****

**Zorgverzekeraars**

***Body of content***

1. **Hoe verhoudt de sportarts zich in het zorglandschap pag. 3**
   1. **Zorglandschap 3**
   2. **Erkenning en bekostiging 3**
   3. **Unique Selling Points van de Sportgeneeskunde 3**
   4. **Zorgnetwerken 4**
   5. **Aandachtsgebieden van de sportarts 5**
   6. **Schaal Sportgeneeskunde in Nederland 6**
2. **Bekostiging Sportgeneeskunde pag. 7**

**2.1 Vergoedingenstructuur Sportgeneeskunde 7**

**2.2 Transitie naar Poortspecialisme 7**

**2.3 DBC- en verrichtingenregistratie 8**

**2.4 Zorgverzekeraars Nederland 9**

1. **Best practices Sportgeneeskunde pag. 10**
   1. **De MEDISCH SPECIALIST in 2025 10**
   2. **Toekomst Sportgeneeskunde 10**
   3. **Zorg van waarde 11**
   4. **Best Practices Sportgeneeskunde 11**
2. Optimaliseren van de kwaliteit van leven voor de patiënt
   1. CoFit-poli en onderzoek, multi-center landelijk 13
   2. Fit bij Kanker, Maxima MC Veldhoven 15
3. Zorgnetwerken van zorgprofessionals
   1. Isala Beweegcentrum, Zwolle 17
   2. Meekijkconsulten: 1,5 lijnszorg, Haarlem, Rotterdam, Harlingen 19
4. Preventie van ziekte en het behoud van functioneren
   1. Academische Peespoli, Erasmus MC Rotterdam 21
   2. SGH-poli van de KNVB, Zeist 23
5. Innovaties binnen de zorg
   1. Artrose Instituut Nederland, Zeist 25
   2. Hartrevalidatie, telerevalidatie, Zwolle 27

*Deze publicatie is tot stand gekomen met behulp van: Marieke van Vessem, Kasper Janssen, Sietske van Berkel, Bastiaan Booij, Lianne Heijnen, Harry van der Zaag en de leden van expertpanel EIM onder leiding van Jan-Willem Dijkstra.*

1. **Hoe verhoudt de sportarts zich in het zorglandschap**
   1. **Zorglandschap**

De huidige situatie in het zorglandschap in Nederland is zorgwekkend: De vraag naar zorg loopt elk jaar verder op, waardoor de zorgkosten flink stijgen. De kosten kunnen we niet allemaal doorberekenen in de premie, omdat die dan te hoog zou worden. Het is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van zorgverleners, cliënten en zorgverzekeraars om de zorgkosten minder hard te laten stijgen of zelfs omlaag te krijgen. Hoe kunnen sportartsen hieraan bijdragen?

Sportgeneeskunde opereert vanuit de tweede lijn als medisch specialist in het zorgdomein, waarbij de sportarts de medicus is die Nederlanders helpt hun algehele gezondheid te verbeteren. De sportarts helpt vanuit haar medisch specialistische expertise mensen ín beweging en in beweging te blijven. Dit vermindert ziekte, complicaties en sterfte. Sportartsen zorgen ervoor dat Nederlanders fit worden en blijven, waardoor de vraag naar zorg kleiner wordt.

* 1. **Erkenning en bekostiging**

Sinds 2014 is ‘sportgeneeskunde’ officieel erkend als medisch specialisme met een poort specialistische status (verwijsfunctie). Sindsdien is de titel ‘sportarts’ wettelijk beschermd krachtens de Wet BIG. Minister Schippers verwoordde het destijds als volgt: ‘***Sportartsen onderscheiden zich van anderen door hun grote expertise en specifieke kennis van het effect van sporten en bewegen op de gezondheid. De erkenning is daarom ook van grote toegevoegde waarde voor de kwaliteit van zorg voor chronisch zieken en iedereen die sport of beweegt.****’*

Na deze erkenning van de sportarts als medisch specialist heeft de Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG) hard gewerkt om de gebruikte **kwaliteitsinstrumenten** (richtlijnontwikkeling, kwaliteitsvisitaties, accreditatie, deskundigheidsbevordering) te verbeteren en aan te passen aan de eisen, behorend bij de positie als medisch specialist. Inmiddels heeft de sportgeneeskunde een vlucht genomen door voortdurend te investeren in kwaliteit enerzijds en inhoudelijke verbreding anderzijds. Daarbij is de wetenschappelijke onderbouwing, evidence-based medicine uitgangspunt. Sinds 2007 is er een duurzame leerstoel klinische sportgeneeskunde in het UMC Utrecht en sindsdien is het percentage gepromoveerde sportartsen gestegen tot 20%.

* 1. **Unique Selling Points van de Sportgeneeskunde**

De Sportarts…

* Adviseert en begeleidt rondom beweging en gezondheid en zorgt dat de Nederlander gaat bewegen op basis van wat mogelijk is (belasting en belastbaarheid).
* Ontwikkelt en biedt op verschillende niveaus beweegprogramma’s voor herstel van fysieke fitheid aan.
* Zorgt voor fysieke fitheid. Fysieke fitheid is een onafhankelijke risicovoorspeller voor ziekte en sterfte. Nederlanders worden door (gericht) te bewegen fitter en gezonder. Dit voorkomt ziekte en/of creëert sneller herstel bij ziekte, operatie of IC-opname (better in/better out). Uiteindelijk vermindert een goede fysieke fitheid het aantal benodigde operaties (denk aan: hart-/vaat-, buik-, oncologische- en orthopedische chirurgische ingrepen).
* Is de medisch specialist in curatieve beweegzorg, gespecialiseerd in het fysiek complexe deel van beweegzorg. De sportarts is bekwaam in diagnostiek en behandeling bij verminderde inspanningstolerantie, helpt vanuit haar medisch specialistische expertise mensen met complexe aandoeningen weer in beweging, gericht op verbetering van fysieke fitheid.
* Werkt zowel diagnostisch, preventief als curatief. Diagnostisch: iemand met vermoeidheidsklachten krijgt een inspanningstest om te onderzoeken of de oorzaak pulmonaal, cardiaal, of een verminderde spierfunctie is. Preventief: iemand komt in voorbereiding op een marathon voor een sportmedisch onderzoek (sportkeuring) en krijgt advies t.a.v. een verantwoorde sportbeoefening. Curatief: iemand heeft COVID doorgemaakt en krijgt o.b.v. een inspanningstest een advies voor herstel van fysieke fitheid.
* Kan naast haar medisch specialistische rol ook een belangrijke speler zijn mbt anderhalvelijnszorg en is daarmee een uitermate geschikte samenwerkingspartner voor huisartsen en paramedici. Deze samenwerking op meer functioneel niveau kan dure verwijzingen naar de orgaanspecialist voorkomen.
* Heeft tijd voor de patiënt en kijkt als generalist naar de mens in zijn geheel. De sportarts is een van de weinige specialisten die kennis heeft van meerdere orgaansystemen, inspanningsfysiologie en het bewegingsapparaat. Hierdoor is de sportarts in staat een totaal beeld van zijn patiënt te vormen en deze op maat te adviseren t.a.v. blessures, bewegen, maar ook t.a.v. gezonde voeding en leefstijl.
  1. **Zorgnetwerken**

De sportarts gaat uit van de unieke patiënt, die wordt ondersteund door zorgprofessionals die samenwerken in **zorgnetwerken**. Door het multidisciplinaire karakter van de sportgeneeskunde is het functioneren binnen netwerken van zorg een professionele vanzelfsprekendheid voor de sportarts. Het principe van de *Juiste Zorg op de Juiste Plek* wordt volop toegepast, waarbij de behoefte van de patiënt en de intrinsieke motivatie van de zorgprofessionals leidend zijn. Hierbij wordt niet slechts naar één aandoening gekeken, maar naar de mens achter de patiënt én worden ook risicofactoren en leefstijlfactoren meegenomen in de behandeling. De sportarts is medisch specialist in beweegzorg en onderscheid zich daarmee van de fysiotherapeut als eerstelijns deskundige van beweegzorg en andere medisch specialisten die veelal primair orgaan-gericht te werk gaan.

De sportgeneeskunde behelst medisch specialistische beweegzorg en is daarmee bij uitstek een horizontaal verbindend specialisme met discipline overstijgend overzicht. De sportarts is ook een netwerkspecialist gericht op samenwerking met de huisarts, eerstelijns paramedici en andere medisch specialisten gericht op doelmatige en zinnige zorg door de juiste zorgverlener. De mono- en multidisciplinaire toepassing van de kennis van de sportarts is een verrijking voor de beweegzorgketen en geldt als medisch specialistische aanvulling op de expertise van andere zorgprofessionals, zoals de huisarts, fysiotherapeut, orthopedisch chirurg, cardioloog, longarts en de revalidatiearts.

* 1. **Aandachtsgebieden van de sportarts**

Sport en beweging zijn belangrijk voor mensen en de sportgeneeskunde speelt een belangrijke rol bij het verkleinen van de gezondheidsrisico’s van sporten. Sportartsen adviseren op het gebied van preventie en kunnen nadelige gevolgen vroegtijdig onderkennen. Daarmee zijn die gevolgen minder groot en minder ernstig.

Dat de sportarts er alleen is voor topsporters is een misvatting: juist ook minder validen en mensen met chronische ziekten zoals artrose, diabetes, kanker, hart- en vaatziekten en astma kunnen bij een sportarts terecht wanneer zij hun fysieke fitheid willen of dienen te verbeteren en/of klachten ervaren van onbegrepen verminderde inspanningstolerantie. Wat dat betreft zijn de Engelse term ‘Sports and Exercise Medicine’, of ‘arts voor sport en beweging’, passender.

Iedere sporter, van beginnend en amateur tot aan chronisch ziek en geblesseerd, verdient sportmedische zorg (zoals sportmedisch advies, blessure- en/of herhalingsconsulten, sportmedisch onderzoek en sportkeuringen) op topniveau. Dit is wat de sportarts doet:

a. Diagnostiek, stellen prognose, behandeling en evaluatie van:

* + blessures van het houdings- en bewegingsapparaat die door sport of bewegen zijn ontstaan en/of zich daarbij manifesteren. Het merendeel van deze blessures betreft chronische overbelastingsblessures
  + fysieke problematiek, een ander orgaansysteem dan het houdings- en bewegingsapparaat betreffende, die door sport of bewegen is ontstaan en/of zich daarbij manifesteert
  + (onbegrepen) algehele problematiek die door sport of bewegen is ontstaan en/of zich daarbij manifesteert.

b. Casemanagement of consulentschap in de zorgketen voor de chronisch zieke patiënt waarbij sport en/of bewegen als onderdeel van de behandeling wordt ingezet.  
c. Sportmedische onderzoeken. Verrichten van een (algemene en sportspecifieke) anamnese, lichamelijk onderzoek en (sportspecifiek/aanvullend) onderzoek van het houdings- en bewegingsapparaat, het cardiovasculaire systeem en de longen om een gericht en verantwoord beweeg- en sportadvies aan (beginnende) sporters te kunnen geven.  
d. Sportmedische begeleiding. Sportmedische begeleiding heeft als uitgangspunt het bewaken c.q. optimaliseren van de gezondheid en/of het prestatievermogen van de (top)sporter in het kader van sportbeoefening. Het is een, in de tijd, continu proces van sportmedische zorg voor individuele sporters of groepen sporters.

* + 1. **Houding- en bewegingsapparaat**

De kracht van de sportarts ligt in het feit dat deze een analyse kan maken van de klacht, waarbij rekening wordt gehouden met de veelal multifactoriële ontstaanswijze van klachten en verstoring in de bewegingsketen (ketenproblematiek). Dit impliceert dat het therapeutisch handelen op meerdere niveaus gericht kan zijn bij een gegeven klacht en/of aandoening. In de analyse en de behandeling van het probleem worden naast materiaal- en omgevingsfactoren ook fysiologische, biodynamische, psychische, sociale en cognitieve factoren meegenomen.

* + 1. **Inspanningsdiagnostiek**

Sportartsen hebben naast kennis van diagnostiek en behandeling van het houding- en bewegingsapparaat ook expertise op het gebied van inspanningsdiagnostiek. Als medisch specialist beweegzorg kunnen zij adviseren rondom gepersonaliseerde beweeginterventies bij complex fysieke vraagstukken. Net als collega medisch specialisten gaan ook sportartsen voorop in de vernieuwing van de zorg. Fysieke fitheid, te meten als maximale zuurstofopname capaciteit (VO2max), is een onafhankelijke risicovoorspeller voor ziekte en sterfte bij zieken, maar ook bij gezonde mensen (Ross et al, 2016). Fysieke fitheid is trainbaar en naast de behandeling van ziekte is er dus ook een belangrijke rol weggelegd voor primaire en secundaire preventie van leefstijl gerelateerde veelal chronische aandoeningen, inzet op prehabilitatie (Better in Better out) en verbetering op de kwaliteit van leven. Sportgeneeskunde kan bijdragen aan totstandkoming en/of herstel van een gezonde leefstijl bij fysiek complexe vraagstukken: de sportarts is verantwoordelijk voor medisch specialistische beweegzorg. Behandelaars én patiënten zijn erg enthousiast over programma’s waarmee patiënten fit worden gemaakt voor hun operatie. Fit bij kanker is een goed voorbeeld waarbij medisch specialistische beweegzorg een belangrijk aspect is.

* + 1. **Exercise Is Medicine**

Met ‘Exercise is Medicine’ ofwel ‘Bewegen als medicijn’ zijn er veel kansen ter bevordering van een gezonde leefstijl om zo een gezonde omgeving te bevorderen. Het aantal mensen dat lijdt aan een chronische aandoening stijgt. In 2018 telde Nederland 9,9 miljoen mensen met één of meer chronische aandoeningen. Dit komt overeen met 58% van de Nederlandse bevolking. Ruim de helft van deze mensen had meer dan één chronische aandoening. Een van de grootste risicofactoren voor het krijgen van een chronische aandoening is een lage fysieke fitheid (ofwel conditie). Inactiviteit is een pandemie (Lancet 2014 en 2018) en we weten dat bewegen de meest effectieve behandeling is die leidt tot verbetering van fysieke fitheid. Er is overtuigend wetenschappelijk bewijs dat fysieke training bijdraagt aan de preventie en behandeling van chronische aandoeningen. Bewegen is de enige effectieve behandeling die leidt tot verbetering van fysieke fitheid, ook wel duuruithoudingsvermogen genoemd, en wordt uitgedrukt in zuurstofopnamecapaciteit (VO2).

De VSG heeft de rechten opgehaald om een ’National Center Exercise is Medicine’ in Nederland op te zetten. Hiertoe vinden in het voorjaar 2021 gesprekken plaats met o.a. wetenschappelijke verenigingen van aanpalende medisch specialismen, de KNGF, patiëntenverenigingen, VWS, FMS en andere maatschappelijke organisaties. Doel is om een beweging op gang te brengen waarbij wetenschappelijke kennis en ervaringen rondom ‘bewegen als medicijn’ in de (preventieve) zorg in Nederland worden verzameld en gedeeld. Bewegen is een belangrijke medicijn dat gelukkig vaak goedkoop door mensen zelf opgepakt kan worden. Bij diverse patiënten kan het ingewikkelder zijn. Door betere inbedding van een doelmatige signalering en aanpak van problemen met fysieke fitheid, is bij deze patiënten veel te winnen. Graag werken sportartsen met steun vanuit de VSG constructief samen met zorgverzekeraars om dit aspect in de gezondheidszorg te verbeteren.

* 1. **Schaal Sportgeneeskunde in Nederland**

Sportmedische zorg wordt verricht door sportartsen werkzaam bij één van de 56 Sportmedische Instellingen in Nederland: van ziekenhuis of Zelfstandig Behandel Centrum tot solo-praktijk. Bij de Vereniging voor Sportgeneeskunde(VSG) zijn 175 sportartsen aangesloten. De sportartsen in Nederland werken met steun vanuit de VSG aan passende zorg, oftewel gepast gebruik én passende organisatie van zorg. De landelijke dekking en nauwe onderlinge regionale samenwerking tussen sportartsen is een groot goed en maakt het mogelijk om waar nodig relatief makkelijk op te schalen bij toenemende zorgtaken. De opleiding is goed georganiseerd, waarbij naast de sportgeneeskunde voor sporters ook ruim aandacht is voor medisch specialistische beweegzorg voor chronisch zieken. De belangstelling voor de opleiding is groot en bij uitbreiding van het takenpakket is het goed mogelijk om de opleidingscapaciteit te verhogen en zo meer sportartsen op te leiden.

1. **Bekostiging Sportgeneeskunde**

**2.1 Vergoedingenstructuur Sportgeneeskunde**

Diensten verricht door de sportarts worden vergoed vanuit zowel de basis- als aanvullende verzekering.

**Basisverzekering**

Type zorg:

* Voor iedereen die klachten heeft tijdens sport, beweging of inspanning. Denk hierbij aan klachten aan het bewegingsapparaat, aspecifieke thoracale klachten, kortademigheid, duizeligheid, hoofdpijn, maag-/darmklachten, overtraining, vermoeidheid.
* Voor iedereen met een leefstijl gerelateerde en/of chronische aandoening met als gevolg (dreigende) verminderde inspanningstolerantie en/of fysieke fitheid.

Voor deze klachten kun je, na doorverwijzing van de huisarts of specialist, terecht bij de sportarts.

**Aanvullende verzekering**

Type zorg:

* [Sportmedische onderzoeken](https://www.sportzorg.nl/sportkeuring-sportmedische-keuring), in de volksmond ook wel sportkeuringen genoemd.  
  Je ervaart geen klachten, maar wilt je prestaties verbeteren of wilt weten of je een sportieve uitdaging wel aankunt.
* Sportmedische begeleiding (trainingsadvies en individueel trainingsschema o.b.v. uitkomsten sportmedisch onderzoek).
* Verplichte sportkeuring door een sportbond.

Voor diensten uit de aanvullende verzekering heb je geen doorverwijzing nodig van een huisarts. Kosten uit de aanvullende verzekering gaan niet ten koste van het eigen risico.

**2.2 Transitie naar Poortspecialisme**

In 2017 heeft de VSG de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verzocht om voor de sportgeneeskunde, net zoals ieder ander specialisme dat ook heeft, een eigen Diagnose-Typeringslijst Sportgeneeskunde te ontwikkelen. Dit mede omdat in de praktijk diverse knelpunten werden ervaren op het gebied van registratie, transparantie en contractering. Eerder was de NZa terughoudend om een aparte typeringslijst te ontwikkelen, omdat geen sprake zou zijn van een bekostigingsprobleem voor de sportgeneeskunde. Dat standpunt ble ek uiteindelijk niet houdbaar te zijn in de praktijk, omdat de sportgeneeskunde eigen zorgproducten heeft waarin de patiënt bijvoorbeeld veel meer gecoacht en begeleid wordt dan bij een orthopedisch chirurg het geval is. Derhalve is door NZa besloten gezamenlijk met een VSG delegatie een sportgeneeskunde specifieke typeringslijst te ontwikkelen in 2020 welke in 2022 zichtbaar zal zijn in de catalogus voor de zorgverzekeraars.

De sportarts is poortspecialist voor zowel bewegingsapparaat en inspanningsgebonden klachten/ inspanningsdiagnostiek met, omdat Zorginstituut Nederland (ZiN) nog in de laatste fase van definitieve duiding is, een aanspraakcode op de inspanningsdiagnostiek. Een aanspraak code houdt in dat de uitvoerend sportarts bij inspanningsdiagnostiek separaat dient aan te geven of deze zorg onder de zorgverzekeringswet valt of niet. Bij een zorgvraag (lees op verwijzing huisarts) zal de sportarts dit in de meeste gevallen met ja beantwoorden en dat dient dan leidend te zijn.

Globaal kunnen de typeringen worden onderverdeeld in de twee deelgebieden die het ZiN binnen de Sportgeneeskunde onderscheidt:

Kennis rond het houding- en bewegingsapparaat

De diagnosen voor dit deelgebied vallen in principe in de hoofdgroepen:

* Bekken/heup/bovenbeen
* Elleboog/onderarm
* Enkel/voet
* Hand/pols/vingers
* Knie
* Onderbeen
* Schouder/bovenarm
* Thorax/wervelkolom

De sportarts kan als hoofdbehandelaar fungeren, wanneer een huisarts (of andere zorgverlener aangemerkt als een geldige verwijzer) verwijst naar de sportarts. Het ZiN heeft aangegeven dat deze zorg volgens de stand van de wetenschap en praktijk is, en dus vergoed wordt vanuit de basisverzekering.

Kennis op het gebied van inspanningsfysiologie

De diagnosen voor dit deelgebied vallen in principe in de hoofdgroepen:

* Algemeen en/of systemisch
* Cardiovasculaire aandoeningen
* Neurologie of Pulmonologie

De plaats van de sportgeneeskunde in dit deel van de geneeskunde (Exercise is Medicine met als onderdeleninspanningsdiagnostiek en gepersonaliseerde beweeginterventie) is onder duiding bij het Zorginstituut en is nu in de finale fase beland. Momenteel vindt er m.b.t. een gezamenlijk door ZiN en VSG delegatie ontwikkeld algoritme “plaats van inspanningsdiagnostiek en beweeginterventie door de sportarts” een laatste consultatie ronde plaats bij aanpalende specialismen. Omdat deze laatste fase nog in gang is heeft NZa in samenspraak met stakeholders een aanspraakcode op de inspanningsdiagnostiek gemaakt totdat de duiding definitief is (verwacht 2021). De aanspraakcode maakt dat bij de uitvoering van inspanningsdiagnostiek de sportarts-specialist dient aan te vinken of hij/zij deze zorg ziet als verzekerde zorg of niet.

**2.3 DBC- en verrichtingenregistratie**

De NZa heeft de RZ22A in concept uitgeleverd. In deze uitlevering worden de voorgenomen wijzigingen op het gebied van DBC- en verrichtingenregistratie vanaf 1-1-2022 aangekondigd. De definitieve uitlevering van de RZ22A volgt in mei, de RZ22B volgt vervolgens in oktober 2021. Hierbij willen wij jullie informeren over de RZ22A concept uitlevering.

Voor Sportgeneeskunde zijn de volgende wijzigingen relevant:

*Algemeen en Specialisme specifiek*

**202549: ‘Introduceren eigen typeringslijst voor Sportgeneeskunde (8416) en nieuwe zorgactiviteiten voor inspanningsdiagnostiek’**

Sinds 1 juli 2014 is Sportgeneeskunde een wettelijk erkend specialisme. Destijds is ervoor gekozen om géén aparte typeringslijst voor Sportgeneeskunde te ontwikkelen, omdat de zorg die sportartsen leveren getypeerd (*en daarmee gedeclareerd*) kon worden op basis van typeringslijsten van andere specialismen. In 2017 heeft de Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG) echter alsnog verzocht om een aparte typeringslijst te ontwikkelen, vanwege diverse knelpunten die werden ervaren op het gebied van registratie, transparantie en contractering.

Per 2022 is een, samen met de VSG ontwikkelde, specialisme-specifieke typeringslijst voor Sportgeneeskunde (8416) geïntroduceerd. Naar welk dbc-zorgproduct binnen een zorgproductgroep wordt afgeleid, hangt af van de geregistreerde zorgactiviteiten. Er zijn geen nieuwe zorgproductgroepen of dbc-zorgproducten voor Sportgeneeskunde geïntroduceerd, met uitzondering van één nieuw dbc-zorgproduct: ICC | Sportgeneeskunde | ICC (990003026) (vrij tarief).

*Nieuwe zorgactiviteiten*

Omdat de inzet van inspanningsconsult/-advies bij diagnostiek en preventie nog niet is geduid als verzekerde zorg, zijn de volgende twee nieuwe zorgactiviteiten geïntroduceerd:

-           Inspanningsdiagnostiek bij verminderde inspanningstolerantie (193109);

-           Inspanningsdiagnostiek en -advies t.b.v. beweeginterventie (193110).

Beide zorgactiviteiten hebben in de afleiding binnen de zorgproductgroepen waar deze zorg naar afleidt dezelfde rol gekregen als *‘Afnemen van een eenvoudige (fiets)proef met steeds toenemende belasting met hartbewakingsapparatuur tijdens een afzonderlijke afspraak (039844)’* en *‘Afnemen van een uitgebreide (fiets)proef met steeds toenemende belasting met hartbewakingsapparatuur tijdens een afzonderlijke afspraak (039845)’*.

Zorgactiviteiten 193109 en 193110 hebben aanspraakcode *‘Zorgactiviteiten Diverse Beperkingen (2601)’* en worden geregistreerd wanneer sprake is van inspanningsdiagnostiek. Bij de registratie moet aangegeven worden of wel/geen sprake is van verzekerde zorg. In het geval van onverzekerde zorg wordt afgeleid naar een dbc-zorgproduct met een declaratiecode voor onverzekerde zorg (17xxxx).  Naar verwachting kan op basis van de RZ22a uitlevering (mei 2021) een impactanalyse en een voorstel voor de HiX inrichting uitgewerkt worden.

**2.4 Zorgverzekeraars Nederland**

In voorbereiding op de veranderende bekostigingssituatie voor de Sportgeneeskunde per 2022 is de VSG in contact getreden met Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Een delegatie van de wetenschappelijke vereniging heeft gesproken met vertegenwoordigers van ZN over de meerwaarde die sportgeneeskunde kan spelen bij het tot stand komen van ‘Juiste Zorg op de Juiste Plek’. Met sportgeneeskunde inkoop geeft ook de verzekeraar anno 2021 een stem en gezicht aan een noodzakelijke beweging ‘Van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag’ (Gezondheidsraad 2007).

1. **Best practices Sportgeneeskunde**
   1. **De MEDISCH SPECIALIST in 2025**

De commissie Medisch Specialist 2025 van de Federatie Medisch Specialisten, waar de VSG als wetenschappelijke vereniging lid van is, onderscheidt vier ontwikkelingen in het zorglandschap:

1. DE UNIEKE PATIËNT EN DE MODERNE MEDISCH SPECIALIST - De relatie tussen patiënt en medisch specialist is in 2025 vooral gericht op het optimaliseren van de kwaliteit van leven voor de patiënt. Dit is meer dan alleen de behandeling van de ziekte. Veel meer dan nu het geval is, vraagt dit van de medisch specialist om een holistische benadering van iedere, unieke patiënt.

2. RICHTING NETWERKGENEESKUNDE - Medisch specialisten nemen het voortouw bij de ontwikkeling van zorgnetwerken van zorgprofessionals (netwerkgeneeskunde), zowel fysiek als digitaal. Een zorgnetwerk neemt de behoefte van de patiënt als uitgangspunt, vanuit de gedachte dat verschillende spelers in het netwerk op verschillende momenten waarde kunnen toevoegen voor de patiënt. Digitale ontwikkelingen vervullen hierbij een belangrijke rol.

3. BETROKKEN BIJ GEZONDHEID EN GEDRAG - Naast het behandelen van ziekte spelen medisch specialisten in 2025 een belangrijke rol in preventie van ziekte en het behoud van functioneren, zowel voor de individuele patiënt als voor de samenleving.

4. VOOROP IN VERNIEUWING - In 2025 zijn medisch specialisten samen met patiënten meer betrokken bij het bedenken, ontwikkelen en beoordelen van innovaties binnen de zorg. Ziekenhuisorganisaties zijn gericht op het helpen doorontwikkelen en implementeren van deze innovaties. In 2025 kunnen patiënten door ‘big data analysis’ gecombineerd met ‘wearables’ en thuisdiagnostiek sneller een beeld krijgen van hun medische situatie. Zelfmanagement van patiënten met chronische ziekten met online ondersteuning komt veel voor.

De Sportgeneeskunde is bij alle vier ontwikkelingen reeds betrokken en actief. In onderstaande overzicht van Best Practices Sportgeneeskunde (3.4) zijn hiervan voorbeelden te vinden, waarbij tevens inzichtelijk wordt welke verschillende rollen de sportartsen in Nederland vervullen in het zorglandschap (3.2) en het belang van kwaliteit, kosten en waarde van zorg worden benadrukt.

* 1. **Toekomst Sportgeneeskunde**

In 2025 is de zorg rondom en, waar mogelijk, dichtbij de patiënt georganiseerd. De medisch specialist zal, nog meer dan nu, in staat en bereid zijn om samen te werken met andere zorgprofessionals. De specialist zal continu de afweging maken door wie en waar de zorg het beste geleverd kan worden. De medisch specialist beweegt zich in een flexibel netwerk van zorgprofessionals waar de uitkomst van zorg en de behoefte van de patiënt het uitgangspunt is. Als relatief jong medisch specialisme is de Sportgeneeskunde innovatief en daarmee lopen sportartsen voorop in samenwerken met anderen zorgprofessionals in zorgnetwerken, waarbij verschillende rollen worden vervuld:

Als coach en adviseur

De medisch specialist stelt zich in 2025 meer dan nu, naast zijn rol als medisch behandelaar, op als coach of adviseur. Hij handelt vanuit compassie en medemenselijkheid, met een koel hoofd en een warm hart. Niet alleen naar zijn patiënten, maar ook naar zijn collega’s. Er is ruimte voor het delen van ervaringen en het geven van feedback. In teams en tussen zorgprofessionals is sprake van een cultuur waar men elkaar aanspreekt op kwaliteit, doelmatigheid en gedrag.

Als innovator en klinisch leider

De rol van technologie zal in 2025 groter zijn dan in 2016. De medisch specialist heeft een actieve rol in het ontwikkelen, beoordelen en implementeren van technologische innovaties die daadwerkelijk waarde toevoegen voor de patiënt. Dit vraagt om leiderschap van medisch specialisten. De patiënt wordt nadrukkelijk betrokken bij de ontwikkeling, adoptie en implementatie van innovaties.

Als bevlogen professional

Bevlogenheid draagt bij aan het werkplezier van de medisch specialist en heeft effect op de dienstverlening aan de patiënt. Er is aandacht voor de bevlogenheid door met elkaar te spreken over de energiebronnen (autonomie, ruimte voor professionele ontwikkeling, feedback, sociale steun, geneesplezier) en energievreters (werkdruk, administratieve lasten, fysieke en emotionele belasting) in het werk.

* 1. **Zorg van waarde**

Sturen op uitkomsten - Medisch specialisten zetten zich samen met andere zorgprofessionals en maatschappelijke organisaties in voor het welzijn van populaties. Er zal niet meer alleen gestuurd worden op structuurindicatoren en procesindicatoren, maar met name op uitkomstindicatoren. Uitkomsten van zorg worden breed opgevat en in perspectief gezien met de kosten van een behandeltraject. Naast kwaliteit en kosten van zorg is er een derde element van waarde van zorg; de gepastheid van zorg, de mate waarin zorg voor een patiënt ook daadwerkelijk geïndiceerd is.

Value Based Healthcare - Om uitkomsten te kunnen meten zijn indicatoren nodig. Bij de ontwikkeling van uitkomstindicatoren gaat men steeds vaker uit van de Value Based Health Care methodologie (VBHC). Het begrip ‘value’ staat in dit kader centraal, niet als abstract ideaal of als codewoord voor bezuinigingen, maar als meetbaar doel van de zorg. ‘Value’ in de zin van VBHC wordt gedefinieerd vanuit de patiënt als ‘uitkomst in verhouding tot kosten’. Het zorgproces wordt zo een ‘Care Delivery Value Chain’, waarin alle activiteiten zijn opgenomen die waarde bieden aan de patiënt, van preventie en diagnostiek tot behandeling en nazorg. W*aarde = uitkomsten / kosten*

Toegevoegde waarde voor patiënt - Door de patiënt gerapporteerde uitkomsten (Patient Reported Outcome Measures (PROMs)) en de toegevoegde waarde voor de patiënt (Patient Reported Experience Measurements (PREMs)) samen met andere vormen van registratie centraal te stellen, wordt innovatie en verbetering onderdeel van de dagelijkse klinische praktijk. Professionals en ziekenhuizen kijken anders naar de inrichting van het zorgproces waardoor meer patiëntgerichte oplossingen in beeld komen. De uitkomsten van kwaliteits- en doelmatigheidsmetingen zijn het uitgangspunt voor verbetering van zorg.

* 1. **Best Practices Sportgeneeskunde**

Onderstaand overzicht van Best Practices Sportgeneeskunde bestaat uit voorbeelden uit de praktijk waarin het brede palet van het werkveld van de medisch specialist beweegzorg in beeld wordt gebracht. Uiteraard is er nog veel meer te vertellen over de veelzijdigheid van de sportarts, maar het moge duidelijk zijn dat onderstaande is bedoeld als indicatie en illustratie.

1. **Optimaliseren van de kwaliteit van leven voor de patiënt** 
   1. **CoFit-poli en onderzoek,** **multi-center landelijk**
   2. **Fit bij Kanker, Maxima MC Veldhoven**
2. **Zorgnetwerken van zorgprofessionals** 
   1. **Isala Beweegcentrum, Zwolle**
   2. **Meekijkconsulten: 1,5 lijnszorg, Haarlem, Rotterdam, Harlingen**
3. **Preventie van ziekte en het behoud van functioneren** 
   1. **Academische Peespoli, Erasmus MC Rotterdam**
   2. **SGH-poli van de KNVB, Zeist**
4. **Innovaties binnen de zorg** 
   1. **Artrose Instituut Nederland, Zeist**
   2. **Hartrevalidatie, telerevalidatie, Zwolle**

**1.Optimaliseren van de kwaliteit van leven voor de patiënt**

**a) CoFit-poli en onderzoek, multi-center landelijk**

**CoFit-poli**

**Ziekenhuis Gelderse Vallei is in 2020 gestart met de zogeheten CoFit-polikliniek. Mensen die COVID-19 hebben gehad en waarbij het herstel langzamer en moeizamer gaat dan verwacht kunnen hier terecht. Het doel is dat zij hun dagelijkse activiteiten, werk en sport weer net zo goed uit kunnen voeren als voordat zij COVID-19 kregen.**

De CoFit-polikliniek is bedoeld voor patiënten die COVID-19 hebben gehad en die niet opgenomen zijn geweest op de IC. ‘Voor patiënten die op de IC hebben gelegen bestaat al jaren een goed nazorgtraject. Maar de mensen die niet op de IC hebben gelegen, komen niet in aanmerking voor dat traject. Dat terwijl inmiddels blijkt dat ook een deel van deze patiënten vaak langdurig klachten houdt na COVID-19. Om deze groep te helpen, zijn we gestart met de CoFit-polikliniek’, aldus sportarts prof. dr. Hans Zwerver. ‘De polikliniek richt zich in de eerste plaats op het herstel van conditie en kracht, waarbij voeding en bewegen de ingangen zijn om dit te verbeteren. En er is aandacht voor slaap, ademhaling en mentale gezondheid.’

‘Op de polikliniek helpen we patiënten op weg zodat ze weer hun leven op hun eigen, oude niveau kunnen oppakken. Wat dat niveau is, bespreken we samen met de patiënt. We bekijken welke doelen de patiënt heeft en wat haalbaar is’, vervolgt Zwerver. ‘Vervolgens stemmen we het nazorgtraject en -advies daarop af. We geven dus heel persoonlijk advies en hopen de kwaliteit van leven van deze patiënten daarmee te verbeteren.’

**COFIT onderzoek**

COVID-19 infectie heeft als gevolg dat geïnfecteerde personen na het doormaken van de ziekte kort, langdurig of zelfs blijvend beperkt fysiek belastbaar zijn en daardoor dagelijkse, arbeidsgerelateerde en sportactiviteiten niet of minder goed kunnen uitvoeren. Echter, de precieze aard (i.e. deconditionering, longafwijking, hartafwijking, etc.), omvang en langetermijnprognose van deze fysieke gevolgen zijn nog niet vastgesteld, terwijl dit een belangrijke basis is voor het doelmatig inzetten van interventies in het nazorgtraject van personen die een verhoogd risico hebben op dergelijke gevolgen.

Een objectieve, reproduceerbare en valide bepaling van de cardiorespiratoire fitheid geschiedt door middel van een inspanningstest middels fietsergometrie met ademgasanalyse (Cardiopulmonary Exercise Testing, CPET), waarbij cardiorespiratoire fitheid wordt uitgedrukt in een maximale zuurstofopname (VO2max). Deze waarde is een sterke voorspeller van de belastbaarheid ten aanzien van dagelijkse taken, arbeidstaken en sportbeoefening. Tevens is het een sterke voorspeller van morbiditeit en mortaliteit. Analyse van een CPET kan bovendien beperkende factoren identificeren op cardiovasculair, pulmonaal of musculair gebied. CPET is echter beperkt beschikbaar en is een relatief tijds- en kostenintensief onderzoek.

Idealiter zou de cardiorespiratoire fitheid geschat moeten kunnen worden met een eenvoudig, snel en valide instrument. Onderzoek gedurende de laatste 3 jaar binnen de sportgeneeskunde in Nederland heeft geresulteerd in de ontwikkeling van een eenvoudig af te nemen vragenlijst (FitMáx genaamd) . Validatie van deze vragenlijst voor de COVID-19-populatie zou een eenvoudig en praktisch instrument kunnen opleveren, dat ingebed in de COVID-19-nazorg, sturing kan geven aan het traject met als einddoel de fysieke belastbaarheid te verbeteren en zo mogelijk op het premorbide niveau terug te komen.

Vanuit de sportgeneeskunde is in 2020 de COFIT studie opgezet. Dit betreft een prospectieve observationele multicenter (12 deelnemende centra) cohortstudie waarin minimaal 200 personen geïncludeerd worden die een CPET ondergaan in het kader van COVID-nazorg.

Doelen van het onderzoek zijn:

1. Het vaststellen van fysieke belastbaarheid en beperkingen van personen na COVID-19 infectie om de lange termijn prognose te kunnen bepalen en interventies in het kader van nazorg te kunnen indiceren.
2. Het valideren van de FitMáx vragenlijst ten opzichte van CPET voor het grootschalig, doelmatig en eenvoudig meten van de fysieke belastbaarheid en veranderingen daarvan bij personen met een doorgemaakte COVID-19 infectie.
3. Het bepalen van de mate van herstel en diens determinanten bij personen die opeenvolgende inspanningstesten ondergaan in het kader van COVID-nazorg om verhoogd risico op verstoord herstel te kunnen voorspellen en interventies in het kader van herstel te kunnen indiceren.

Tijdens het onderzoek wordt zelfgerapporteerde fysieke fitheid vastgelegd middels de FitMáx-vragenlijst. Daarnaast wordt gevraagd twee vergelijkbare vragenlijsten (DASI en VSAQ) in te vullen, samen met een vragenlijst met betrekking tot karakteristieken van de doorgemaakte COVID-19-infectie en de invloed op arbeid en fysieke activiteit. Tevens zullen, indien toestemming is verleend, via naslag van patiëntendossiers relevante patiëntkenmerken in kaart worden gebracht. Hierbij zullen ook de resultaten van de CPET worden geregistreerd. Indien gestructureerde fysieke training plaatsvindt in het kader van COVID-nazorg dan zullen hiervan de karakteristieken worden geregistreerd (frequentie, intensiteit, type en duur), echter alleen indien daarna een evaluerende CPET volgt.

De studie is geregistreerd in het ‘Netherlands Trial Register’ onder nummer NL8836.

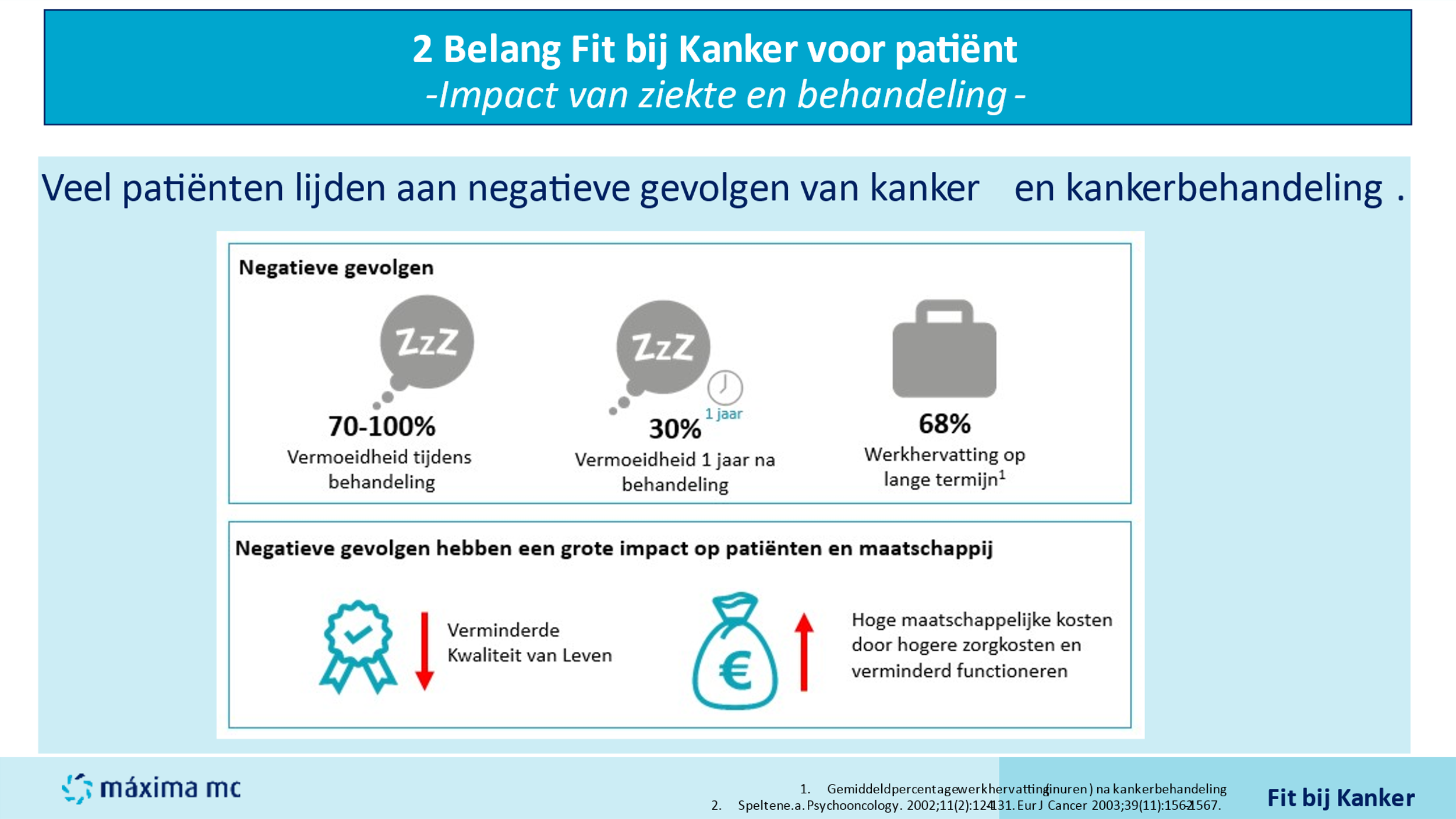
**1.Optimaliseren van de kwaliteit van leven voor de patiënt**

**b) Fit bij Kanker, Maxima MC Veldhoven**

## 

## Fit bij Kanker, traject

Veel patiënten lijden aan de negatieve gevolgen van kanker en kankerbehandeling (zie figuur A).



Figuur A. Impact van de ziekte en behandeling

In het Fit bij Kanker traject staat de beste en meest doelmatige (ondersteunende) zorg in samenspraak met de patiënt voorop. Deze wordt ingezet om oncologische patiënten te ondersteunen vóór, tijdens en ná hun oncologische behandeling. Hierbij gaat het om de verschillende domeinen van de algehele fitheid te weten; voedingsstatus, mentale gezondheid en fysieke fitheid. Het is succesvol wanneer de patiënt in eigen regie zijn eigen fitheid (weer) onder controle heeft.

Fit bij Kanker kán starten met prehabilitatie. Wanneer er daarna nog een zorgvraag is, wordt dit opgepakt via de Fit bij Kanker aanpak.

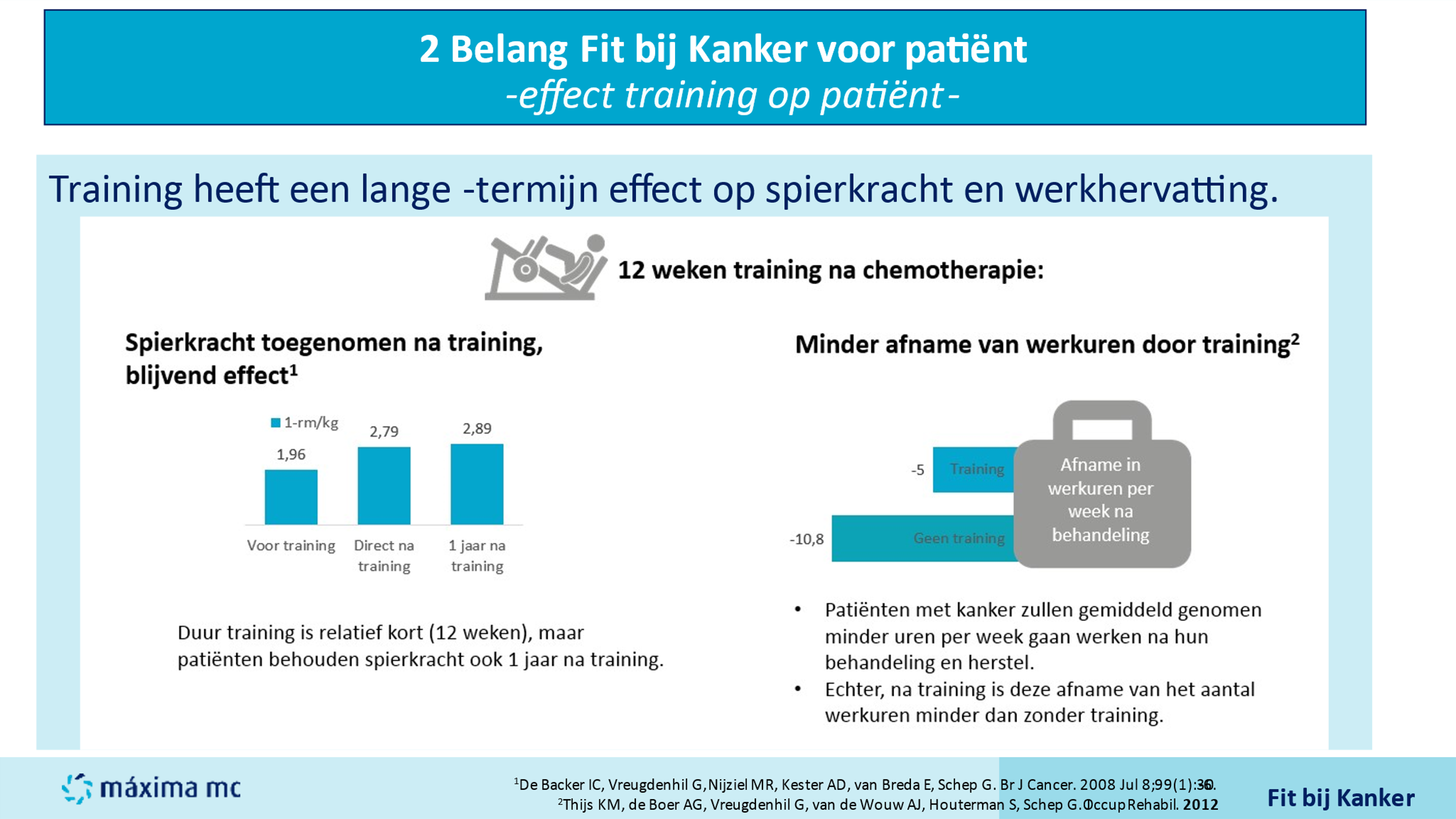
Bij Fit bij Kanker heeft de Verpleegkundig specialist oncologie een sleutelrol omdat zij een casemanager/regie heeft voor de zorg en dicht bij de patiënt staat. Inzet van paramedische dienst(en), medische psychologie, geestelijke verzorging en medisch specialistische beweegzorg, wordt mede bepaald aan de hand van triagetools, zoals de Lastmeter en FitMax©. De zorg is daarmee zo veel als mogelijk op maat en sluit aan bij de noodzaak voor en behoefte van de patiënt. Uitgangspunt is altijd dat toegewerkt wordt naar het weer zelf kunnen nemen van de regie voor de eigen fitheid.

In Máxima MC is vanaf 1-1-2019 medisch specialistische beweegzorg geïmplementeerd binnen de oncologie.

Het indicatiegebied bestaat uit patiënten voor wie trainen nuttig is, maar door co-morbiditeit, ziekte of behandeling het onvoldoende duidelijk is hoe ze kunnen trainen. Juist in de oncologie is er een substantiële groep patiënten die binnen deze indicatie vallen.

Medisch specialistische beweegzorg wordt binnen Máxima MC verleend door de sportarts. De sportarts brengt beperkingen in kaart, zoekt naar de mogelijkheden en identificeert met name de aspecten die trainbaar zijn. Zo nodig wordt aanvullende inspanningsdiagnostiek verricht.

Bij bezoek aan de sportarts is vooral het eerste consult tijdsintensief. De sportarts coacht de patiënt in het zo doelmatig mogelijk oppakken van de training. Hierbij wordt zo nodig paramedische hulp van met name fysiotherapeut, diëtist of ergotherapeut ingezet. Dit kan in zowel tweede als eerste lijn uitgevoerd worden. In vervolgconsulten worden resultaten geëvalueerd en wordt de patiënt begeleid om in eigen regie de fitheid (binnen de mogelijkheden van behandeling, ziekte en persoonlijke situatie) zo goed mogelijk te verbeteren. Bij afronding wordt de behandelregie voor fitheid teruggegeven aan de casemanager oncologie dan wel de huisarts.



**2.Zorgnetwerken van zorgprofessionals**

**a) Isala Beweegcentrum, Zwolle**

**ISALA BEWEEGCENTRUM (IBC)**

Onze medisch specialisten zijn afkomstig uit verscheidene disciplines en werken intensief samen. Daardoor ontstaat een brede kijk op uw klacht. Vanuit het Isala Beweegcentrum (IBC) kunnen we u daarom verder helpen met het vinden van de juiste oplossing. Wij houden u in beweging!

## Snelle toegang

Als uw huisarts u doorverwijst naar het IBC beoordelen wij, indien mogelijk, samen met uw huisarts, door welke medisch specialist u binnen ons centrum het best geholpen kan worden. Door de nauwe samenwerking binnen het IBC kan uw medisch specialist ook gemakkelijk andere specialisten betrekken bij uw behandeling, binnen én buiten het IBC. Een behandeling in ons centrum geeft u dus snelle toegang tot de meest passende medisch specialist.

In het multidisciplinair behandelteam van het IBC werken de volgende specialismen nauw samen:

* [**Orthopedie**](https://www.isala.nl/specialismen-en-centra/orthopedie/)
* [**Revalidatiegeneeskunde**](https://www.isala.nl/specialismen-en-centra/revalidatiegeneeskunde/)
* [**Sportgeneeskunde**](https://www.isala.nl/specialismen-en-centra/sportgeneeskunde/)

Samen bieden zij zorg aan het bewegingsapparaat in de volle breedte: van basis- tot hooggespecialiseerde topzorg. Van prothesen tot kruisbandreconstructies in de knie, revalidatietrajecten, kinderorthopedie en complexe wervelkolomchirurgie voor rugpatiënten.

### Revalidatiearts

### Het herstel na een ongeval of operatie kan een langdurig en intensief traject zijn. Onze revalidatieartsen hebben zich erin gespecialiseerd om u tijdens dit herstel zo goed mogelijk te begeleiden. Ook als u nog niet toe bent aan een heup- of knieprothese, maar al wel pijnklachten heeft bij het bewegen, kunt u veel baat hebben bij een behandeling van een revalidatiearts.

### Sportarts

### De sportartsen van het IBC bieden sportmedische begeleiding en blessurepreventieprogramma’s. Ook vóór en na een operatieve ingreep. Deze begeleidingsprogramma’s voeren zij in nauwe samenwerking met ons netwerk van fysiotherapeuten uit.

## Korte wachttijd

## U bent niet alleen onze patiënt, u bent bovenal onze gast. Wij willen dat u zich prettig voelt tijdens uw bezoek en behandeling in het Beweegcentrum. U hoeft niet lang te wachten voordat u op een van onze poliklinieken terecht kunt. Wij zorgen er bovendien voor dat u direct bij de meest geschikte medisch specialist terecht kunt. Ook hier verliest u dus geen kostbare tijd. We hebben onze spreekuren zo ingericht dat onnodig wachten in onze wachtkamer wordt voorkomen. In onze verblijfsruimtes kunt u ontspannen en een kopje koffiedrinken.

Als een verblijf op onze verpleegafdeling nodig is, dan merkt u dat we ons allemaal voor u inzetten: van medisch specialist tot verpleegkundige. Zo verloopt uw verblijf zo goed en prettig mogelijk.

**Triage aan de poort**

Behaalde doel 2019: > 90% van de verwezen patiënten is juist getrieerd en daardoor gelijk bij de juiste specialist terecht gekomen en daardoor 8% minder ineffectieve consultatie en doorverwijzing:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Orthopedie** | **Sportgeneeskunde** | **Revalidatie** |
| Algemeen | (Mogelijke) operatie-indicatie | Disbalans belasting-belastbaarheid | Multifactoriële problematiek |
| Musculair | Acute peesletsels | Chronische spier-/ peesaandoeningen | > 6 maanden klachten bij juiste therapie |
| Artrogeen | Acute letsels | Chronische klachten | > 6 maanden klachten bij juiste therapie |
| Ossaal | Alle diagnostiek en operatie-indicaties | Inspanningsgebonden klachten | Chronische pijn |

**2.Zorgnetwerken van zorgprofessionals**

**b) Meekijkconsulten: 1,5 lijnszorg, Haarlem, Rotterdam, Harlingen**

**1,5 lijns zorg**

## 28-01-2021

**Op 20 januari is sportarts Jan Willem Dijkstra gestart met meekijkconsulten (1,5 lijns zorg) in de huisartsenpraktijk Broekpolder in Heemskerk. Als specialist willen ook de sportartsen van de Sport- en Beweegkliniek bijdragen aan betaalbare zorg middels anderhalvelijns zorg en de juiste zorg op de juiste plek.**  
Voor de patiënt betekent dit de medisch specialist gratis dichtbij huis, voor de huisarts een "in consult" en bijscholing door de sportarts.in eigen praktijksetting en een sportarts die geniet van kennisoverdracht en "meer voor minder" zorgkosten.  
  
Met dank aan de huisartsen van huisartsenpraktijk Broekpolder te Heemskerk.

# Gespecialiseerde zorg op een laagdrempelige manier

#### Sportarts Robbart van Linschoten en (kader)huisarts Nynke Kuypers brengen het meekijkconsult naar de praktijk. Robbart neemt een dag in de maand plaats in huisartsenpraktijk C.J. Kuypers om alle sporters die de praktijk bezoeken van de juiste gespecialiseerde zorg te voorzien. Door deze samenwerking wordt de patiënt snel en kundig geholpen en wordt het eigen risico van de patiënt niet belast.

Nynke Kuypers was als kaderarts betrokken bij de pilot van het IZER-meekijkconsult en zag hierin direct een kans voor haar eigen praktijk. “Ik wilde het meekijkconsult graag op mijn praktijk aanbieden en heb Robbart hiervoor gevraagd”. Robbart van Linschoten heeft 20 jaar als sportarts op het SMA in De Kuip gewerkt en was o.a. acht jaar clubarts van Feyenoord. “Een sportarts heeft veel meer kennis en kunde van het bewegingsapparaat in huis dan de gemiddelde huisarts”, aldus Nynke Kuypers.

## ****Sportconsult op de praktijk****

Patiënten die de praktijk bezoeken met sport- en bewegingsapparaat gerelateerde klachten worden, na een bezoek aan de huisarts, naar het maandelijkse sportconsult verwezen. “Een patiënt komt binnen met een sportblessure en gaat, na onderzoek, met een behandelplan weer naar buiten”, zegt Robbart. Nynke en Robbart bieden gespecialiseerde zorg op een laagdrempelige manier aan. Niet alleen de patiënt heeft baat bij deze specialistische kennis, maar ook de AIOS of huisarts, die kijkt tijdens het consult ook altijd mee en leert veel over houding en het bewegingsapparaat. Na een sportconsult komt het soms voor dat de patiënt alsnog wordt doorverwezen. Dit gebeurt alleen als het specialisme van een orthopeed of radioloog vereist is of als er oefeningen nodig zijn onder begeleiding van een fysiotherapeut. Van de sportblessures wordt 95% door het sportartsconsult op de huisartsenpraktijk opgelost.

### **Meekijkconsult bij IZER**

Eind 2016 is IZER gestart met het Meekijkconsult. Dit consult biedt huisartsen de mogelijkheid om (medisch) specialistische zorg te consulteren in de huisartsenpraktijk. Dit kan door een specialist die naar de praktijk komt, maar ook met een digitale consultatie via VipLive. Het is een gezamenlijk initiatief met onder andere Zorgimpuls, Zilveren Kruis, ZonBoog en Gezond op Zuid.

De huisarts blijft hoofdbehandelaar en de medisch specialist of kaderarts wordt geconsulteerd voor zijn of haar expertise. Dit gaat heel eenvoudig via een module in VIPLive via een beveiligde omgeving. Door een koppeling met uw HIS worden de gegevens automatisch en beveiligd overgedragen.  
 **Voordelen van een meekijkconsult**:

* Verbetert de kwaliteit van zorg in uw huisartsenpraktijk;
* Voorkomt onnodige verwijzingen naar de specialist;
* Minimum aan administratieve lasten;
* Belast het eigen risico van uw patiënt niet.

# Anderhalvelijnszorg bewegingsapparaat in Harlingen

Sinds 1 december 2015 houdt Jan Waling Huisman een anderhalve-lijns-spreekuur bewegingsapparaat op de poli van MCL de Batting in Harlingen. Jan Waling Huisman is kaderarts bewegingsapparaat en Sportgeneeskunde, het spreekuur is een pilot in de regio Noordwest Friesland die hij heeft bedacht en uitgewerkt in samenwerking met ROS Friesland en De Friesland Zorgverzekeraar.

Tijdens het anderhalve-lijns-spreekuur ziet Jan Waling patiënten, die door de huisarts zijn verwezen met klachten aan het houdings- en bewegingsapparaat, of sportletsels hebben. Het gaat hierbij over klachten waarbij de huisarts niet weet wat het is, of wel weet wat het is maar niet weet wat de behandeling moet zijn.

Daarnaast kunnen patiënten worden verwezen waarbij de huisarts wel de juiste indicatie heeft gesteld, maar deze de behandeling zelf niet kan uitvoeren, bijvoorbeeld verschillende injecties in gewrichten.

Ook kunnen patiënten worden verwezen waarbij het de vraag is of de patiënt wel of niet geopereerd moet worden.

Een groot voordeel voor de patiënt om naar Jan Waling Huisman te gaan, is dat er geen eigen risico geldt, immers de patiënt blijft in de eerstelijnszorg. Bovendien zijn de wachttijden (1 week) en de communicatielijnen kort.

De kaderarts ziet de patiënt één of hooguit twee keer en heeft dan een half uur de tijd per consult. Hij behandelt de patiënt zoveel mogelijk zelf en vervolgens wordt de patiënt weer terug naar de eigen huisarts terugverwezen.

Jan Waling Huisman vindt dit werk erg leuk. Het is iets nieuws, waar huisartsen nog even aan moeten wennen. Voorheen gingen deze patiënten naar de orthopeed en werd er soms over -diagnostiek of **–**behandeling gedaan. Gemiddeld ziet hij nu 5 patiënten op een dag, maar de verwachting is dat de spreekkuren snel gevuld raken.

**3.Preventie van ziekte en het behoud van functioneren**

**a) Academische Peespoli, Erasmus MC Rotterdam**

**Behandelbeleid bij een blessure aan de aanhechting van de achillespees**

Dr. de Vos is sportarts in het Erasmus MC Universitair Medisch Centrum te Rotterdam op de afdeling orthopaedie en sportgeneeskunde. Hij heeft een sportspreekuur dat is gericht op de behandeling van blessures als het gevolg van sport en bewegen. Op de **Academische Peespoli** ziet dr. de Vos wekelijks mensen met peesblessures. Tijdens dit spreekuur kan de pees direct met innovatieve echografie worden onderzocht en is er een gepersonaliseerd behandeladvies. Dr. de Vos is gepromoveerd op de behandeling van achillespeesblessures en coördineert meerdere wetenschappelijke onderzoeken op dit gebied, zowel nationaal als internationaal.

### **Revalidatie**

Bij meer dan de helft van de mensen met achilles tendinopathie ter plaatse van de aanhechting is een combinatie van tijdelijke vermindering van (sport)belasting en oefentherapie succesvol binnen 3 maanden.

Als de klachten na 3 maanden niet verminderen, kan een [sportarts](https://www.sportzorg.nl/zoek-een-sportzorgprofessional) beoordelen of de diagnose juist is, meer uitleg en advies geven en indien nodig aanvullende behandeling starten. Herstel van achillespeesblessures gaat meestal traag en duurt maanden tot soms jaren. De klachten kunnen dan soms periodes verdwijnen en weer terugkeren

Er zijn vele soorten behandelingen mogelijk voor een achillespeesblessure. Van veel behandelingen is echter de effectiviteit niet bewezen. Laat je om deze reden vooraf goed informeren door een [sportarts.](https://www.sportzorg.nl/zoek-een-sportzorgprofessional)

Behandeling met injecties in of rondom de achillespees is een optie als het niet beter gaat ondanks bovenstaande maatregelen. Het is echter wel belangrijk om voorafgaande aan een injectiebehandeling na te gaan wat de mogelijke nadelen zijn. Een injectie met corticosteroïden wordt soms voorgesteld bij een verdikte slijmbeurs. Van een injectie met corticosteroïden is bekend dat het effectief kan zijn voor pijnvermindering op korte termijn, het is echter bekend dat het de kans op een volledige scheur van de achillespees verhoogd is en bovendien biedt het gemiddeld op lange termijn een minder gunstig effect.

# Nieuwe Richtlijn Achilles Tendinopathie

**Achilles tendinopathie is een veel voorkomende aandoening met een grote impact en vaak lange klachtenduur. De Vereniging voor Sportgeneeskunde heeft als initiatiefnemer een multidisciplinaire richtlijn laten ontwikkelen. De nieuwe richtlijn geeft een breed overzicht van de problemen die worden ervaren door patiënten die deze aandoening hebben of hebben gehad en zorgverleners die deze aandoening behandelen. Deze problemen bevinden zich in de deelgebieden preventie, vaststelling van de diagnose, de rol van beeldvorming, behandeling, prognose en het voorkomen dat de klachten terugkeren.**

De diagnose achilles tendinopathie kan worden gesteld als er 4 diagnostische criteria aanwezig zijn: gelokaliseerde symptomen ter plaatse van de achillespees, er is pijn in relatie tot (sport)belasting, een lokale zwelling en pijn bij lokale palpatie van de achillespees. Als één van deze criteria ontbreekt, kan echografie worden overwogen. De hoeksteen van de behandeling bestaat uit educatie, belastingadviezen en opbouwende krachtoefeningen van de kuitspieren. Het advies is terughoudend te zijn met een afwachtend beleid en ontstekingsremmende medicatie.

Deze richtlijn heeft als doel uniformiteit te creëren in communicatie en medisch handelen, het optimaliseren van de behandelstrategieën, het verminderen van variatie in de geleverde zorg, en het verminderen van onnodige zorg. Bij deze richtlijn is als hulpmiddel ook een presentatie beschikbaar gemaakt om de richtlijn te presenteren en te bespreken (in de vakgroep, tijdens een congres, etc.).

**Ga naar**[**de richtlijn Achilles tendinopatie**](https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/achilles_tendinopathie/startpagina_-_achilles_tendinopathie.html)**in de FMS richtlijnendatabase.**

**3.Preventie van ziekte en het behoud van functioneren**

**b) SGH-poli van de KNVB, Zeist**

**SGH-poli van de KNVB**

**De afgelopen jaren is de aandacht voor hersenschuddingen in de sport toegenomen. Hersenschuddingen komen veel voor, kunnen langdurige aanhoudende klachten veroorzaken en zelfs leiden tot uitval op school of op werk. In deze gevallen is passende begeleiding en behandeling van een hersenschudding van groot belang.**

*De begeleiding en behandeling valt onder de dekking van het basispakket van de zorgverzekering*

Sporters met aanhoudende klachten na een hersenschudding kunnen terecht bij de polikliniek voor Sport gerelateerde Hersenschuddingen (SGH-poli) van de KNVB voor sportmedische begeleiding en behandeling. De SGH-poli is beschikbaar voor top- en amateursporters die ouder zijn dan zes jaar en korter dan zes maanden geleden een hersenschudding hebben opgelopen. De begeleiding en behandeling valt onder de dekking van het basispakket van de zorgverzekering.

Hersenschuddingen komen veel voor tijdens sportdeelname, met name in contactsporten zoals voetbal. Hersenschuddingen ontstaan meestal door botsingen met andere spelers, de grond of objecten (bv. doelpalen). In Nederland lopen naar schatting 4000 voetballers per jaar een hersenschudding op, waarvan 500 voetballers de spoedeisende hulp van een ziekenhuis bezoeken voor behandeling. Deze getallen vormen waarschijnlijk een onderschatting, omdat niet alle hersenschuddingen als zodanig worden herkend.

Als u een vermoeden heeft van een hersenschudding is het belangrijk de ernst van de hersenschudding in te schatten om te bepalen of u hulp moet inschakelen. Als dat niet nodig is, bepaalt u of het verantwoord is of de speler terugkeert naar de wedstrijd. De KNVB heeft speciaal hiervoor bijgedragen aan de ontwikkeling van de Hoofdletsel App (gratis via AppStore en PlayStore). De app vertelt precies waar u alert op moet zijn en welke klachten van de sporter kunnen duiden op een hersenschudding. Daarnaast helpt de app te bepalen of u hulp moet inschakelen en of het verantwoord is een speler terug te laten keren naar de wedstrijd.

"Wij brengen eerst in kaart wat er precies is gebeurd", vertelt bondsarts Edwin Goedhart. "Vervolgens bespreken we de klachten en gaan diverse tests doen met de nek, het bewegingsapparaat, het evenwichtsorgaan en de hersenfuncties. Met al deze gegevens kunnen we adviezen op maat aanleveren."

De KNVB werkt hiervoor samen met het AMC en de VU. "We verzamelen samen de gegevens, die we gebruiken voor de behandeling van de voetballers. De resultaten kunnen we vervolgens ook gebruiken voor wetenschappelijk onderzoek."

Een hersenschudding wordt over het algemeen beschouwd als relatief onschuldig letsel waar veel mensen volledig van herstellen. Toch kan een hersenschudding grote gevolgen hebben voor uw leven. Deze gevolgen worden vaak onderschat.

Begin dit jaar was er op de AVROTROS een uitzending te zien van Dokters van Morgen over de mogelijke [ernstige gevolgen van een hersenschudding](https://zorgnu.avrotros.nl/uitzendingen/uitzending/item/revalideren-bij-hersenletsel-dokters-van-morgen-29-01-2019/).

Onze hersenen zijn erg kwetsbaar en een simpele klap kan al grote gevolgen hebben voor uw gezondheid.

## Lichte vorm van NAH

Een hersenschudding wordt beschouwd als een lichte vorm van [niet-aangeboren hersenletsel (NAH).](https://ferme-letselschade.nl/letselschade/niet-aangeboren-hersenletsel/) NAH kan op verschillende manieren ontstaan, zoals door een ongeval (traumatisch hersenletsel) of door een tumor (niet-traumatisch hersenletsel).

Bij een hersenschudding is er sprake van traumatisch hersenletsel dat is veroorzaakt door een klap op het hoofd. Dit ontstaat meestal als gevolg van een ongeval, een vechtpartij of de uitoefening van een bepaalde sport.

Vooral in het amateurvoetbal worden jaarlijks vele hersenschuddingen gemeld. Speciaal voor sporters met aanhoudende klachten na een hersenschudding heeft het KNVB de [polikliniek voor Sport gerelateerde Hersenschuddingen (SGH-poli)](https://www.knvb.nl/campus/sportmedisch-centrum/hersenschudding-polikliniek) geopend.

**De gevolgen van een hersenschudding worden vaak onderschat.**De klachten die slachtoffers vaak ondervinden zijn:

* Hoofdpijn en concentratieproblemen
* Vermoeidheid en slapeloosheid
* Overgevoeligheid voor licht en geluid
* Prikkelbaarheid en angst
* Somberheid en depressie

Sommige slachtoffers hebben dusdanig ernstige klachten dat ze er (tijdelijk) niet meer door kunnen werken.

**4.Innovaties binnen de zorg**

**a) Artrose Instituut Nederland, Zeist**

**Zo probeert dit nieuwe instituut in Zeist artrose-operaties te voorkomen**

**In Zeist opent volgende week het Artrose Instituut Nederland, dat bij mensen met artrose de kwaliteit van leven wil verhogen zónder operatie. ,,We kijken vanuit meerdere hoeken naar de oorzaken van artrose.’’**

1,5 miljoen mensen in Nederland hebben artrose, ook wel gewrichtsslijtage genoemd. Dit zijn voornamelijk 50-plussers. Het komt vaak voor bij knie, heup en schouder. De klachten: pijn, bewegingsbeperking, stijfheid, zwelling en soms instabiliteit.

Vaak worden mensen met artrose naar het ziekenhuis verwezen voor een operatie. Of er wordt een fysiotherapeut, diëtist, ergotherapeut of podoloog ingeschakeld. “Omdat die vakgebieden niet of nauwelijks met elkaar communiceren, moeten al deze zorgverleners alles opnieuw uitvinden. Er gaat veel tijd verloren, terwijl de klachten aanhouden. Én de gezondheidszorg maakt daardoor onnodig kosten”, stelt Peter Kruft, fysiotherapeut en samen met Johan Lemckert initiatiefnemer van het Artrose Instituut Nederland.

## Meerdere hoeken

Kruft vindt dat dat anders kan. “Juist door meerdere disciplines samen te laten werken — bij ons is dat medisch specialistische zorg, fysiotherapie, ergotherapie, diëtiek, podologie en lifestylecoaching — wordt er vanuit meerdere hoeken naar de oorzaken van artrose gekeken en gelijk op meerdere vlakken een behandeling gestart. Het doel is dat een operatie kan worden voorkomen of uitgesteld.”

*Er gaat vaak veel tijd verloren, terwijl de klachten aanhouden. Én de gezond­heids­zorg maakt daardoor onnodig kosten*

*Peter Kruft*

Bij het Artrose Instituut in Zeist, dat op 17 september 2020 de deuren opent, wordt een patiënt eerst onderzocht door Frank Backx, sportarts en hoogleraar klinische sportgeneeskunde bij UMC Utrecht. Backx: “Een goede analyse geeft mensen inzicht in wat ze mankeren en wat ze nog wél kunnen. Op basis daarvan krijgen ze advies: wat ze in het dagelijks leven beter niet kunnen doen en wat ze nog wel kunnen of juist moeten doen.”

Mensen weten niet voldoende hoe het bewegingsapparaat in elkaar zit, merkt Backx. “Door inzicht te geven — wat doet een bepaalde belasting met jou en het gewricht — kunnen ze keuzes maken. Bijvoorbeeld: door het tennis te laten, kunnen ze straks wél skiën.” Samen met de fysiotherapeut bepaalt Backx welke behandeling van welke vakgebieden wordt gestart. “Behandeling is altijd maatwerk.”

Oefentherapie is daarin een belangrijk onderdeel. Backx: “De spierbalans is erg belangrijk. Gewrichten moeten gestut worden door goede spieren. Als het kraakbeen minder wordt, moeten de spieren, als geweldige schokdempers, het kraakbeenverlies opvangen. En soms kunnen delen van het gewricht die niet aangetast zijn, juist meer gebruikt gaan worden.”

Kruft vervolgt: “Ook voeding is belangrijk. Bij artrose van de knie betekent 10 procent gewrichtsreductie 50 procent afname van pijn. En een podoloog kan door het aanmeten van een zooltje een standsverandering in knie of heup brengen. Een ergotherapeut geeft op haar beurt inzicht in de belasting en belastbaarheid van het gewricht bij bepaalde activiteiten en geeft advies hoe dit beter kan.”

## Zorgkosten

Hoeveel kosten er bespaard kunnen worden door een operatie te voorkomen of uit te stellen, kan Kruft nu nog niet zeggen. Wel weet hij dat de zorgkosten door de aanpak van het Artrose Instituut Nederland beduidend minder zijn. “Een nieuw gewricht kost ongeveer 10.000 euro, nog zonder de aanloopkosten. Nu krijgen elk jaar meer dan 50.000 mensen een nieuw gewricht. De kosten die wij maken, zijn een veelvoud minder. En als wij een operatie niet kunnen voorkomen maar wel kunnen uitstellen, is wellicht een tweede operatie na zoveel jaar niet nodig.”

Backx is ervan overtuigd dat ziekenhuizen willen samenwerken met het Artrose Instituut Nederland. “We moeten in het verlengde van elkaar gaan werken om de zorgketen te optimaliseren. En mocht er wél een operatie nodig zijn, dan kunnen wij pre-operatief, maar ook in de nazorg iets betekenen.”

***Bron: Algemeen Dagblad 9 september 2020***

Bij het Artrose Instituut Nederland werken medisch specialisten en meerdere (para)medische vakgebieden onder één dak intensief met elkaar samen om tot de beste en meest duurzame niet-operatieve behandeling van artroseklachten te komen. Bij het Artrose Instituut Nederland werken medisch specialisten, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, diëtisten, podologen en lifestyle coaches.  
  
Wij bieden u een vernieuwende, niet-operatieve behandelwijze van artrose. Meerdere recente [wetenschappelijke studies](https://www.artroseinstituut.nl/over-ain/wetenschappelijke-onderbouwing) hebben aangetoond dat de door ons gehanteerde behandelwijze de best mogelijke niet-operatieve behandelwijze is voor artroseklachten. Indien onverhoopt blijkt dat een operatie voor u de beste behandeling is, kunnen wij u via ons netwerk snel doorverwijzen naar een gespecialiseerde orthopedisch chirurg.  
  
Een behandeling bij het Artrose Instituut Nederland wordt voorafgegaan door een intake bij de medisch specialist. Aan de hand van de intake bij de arts wordt bepaald of en hoe het Artrose Instituut Nederland u van dienst kan zijn.

De behandelingen die u bij het Artrose Instituut Nederland krijgt, zijn gebaseerd op jarenlange ervaring van de bij ons werkende specialistische zorgverleners en op meerdere recente wetenschappelijke studies. Deze studies tonen aan dat de niet-operatieve behandeling van artrose zich moet richten op alle persoonlijke omstandigheden die uw artrose klachten bepalen.  
  
Deze oorzaken moeten tegelijkertijd behandeld worden om tot een goed en duurzaam resultaat te kunnen komen. In het huidige zorgstelsel in Nederland, maar ook in de rest van de wereld, is de behandeling van artrose te veel versnipperd. Er is geen centrale regie en algemene adviezen als ‘u zou meer moeten bewegen’ of ‘u zou iets aan uw gewicht moeten doen’ zijn vaak te algemeen en al helemaal niet aangepast aan uw specifieke situatie.

**4.Innovaties binnen de zorg**

**b) Hartrevalidatie, telerevalidatie, Zwolle**

**TELEREVALIDATIE**

Als gevolg van hart en vaatziekte (HVZ) sterven er wereldwijd jaarlijks meer dan 17 miljoen mensen. Het is hiermee de belangrijkste doodsoorzaak. Daarnaast is het met een geschat totaal van 210 miljard euro per jaar aan directe en indirecte kosten het duurste ziektebeeld in Europa. Primaire en secundaire preventie zijn van groot belang om de patiënt beter te kunnen helpen, maar ook om de kosten gerelateerd aan HVZ als chronische aandoening te beperken.

Qua secundaire preventie kan de bewegingstherapie van de hartrevalidatie de sterfte met 26% (95% CI 0.64-0.86 verminderen, het aantal ziekenhuis opnames met 18% (95% CI 0.04-0.30) verlagen en lijkt het tevens de kwaliteit van leven te verbeteren. In **hoofdstuk twee** wordt de vraag gesteld: “How much pain for the optimal gain?”. Hoeveel dient er te worden geleden voor een optimum aan winst. De vraag is afgeleid van een adagium in de inspanningsfysiologie: “No pain, no gain”. Zonder pijn geen winst. In het hoofdstuk wordt een toekomstige oplossing besproken om de deelname aan hartrevalidatie te verhogen met e-health technologie. Deze alternatieve manier van revalideren geeft de mogelijkheid om individuele trainingsprogramma’s te maken die focussen op individuele behoeften en doelen bij verschillende patiëntgroepen.

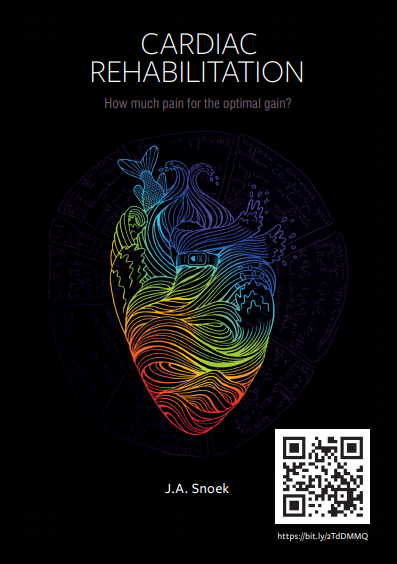
Het niet verbeteren van de fysieke fitheid met aerobe inspanning tijdens hartrevalidatie is gerelateerd aan dood of een ongeplande ziekenhuisopname bij patiënten met hartfalen. Onafhankelijk van de fysieke fitheid bij start verdubbelde het risico op sterfte of een ongeplande ziekenhuisopname wanneer de piek zuurstof opname niet verbeterde. De combinatie van een lage fysieke fitheid bij start met het onvermogen deze te verbeteren was geassocieerd met nog slechtere uitkomsten. Bij 55% van de 155 geselecteerde patiënten bleek het niet mogelijk om de piek zuurstof opname te verbeteren tijdens hartrevalidatie.

Een ander project voor patiënten met hartfalen werd het moving forward project genoemd en startte in 2009. Zestig patiënten werden begeleid met een trainingsprogramma waarbij de focus lag op een hoge frequentie van trainen met een activiteit die paste bij de individuele voorkeur van de patiënt zelf en waarbij er een geleidelijke overgang was van het trainen in het centrum naar het trainen thuis. Zes maanden trainen met een lage intensiteit, een hoge frequentie, een geleidelijke toename van de trainingstijd en met de toevoeging van weerstandstraining, liet een significant toename zien in piek zuurstofopname bij patiënten met hartfalen. Een nog belangrijkere bevinding was dat deze effecten na 12 maanden follow-up nog steeds aanwezig waren.

Daarnaast werd middels een patiënt controle onderzoek een duidelijke trend gezien van een verbetering in overleving. De controle patiënten waren afkomstig vanuit hetzelfde ziekenhuis en werden geselecteerd op specifieke patiënt kenmerken passend bij de interventie groep. Bij patiënten die in staat bleken om het programma van zes maanden volledig te doorlopen werd een significante verlaging gezien van de sterfte. Deze bevindingen suggereren dat ons verlengde revalidatieprogramma voor patiënten met hartfalen in staat is om blijvende verbeteringen in fitheid te bewerkstelligen en resulteert in een lagere sterfte.

Bij een gerandomiseerde gecontroleerde studie voor patiënten met coronair lijden wordt een verlenging van de hartrevalidatie met telemonitoring en advisering op afstand vergeleken met de standaard follow-up na hartrevalidatie (TeleCaRe studie). In totaal werden 122 patiënten met coronair lijden geïncludeerd en gerandomiseerd waarbij de helft terecht kwam in een interventie programma van zes maanden met telemonitoring en advisering over bewegen op afstand of een controleprogramma zonder de adviezen over bewegen. Er werd geen extra gezondheidswinst gevonden. In tegenstelling tot wat we hadden verwacht verbeterde de piek zuurstof opname in beide groepen en bleef deze op peil na 12 maanden.

Andere uitkomst parameters zoals het volume aan fysieke activiteiten, de kwaliteit van leven, cardiale risico factoren, zorg gebruik en sociaal en emotioneel functioneren veranderden niet tijdens het programma. Er werden ook geen verschillen gevonden tussen beide groepen. We denken dat het regelmatige contact tussen zorgverlener en de patiënt in de interventie groep om actief te blijven, maar ook het maandelijkse contact in de controlegroep over zorgconsumptie heeft bijgedragen in het blijvende effect van een verandering in fysieke fitheid. We concluderen dat het verlengen van de hartrevalidatie middels telemonitoring en advisering op afstand niet beter is dan reguliere zorg met regelmatig contact. Laagfrequent contact tussen zorgverleners en patiënten zou voor blijvende veranderingen in fitheid kunnen zorgen.

Tot slot de resultaten van de EU-CaRE RCT studie. Deze studie met deelname van meerdere centra uit Europa randomiseerde 179 patiënten met coronair lijden of een hartklep interventie in een interventiegroep met telemonitoring en advisering op afstand (mCR) of een controlegroep die geen enkele vorm van hartrevalidatie kreeg tijdens de studie periode (CON) Motiverende gespreksvoering werd gebruikt om patiënten te motiveren en stimuleren om hun eigen beweegdoelen te halen. Het piek zuurstofopname verbeterde significant in mCR na 6 en 12 maanden (+1.6 mL∙kg-1min-1(95%CI 0.9–2.4) en +1.2 mL∙kg-1min-1(95%CI 0.4–2.0), respectievelijk) terwijl er geen verbetering werd gevonden in CON (+0.2 mL∙kg-1min-1(95%CI -0.4–0.8) en +0.1 mL∙kg-1min-1(95%CI -0.5–0.7), respectievelijk). Daarnaast bleek dat de verandering in het volume van bewegen in dagen per week dat een patiënt meer dan 30 minuten per dag actief was, groter was in mCR dan in CON. Patiënten in de mCR groep verhoogden het volume van bewegen met 1.6 dagen per week (95%CI 1.0–2.1) en in de CON groep werd een verhoging van 0.8 dagen per week gezien (95%CI 0.2–1.4). Er werd verder een gunstigere uitkomst gevonden in de mCR groep t.a.v. het HBA1c en de diastolische bloeddruk, die suggereert dat bewegen een deel werd van hun dagelijkse routine.

Van de patiënten die afzagen van deelname aan de reguliere revalidatie bleek 26% geïnteresseerd om deel te nemen in deze nieuwe vorm van revalidatie die thuis plaats kan vinden met telemonitoring en advisering op afstand.

