooijen, L. (2010). *Van inspraak naar invloed*. Almere: Health School Almere. ISBN: 978-94-90872-01-4.
- VH. (2021). *Praktijkgericht onderzoek als kennisversneller. Strategische onderzoeksagenda HBO 2022 - 2025*. Den Haag: Vereniging Hogescholen.
- Visser, V., Popering-Verkerk van, J., & Buuren van, A. (2019). *Onderbouwd ontwerpen aan participatieprocessen. Kennisbasis participatie in de fysieke leefomgeving*. Rotterdam: GovernEUR|Erasmus Universiteit Rotterdam.
- WHO. (2002). *ICF. Nederlandse vertaling van de 'International Classification of Functioning, Disability and health'*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Wouters, E. (2018). *Technologie: een zorg minder?* Tilburg. www.begineengoedgesprek.nl/campagne. (2022, 05 07). Opgehaald van Samen Beslissen.

ZiNL. (2016). *Anders kijken, anders leren, anders doen; Grensoverstijgend leren en opleiden in zorg en welzijn in het digitale tijdperk*. Diemen: Zorginstituut Nederland.

ZonMw. (2021, 09 08). *Nationale campagne Samen Beslissen van start*. Opgehaald van ZonMw: <https://www.zonmw.nl/nl/actueel/nieuws/detail/item/nationale-campagne-samen-beslissen-van-start/>



Hogeschool Leiden

Zernikedreef 11
2333 CK Leiden
Postbus 382
2300 AJ Leiden



071 - 518 88 00



info@hsleiden.nl



hsleiden.nl



facebook.com/HSLeidenNL



twitter.com/HSLeidenNL



linkedin.com/company/hogeschool-leiden