

Coach2Move

Werkblad beschrijving interventie

Gebruik de HANDLEIDING bij dit werkblad

Werkblad, versie mei 2015

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstututen:



Colofon

Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam organisatie: Radboud universitair medisch centrum,. IQ healthcare
E-mail: ria.nijhuis-vandersanden@radboudumc.nl

Telefoon: +31 (0)24 3615305

Website (van de interventie): N/A

Contactpersoon

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in.

Naam: Thomas Hoogeboom
E-mail: thomas.hoogeboom@radboudumc.nl
Telefoon: +31 (0)24 3619529

Referentie in verband met publicatie

Naam auteur interventiebeschrijving: Thomas Hoogeboom
Titel interventie: Coach2Move
Databank(en):
Plaats, instituut: Nijmegen, Radboud universitair medisch centrum
Datum: 21/02/2021

Het werkblad is een invulformulier voor het maken van een interventiebeschrijving, geordend naar onderwerp (doelgroep, doel, enzovoort). De onderwerpen volgen de criteria voor beoordeling. De interventiebeschrijving is een samenvatting van de beschikbare schriftelijke informatie over de interventie voor de bezoeker van de databanken effectieve interventies en voor de erkenningscommissie interventies. De informatie is van belang voor de beoordeling van de kwaliteit, effectiviteit en randvoorwaarden van de interventie.

Kijk bij het invullen in de handleiding die bij dit werkblad hoort.

Inhoud

Colofon.....	2
Inhoud	3
Samenvatting.....	4
<i>Korte samenvatting van de interventie.....</i>	<i>4</i>
Doelgroep	4
Doel.....	4
Aanpak.....	4
Materiaal	4
Onderbouwing	4
Onderzoek	4
1. Uitgebreide beschrijving	6
Beschrijving interventie	6
1.1 Doelgroep.....	6
1.2 Doel.....	7
1.3 Aanpak.....	7
2. Uitvoering	12
3. Onderbouwing.....	14
4. Onderzoek.....	17
4.1 Onderzoek naar de uitvoering.....	17
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten.....	18
5. Samenvatting Werkzame elementen.....	20
6. Aangehaalde literatuur	21
7. Praktijkvoorbeeld	25

Samenvatting

Eén A-4tje, max 600 woorden

Korte samenvatting van de interventie – max 150 woorden

Coach2Move is een geprotocolleerde fysiotherapeutische integrale aanpak voor thuiswonende kwetsbare ouderen. Enerzijds worden aanwezige lichamelijke functionele belemmeringen om lichamelijk actief te zijn getraind, anderzijds worden motiverende technieken gebruikt om duurzaam lichamelijk actief te worden en te blijven. Middels gezamenlijke besluitvorming met de cliënt zelf en, indien nodig, met mensen uit de sociale omgeving worden individuele SMARTI doelen (Specifiek-Meetbaar-Acceptabel-Realistisch-Tijdgebonden-Inspirerend) vastgesteld die door de cliënt zelf gerealiseerd kunnen worden. Tijdens het diagnostisch onderzoek en in de gezamenlijke afspraken wordt vastgelegd WAT er gedaan moet worden, HOE dat kan en WIE daar eventueel bij kan helpen. De aanpak is gericht op het bevorderen van zelfmanagement en zelfredzaamheid, waarbij de sociale omgeving wordt ingezet om te ondersteunen en te faciliteren. Motivatie wordt bevorderd door motivational interviewing, shared-decision-making, SMARTI doelen, monitoren door regelmatig te meten en feedback ten aanzien van de therapeutrouw en de uitkomsten. Verwacht herstel bepaalt het behandelprofiel (2-4, 5-9, > 9 behandelingen).

Doelgroep – max 50 woorden

Thuiswonende kwetsbare ouderen met 1. al bestaande mobiliteitsproblemen of waarvan verwacht wordt dat deze op korte termijn ontstaan ten gevolge van een trauma, chronische aandoening of life event en 2. beperkt lichamelijk actief zijn (minder dan 30 minuten per dag matig lichamelijk actief)). Exclusie: Ouderen in de palliatieve fase.

Doel – max 50 woorden

Het hoofddoel van Coach2Move is het verminderen van de kwetsbaarheid en het verbeteren van de kwaliteit van leven door duurzaam de lichamelijke activiteit, de mobiliteit en zelfredzaamheid te vergroten bij thuiswonende ouderen (70+) met al bestaande of dreigende mobiliteitsproblemen die de fysiotherapeut bezoeken.

Aanpak – max 50 woorden

1. Intake 60 minuten: motivational interviewing, lichamelijk onderzoek, taakmanipulatie;
2. Shared-decision-making t.a.v. individuele SMARTI doelen gericht op lichamelijke activiteit en oefenen;
3. Coachen op zelf-management;
4. Indien nodig consultatie/inschakelen van familie/vrienden en/of andere zorgverleners;
5. Drie behandelprofielen;
6. Metingen en feedback;
7. Consultatie/samenwerking met een andere zorgverleners.

Materiaal – max 50 woorden

Een tweedaagse cursus met handleiding voor de fysiotherapeut: motivational interviewing, de hypothese georiënteerde aanpak en de daarbij behorende beslismomenten, de inzet en het gebruik van valide meetinstrumenten en de taakmanipulatie. Een elektronisch patiënten dossier, een online Coach2Move assessment, drie peer-assessment momenten en kwaliteitsindicatoren gebaseerd op dossier toetsen.

Onderbouwing – max 150 woorden

Veel oudere volwassenen worden of blijven sedentair na acute of chronische ziekten of gebeurtenissen in het leven. Tegelijkertijd, resulteert verminderde lichamelijke activiteit gedurende een langere periode in een lagere loopsnelheid (voorspeller voor toenemende kwetsbaarheid), een verlies in spierkracht en spiermassa (sarcopenie), verhoogde botontkalking (osteoporose), verlies aan uithoudingsvermogen en een afname van coördinatie; de kwetsbaarheid en het risico van negatieve gezondheidseffecten nemen toe en leiden tot een vicieuze cirkel. Lichamelijke activiteit wordt beschouwd als een veelbelovende interventie om kwetsbaarheid bij ouderen te voorkomen en verminderen en de gezondheidsstatus en kwaliteit van leven te verbeteren.

Coach2Move is stapsgewijs ontwikkeld conform de MRC-richtlijnen voor complexe interventies op basis van wetenschappelijke kennis en ervaringen in de praktijk. De reguliere fysiotherapiebehandeling is gericht op in stand houden en verbeteren van de mobiliteit aangevuld met een primaire focus op het duurzaam eigenstandig vergroten van lichamelijke activiteit gebruik makend van motiverende technieken en gezamenlijke besluitvorming.

Onderzoek – max 100 woorden

In een RCT is aangetoond dat de 64 ouderen in de Coach2Move groep zes maanden na de start van de interventie lichamelijk actiever (matig tot hoog intensief) en minder kwetsbaar waren dan de 66 deelnemers in de reguliere fysiotherapie groep. Coach2Move therapeuten gebruikten minder behandelsessies en de gemiddelde totale zorgkosten waren lager. Deze bevindingen zijn bevestigd in een gerandomiseerd implementatieonderzoek (292 deelnemers). De Coach2Move groep was ook na 12 maanden meer lichamelijk actief, minder kwetsbaar en had een hogere loopsnelheid en een betere kwaliteit van leven dan de reguliere fysiotherapie groep. De gemiddelde totale zorgkosten tussen de groepen verschilden niet.

1. Uitgebreide beschrijving

Beschrijving interventie

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep – max 100 woorden

Wat is de uiteindelijke doelgroep van de interventie?

De doelgroep bestaat uit zeventigplussers die de fysiotherapeut bezoeken vanwege mobiliteitsproblemen met een sedentaire leefstijl of een risico op sedentaire leefstijl als gevolg van een recent trauma, een of meerdere chronische aandoeningen, verminderde spierkracht, coördinatie, uithoudingsvermogen, pijn, angst en/of sociaal emotionele problemen zich uitend in een instabiel, afwijkend gangpatroon of een afgenomen loopsnelheid en loopafstand.

Intermediaire doelgroep – max 100 woorden

Zijn er intermediaire doelgroepen? Zo ja, welke?

De intermediaire doelgroep bestaat uit fysiotherapeuten die gediplomeerd en werkzaam zijn als geriatrie fysiotherapeut en/of fysiotherapeuten die in hun dagelijkse praktijk veel ervaring hebben met kwetsbare ouderen.

Selectie van doelgroepen – max 250 woorden

Hoe wordt de (intermediaire)doelgroep geselecteerd? Zijn er contra-indicaties? Zo ja, welke?

Uiteindelijke doelgroep:

Selectie van de uiteindelijke doelgroep vindt plaats in de fysiotherapiepraktijk. Indien een cliënt voldoet aan de gestelde in- en exclusiecriteria komt deze in aanmerking voor behandeling volgens de Coach2Move strategie. Inclusiecriteria voor de Coach2Move aanpak zijn: 70 jaar of ouder, bezoekt de fysiotherapeut, en heeft dreigende of aanwezige verminderde mobiliteit en/of beperkte lichamelijke activiteit (minder dan 30 minuten per dag matig intensief bewegen). Exclusiecriteria zijn: (i) niet 5 meter kunnen lopen (loophulpmiddel toegestaan); (ii) palliatieve fase van ziekte; (iii) acute aandoening met ziekenhuisindicatie; en (iv) contra-indicatie voor lichamelijke activiteit.

Intermediaire doelgroep:

De interventie is gericht op gediplomeerde fysiotherapeuten die werkzaam zijn als geriatriefysiotherapeut en/of in hun dagelijkse praktijk aantoonbare ervaring hebben met kwetsbare ouderen. Er is vooralsnog geen doorslaggevend wetenschappelijk bewijsmateriaal dat geriatriefysiotherapeuten Coach2Move beter kunnen uitvoeren dan fysiotherapeuten die zich veel bezig houden met geriatrische patiënten populaties. De Nederlandse Vereniging voor de Fysiotherapie in de Geriatrie (NVFG) is betrokken bij de implementatie van Coach2Move, maar ook het KNGF stimuleert de implementatie. Voor het klinisch redeneren is kennis over de rol van veroudering in interactie met veel voorkomende ziektebeelden op de oudere leeftijd van belang om op individueel niveau tot een adequate doelgerichte interventie te komen. Daarnaast is aansluiting bij relevante zorgnetwerken voor ouderen van belang.

Betrokkenheid doelgroep – max 150 woorden

Was de doelgroep betrokken bij de (door)ontwikkeling van de interventie, en op welke manier?

Voor de ontwikkeling van Coach2Move zijn ouderen middels thematische interviews bevroegd over hun ervaringen en wensen bij de fysiotherapeut. Mede op basis van deze gegevens is Coach2Move ontwikkeld door een multidisciplinaire werkgroep met o.a. fysiotherapeuten. De ouderen die deelnamen aan de Coach2Move interventie zijn geïnterviewd om hun ervaringen en adviezen t.a.v. de Coach2Move aanpak te delen. De bevindingen zijn gebruikt in de implementatiestudie; zo zijn patiëntenverhalen/video's gebruikt in scholingen, de Coach2move e-assessment en de peerreview bijeenkomsten. De deelnemende fysiotherapeuten uit de eerste RCT (13 praktijken) zijn driemaal bijeengekomen voor feedbackronden. Deze gegevens hebben geleid tot de doorontwikkeling van de Coach2Move interventie (verdere optimalisatie tools en handleiding), scholing (peer-assessment en scholing aan de hand van vignettes) en toetsing (e-assessment). Tenslotte hebben alle fysiotherapeuten die deelnamen in de implementatiestudie (2021) een vragenlijst ingevuld om inzicht te krijgen in mogelijke verbeterpunten. Deze bevindingen worden gebruikt bij de verdere uitrol.

1.2 Doel

Hoofddoel – max 100 woorden

Wat is het hoofddoel van de interventie?

Het hoofddoel van Coach2Move is het verminderen van de kwetsbaarheid en het verbeteren van de kwaliteit van leven door duurzaam de lichamelijke activiteit, de mobiliteit en zelfredzaamheid te vergroten bij thuiswonende ouderen (70+) met al bestaande of dreigende mobiliteitsproblemen die de fysiotherapeut bezoeken. Dit wordt bereikt door fysiotherapeuten op te leiden, zodat iedere geschoolde therapeut instaat is de cliënt zelf te motiveren en activeren (zelfmanagement) om de mobiliteit te verbeteren en het duurzaam vergroten van de lichamelijke activiteit.

Subdoelen – max 350 woorden

Wat zijn de subdoelen van de interventie? Indien van toepassing: welke subdoelen horen bij welke intermediaire doelgroepen of subdoelgroep(en)?

We onderscheiden subdoelen voor de therapeuten die ze realiseren tijdens de opleidingsperiode en subdoelen die ze dienen te realiseren tijdens de behandeling van kwetsbare thuiswonende ouderen:

Na de 2-daagse scholing en de 3 peer-assessment bijeenkomsten, hebben (geriatrie)fysiotherapeuten:

- het inzicht dat de fysiotherapeutische behandeling moet verschuiven van “zorgen voor” de cliënt naar “zorgen dat” de cliënt weer zelf fysiek actief kan zijn en dagelijks kan oefenen;
- kennis en ervaring met Motivational interviewing als middel om de kwetsbare thuiswonende ouderen te motiveren en activeren en inzicht te krijgen in de fase van gedragsverandering;
- kennis van de hypothese gestuurd denken en handelen tijdens de anamnese en het fysiotherapeutisch onderzoek;
- kennis en ervaring met het adequaat inzetten van evidence-based meetinstrumenten en interventies;
- kennis van taakmanipulatie (in kaart brengen van de (on)mogelijkheden en zoeken van adaptatie mogelijkheden voor beperkingen en uitzoeken onder welke condities de mogelijkheden benut kunnen worden);
- ervaring met het vastleggen van meetbare SMARTI doelen in de tijd;
- ervaring met het werken met drie interventie profielen;
- gebruik gemaakt van een dossier dat de besluitvorming volgens het hypothese georiënteerd model faciliteert en ondersteunt;
- kennis met gericht doorverwijzen/consulteren van andere zorgverleners bij psychosociale problemen en of behoefte aan hulpmiddelen of aanpassingen, en;
- het inzicht dat zij ook verantwoordelijk zijn voor het reduceren van zorgafhankelijkheid en zorgconsumptie van kwetsbare thuiswonende ouderen.

Na deelname aan de Coach2Move interventie hebben de deelnemers:

- een geoptimaliseerde fysieke status, zoals meer spierkracht, uithoudingsvermogen, coördinatie, gewrichtsmobiliteit (indien sprake van een relevante deficiëntie) en minder pijn, bewegingsangst en vermoeidheid;
- een grotere functionele mobiliteit (zoals, toename in loopsnelheid/loopafstand, een verbetering in looppatroon/op- of afstappen, betere competentie in opstaan van de grond, etc);
- meer mogelijkheden tot zelfredzaamheid, zelfmanagement en eigen-effectiviteit met betrekking tot lichamelijke activiteit;
- oplossingen voor relevante belemmerende factoren zoals angst, somberheid, eenzaamheid en voedingstoestand besproken met de fysiotherapeut;
- samen met de fysiotherapeut besloten over persoons-gerelateerde SMARTI doelen en indien nodig wie in de omgeving (familie, vrienden, professionals) kan helpen en mogelijk consult bij andere discipline, en;
- ondersteuning ontvangen voor het realiseren van de afgesproken SMARTI doelen.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie – max 200 woorden

Hoe is de opzet van de interventie en wat is de omvang (duur, aantal contacten – indien van toepassing)?

Voeg eventueel een schema toe als bijlage.

De Coach2Move aanpak is gebaseerd op een hypothese-georiënteerd algoritme (Fig.1). Gebaseerd op hypothesen zoekt de therapeut naar de kern van de hulpvraag en onderliggende aangrijpingspunten om mobiliteit en fysieke activiteit te verbeteren. Na de fysiotherapeutische analyse bespreekt de therapeut met de cliënt welke SMARTI-doelen haalbaar zijn, wanneer die behaald kunnen worden en wat en/of wie de cliënt nodig heeft om de activiteiten uit te voeren die nodig zijn om de doelen te behalen. Het trainen van functies in de Coach2Move aanpak is hetzelfde als bij reguliere fysiotherapie, maar verschilt in de samenwerking met de cliënt bij het vaststellen van de SMARTI-doelen; deze zijn niet alleen gericht op de mobiliteit maar ook op het vergroten van de fysieke activiteit. De Coach2Move-intake duurt 60 i.p.v. 30 minuten. De therapeut coacht de cliënt om toenemend zelf verantwoordelijkheid te nemen (eventueel met naasten) voor het bereiken van de doelen. Om te motiveren en evalueren wordt herhaald gemeten met evaluatietools. De uitkomsten worden als feedback gedeeld met de cliënt. De drie behandelprofielen (2-4, 5-9, >9 behandelingen) maken het beoogde traject transparant en de eindigheid van de therapie bespreekbaar zodat eigen regie en zelfmanagement direct centraal staan. Naargelang het beloop kan worden afgeweken van het behandelprofiel.

Inhoud van de interventie – max 1200 woorden

Welke concrete activiteiten worden uitgevoerd en -eventueel- in welke volgorde? Geef geen uitputtende beschrijving van activiteiten; het is voldoende als de lezer zich een beeld kan vormen van wat er gedaan wordt en hoe dit gedaan wordt.

Indien van toepassing per onderdeel samenvatten. Vergeet niet aandacht te besteden aan de werving.

Bij interventies op maat: geef aan wat op basis van welke criteria wanneer wordt uitgevoerd. Geef ook aan wat minimaal moet worden uitgevoerd om de gestelde doelen te behalen.

Coach2Move richt zich op het optimaliseren van het klinisch redeneren van de fysiotherapeut met een specialisatie binnen de geriatrie om zo te komen tot het optimale behandelplan voor ieder individu waarbij het stimuleren van fysieke activiteit en zelfmanagement centraal staan. Om het klinische redeneren te optimaliseren, zijn een aantal aanpassingen gemaakt in de standaard fysiotherapeutische aanpak van werken.

Een fysiotherapeut die volgens de Coach2Move methode wil gaan werken doorloopt de volgende stappen:

1. Fysiotherapeuten met interesse in de behandeling van kwetsbare ouderen kunnen zich aanmelden voor een Coach2Move training bij het onderzoeksteam (IQ healthcare, Radboudumc). De therapeut komt op de wachtlijst voor komende cursussen. Let op, op dit moment worden Coach2Move training primair gegeven als onderdeel van wetenschappelijk onderzoek. Gezocht wordt naar (een) onderwijspartners om de Coach2Move trainingen in de toekomst uit te dragen.
2. Therapeuten die worden geselecteerd voor de training volgen een e-assessment om hun basisniveau t.a.v. motivational interviewing en Coach2Move te bepalen.
3. Vervolgens volgen de therapeuten twee opleidingsdagen (2x 8 uur) waarbij rekening wordt gehouden met de bestaande kennishiaten (uit de e-assessment):
 - a. Een opleidingsdag over Motivational Interviewing in de context van Coach2Move, en;
 - b. Een opleidingsdag over de specifieke Coach2Move aanpak.
4. Na afloop van iedere cursusdag stellen fysiotherapeuten specifieke doelen op die ze zelf willen realiseren. Deze doelen worden besproken in de volgende opleidingssessies.
5. Na de twee opleidingsdagen vinden er nog 3 peer-assessmentbijeenkomsten plaats (3x 2,5 uur). Tijdens deze bijeenkomsten reflecteren de fysiotherapeuten op de successen en uitdagingen bij het toepassen van de geleerde Coach2Move onderdelen. Dit doen zij a.d.h.v. eigen video-opnames uit de praktijk. De drie topics voor de bijeenkomsten zijn: motivational interviewing, doelen stellen en inzet klinimetrie. Voor de bespreking wordt gebruik gemaakt van specifiek geformuleerde performance indicatoren.
6. Na afronding van alle opleidingsmomenten ontvangen therapeuten een Coach2Move certificaat.

Hieronder staan de Coach2Move specifieke aspecten beschreven:

1. Langere periode voor de **intake** (anamnese en onderzoek) (60 minuten met 30 minuten registratietijd);
2. Anamnese vindt plaats volgens de principes van **Motivational Interviewing (MI)**, met als doel:
 - a. Vaststellen van de hulpvraag en ervaren belemmeringen;
 - b. Vaststellen van motivaties (waarvoor komt iemand weer in beweging?) en adaptatiemogelijkheden eventueel met inzet van de omgeving;
 - c. Bepalen in welke fase van gedragsverandering de cliënt verkeert;
 - d. Bepalen welke rollen een cliënt weer wil vervullen, en;
 - e. Vaststellen welke factoren stimulerend dan wel belemmerend werken in de fysieke en sociale context

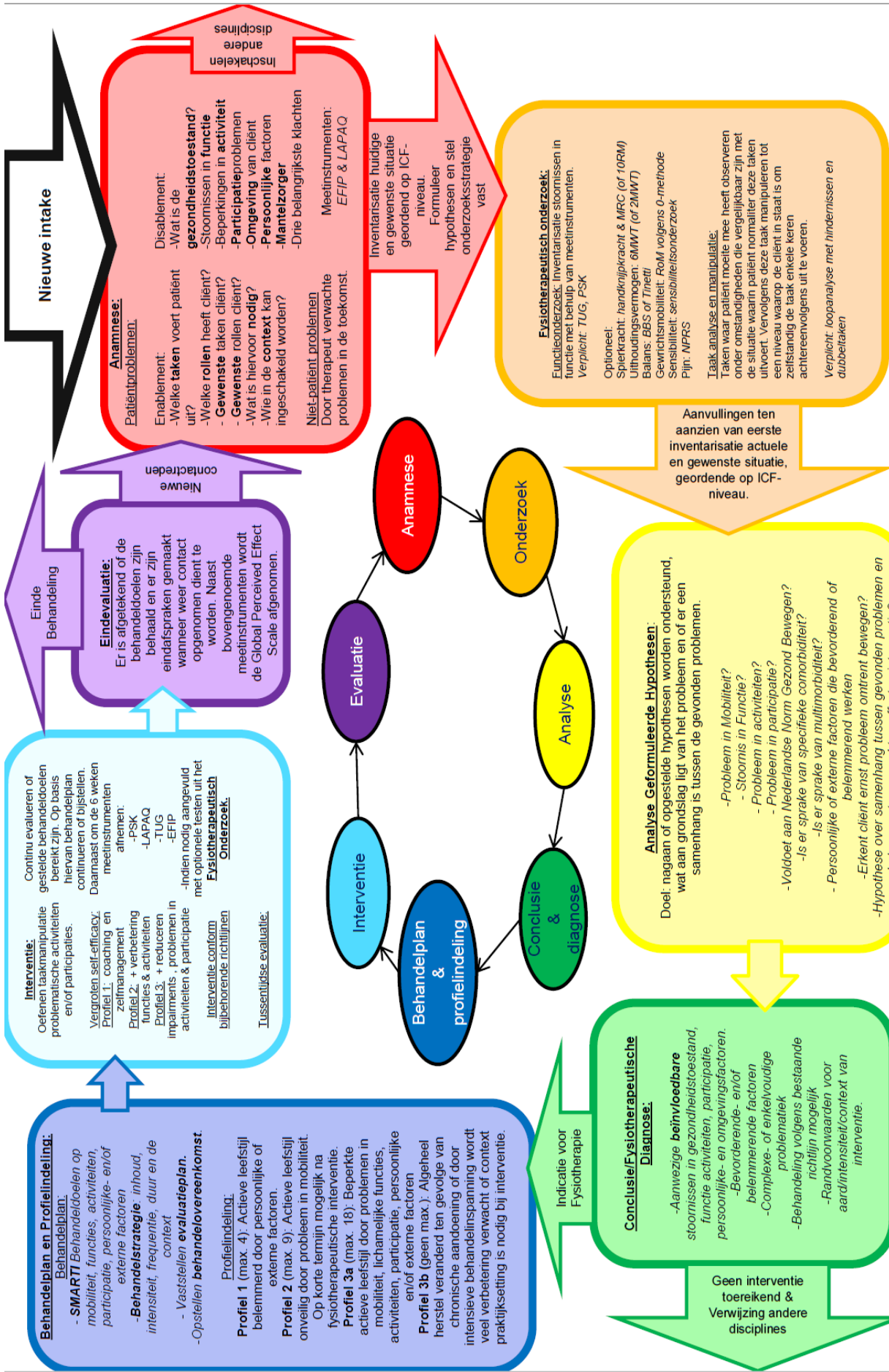
3. **Lichamelijk onderzoek** op geleide van de hypothesen die voortkomen uit de exploratie in de anamnese: welke functiestoornissen zijn aanwezig (mobiliteit, spierkracht, coördinatie etc), welke activiteiten kan een patiënt wel en wat niet, gemeten met valide en betrouwbare meetinstrumenten (bv berg-balance scale, spierkracht meter etc) Door de hypothese gestuurde benadering kan de fysiotherapeut prioriteiten stellen in het onderzoek. Daarnaast maakt de fysiotherapeut binnen het lichamelijk onderzoek gebruik van taakmanipulatie. Bij taakmanipulatie zoekt de fysiotherapeut naar condities waaronder een cliënt een bepaalde taak wel kan uitvoeren (bijvoorbeeld, een fysiotherapeut kan een stoel verhogen tot een cliënt er wel uit kan opstaan of een trap oplopen met lagere traptreden tot een cliënt wel de stap kan maken. Dit stelt de therapeut in staat het omslagpunt te bepalen wanneer een taak wel en niet meer lukt en het daarbij behorende trainingsniveau vaststellen. Dit geeft de therapeut ingangen om in de therapeutische oefeningen de juiste dosering te bereiken waarop de cliënt thuis eigenstandig en veilig de oefeningen kan doen.
4. De gevalideerde meetinstrumenten die structureel worden afgenomen zijn:
 - a. De Evaluative Frailty Index for Physical activity (EFIP)
 - b. De LASA Physical Activity Questionnaire (LAPAQ)
 - c. De Timed Up and Go test (TUG)
 - d. De Patiënt Specifieke Klachten vragenlijst (PSK)
5. Door inzet van een specifiek ontwikkeld Coach2Move **elektronisch patiëntendossier** wordt het **klinisch redeneren** van de fysiotherapeut gestuurd volgens de redeneercyclus van de Hypothesis-Oriented Algorithm for Clinicians II (HOAC II) (zie figuur 1). Op deze manier doorloopt de fysiotherapeut alle noodzakelijk klinisch redeneerstappen om tot de optimale behandelstrategie te komen.
6. Gebruik van **behandelprofielen** om de fysiotherapeut te ondersteunen in de keuze voor de optimale duur en inhoud van de behandeling. Voordat de fysiotherapeut de behandeling start, bespreekt hij/zij met de cliënt het beoogde therapiebeloop. De behandelprofielen bieden hier houvast. Deze behandelprofielen geven richting aan de therapie, maar tijdens de therapie kan een fysiotherapeut hier vanaf wijken. De volgende drie behandelprofielen zijn beschreven, namelijk:
 - a. Profiel 1: Coaching op zelf-management (2 tot 4 sessies). Binnen dit profiel verwacht de fysiotherapeut dat de cliënt met coaching zijn/haar doelen ten aanzien van het vergroten van de lichamelijke activiteit kan behalen.
 - b. Profiel 2: Coaching op zelf-management richt zich op het verbeteren van functies en activiteiten van belang om vervolgens het coachen op het vergroten van de lichamelijke activiteit te optimaliseren (4 tot 9 sessies). Binnen dit profiel verwacht de fysiotherapeut dat de cliënt in eerste instantie eerst moet oefenen om zijn of haar lichamelijke functies te verbeteren met gerichte (oefen)therapie (zoals spierkracht, coördinatie of uithoudingsvermogen trainen). De therapeut bespreekt de relatie tussen deze fysieke functies en lichamelijke activiteit stelt samen met de cliënt vast welke doelen behaald moeten worden met de oefeningen en welke doelen op het gebied van lichamelijke activiteit en hoe deze in de tijd op elkaar aansluiten. De mate van zelfmanagement en de het herstel tempo bepalen de frequentie van de behandelingen (varieert tussen 1-3 maanden).
 - c. Profiel 3a/b: Coaching op zelf-management richt zich aanvankelijk op het wegnemen van specifieke belemmeringen in functioneren, activiteiten en/of participatie, waarbij de ernst van de deficiënties de rol als therapeut bepaald, waarna in toenemende mate het accent verschuift naar coaching op het vergroten van lichamelijke activiteit (18 sessies). Binnen dit profiel verwacht de fysiotherapeut dat er in eerste instantie de persoonlijke doelen meer gericht zijn het opheffen dan wel verminderen van de beperkingen (lichamelijk, geestelijk of sociaal) door middel van trainen, voedingsadviezen, medicatie en/of hulpmiddelen en aanpassingen. Gedurende de behandeling kunnen dan de persoonlijke doelen in het kader van fysieke activiteit meer en meer aansluiten op de mogelijkheden en verschuift de rol van behandelaar naar coach.

Ongeacht de keuze voor een behandelprofiel dient de behandelend fysiotherapeut samen met de cliënt te overwegen of er andere zorgverleners betrokken moeten worden om de problemen adequaat aan te pakken.
7. Door de langere intake en uitgebreid lichamelijk onderzoek, kan de fysiotherapeut in **samenwerking** met de cliënt komen tot het stellen van de juiste **therapie doelen**:
 - a. SMARTI doelen worden opgesteld (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch, tijdsgebonden en inspirerend) gericht op het vergroten van de mobiliteit en lichamelijk activiteit van de cliënt;
 - b. Betrekken van familieleden, vrienden, en/of andere zorgprofessionals binnen de therapie en de SMARTI doelen, waarbij transparant moet zijn waarom deze doelen van belang zijn voor de cliënt;
 - c. Contract wordt getekend waarin de doelen worden vastgelegd en afspraken tussen therapeut en patiënt worden vastgelegd. In dit contract wordt ook heel specifiek gevraagd wie de cliënt kan

helpen met het realiseren van de doelen. Op deze wijze wordt getracht ook de sociale context rondom de cliënt te betrekken.

8. Evaluatie. De fysiotherapeut monitort met de set meetinstrumentaria de voortgang van de therapie alsook de specifieke SMARTI doelen (bv. met de patiënt-specifieke klachten vragenlijst). De standaard evaluatie wordt aangevuld met instrumentaria specifiek voor de patiënt in kwestie.

Figuur 1. Het Coach2Move redeneerproces weergegeven in de HOAC-II redencatiecirkel. Belangrijk om hierbij te realiseren is dat Coach2Move de aanpak er op is gericht om het behandel- en bewegplan samen met de patiënt uit te denken en vorm te geven. Coach2Move is dus niet een vooropgesteld pakket aan bewegadviezen.



Nieuwe intake

Anamnese:
Patiëntproblemen.
 Enablerment:
 - Welke taken voert patient uit?
 - Welke rollen heeft client?
 - Gewenste taken client?
 - Gewenste rollen client?
 - Wat is hiervoor nodig?
 - Wie in de context kan ingeschakeld worden?
 Disablement:
 - Wat is de gezondheidstoestand?
 - Stoornissen in functie
 - Beperkingen in activiteit
 - Participatieproblemen
 - Omgeving van client
 - Persoonlijke factoren
 - Mantelzorg
 - Drie belangrijkste klachten
 Meelinstrumenten:
 EFIP & LAPAQ
 Niet-patiënt problemen
 Door therapeut verwachte problemen in de toekomst
 Inventarisatie huidige en gewenste situatie geordend op ICF-niveau.
 Formuleer hypothesen en stel onderzoeksstrategie vast
 Inschakelen andere disciplines

Evaluatie:
 Er is afgetekend of de behandeldoelen zijn behaald en er zijn eindafspraken gemaakt wanneer weer contact opgenomen dient te worden. Naast bovengenoemde meetinstrumenten wordt de Global Perceived Effect Scale afgenomen.
 Nieuwe contactredenen

Anamnese
 Onderzoek
 Analyse
 Conclusie & diagnose
 Evaluatie
 Interventie
 Behandelplan & profilering

Interventie:
 Oefenen taakmanipulatie problematische activiteiten en/of participaties.
 Vergroten self-efficacy: zelfmanagement
 Profiel 1: coaching en management
 Profiel 2: + verbetering functies & activiteiten
 Profiel 3: + reduceren impairments, problemen in activiteiten & participatie
 Interventie conform bijbehorende richtlijnen
 Tussentijdse evaluatie:
 Continueren of gestelde behandeldoelen bereikt zijn. Op basis hiervan behandelplan continueren of bijstellen. Doormaat om de 6 weken meetinstrumenten afnemen:
 -PSK
 -LAPAQ
 -TUG
 -EFIP
 -Indien nodig aangevuld met optionele testen uit het Fysiotherapeutisch Onderzoek.

Conclusie/Fysiotherapeutische Diagnose:
 -Aanwezige beïnvloedbare stoornissen in gezondheidstoestand, functie activiteiten, participatie
 -Bevorderende- en/of beperkende factoren
 -Complexe- of enkelvoudige problematiek
 -Behandeling volgens bestaande richtlijn mogelijk
 -Randvoorwaarden voor aard/intensiteit/context van interventie.
 Geen interventie toereikend & Verwijzing andere disciplines
 Indicatie voor Fysiotherapie

Analyse Geformuleerde Hypothesen:
 Doel: nagaan of opgestelde hypothesen worden ondersteund, wat aan grondslag ligt van het probleem en of er een samenhang is tussen de gevonden problemen.
 -Probleem in Mobiliteit?
 -Stoornis in Functie?
 -Probleem in activiteiten?
 -Probleem in participatie?
 -Voldoet aan Nederlandse Norm Gezond Bewegen?
 -Is er sprake van specifieke comorbiditeit?
 -Is er sprake van multimorbiditeit?
 -Persoonlijke of externe factoren die bevorderend of belemmerend werken
 -Erkent client ernst probleem omtrent bewegen?
 -Hypothese over samenhang tussen gevonden problemen en beloop en te verwachten effecten interventie?

Radboudumc

Stroomschema Coach2Move

2. Uitvoering

Materialen – max 200 woorden

Welke materialen zijn beschikbaar voor de uitvoering, werving en evaluatie van de interventie?

Materialen voor de uitvoering, werving en evaluatie:

- Voorlichtingsmateriaal voor fysiotherapeuten en verwijzers;
- Elektronisch cliëntendossier dat het klinisch redeneren faciliteert; uitgerold via bestaande aanbieders (zoals Fysiomanager en Fysiologic) of via Excel bestand;
- Meetinstrumenten en instructies. De EFIP lijst is specifiek ontwikkeld voor de Coach2Move interventie om fysiotherapeuten handvatten te bieden binnen de operationalisering en evaluatie van kwetsbaarheid bij ouderen [de Vries 2013];
- A3 placemat met daarop het Coach2Move stroomschema.

Materialen beschikbaar voor de cursus:

- Presentaties in powerpointvorm over de Coach2Move aanpak, motivational interviewing en casus besprekingen;
- Videomateriaal met patiënten casussen en therapeut-patiënt interactie;
- Handleiding voor de cursisten grotendeels bestaand uit geannoteerde presentaties;
- Handleidingen voor de HOAC en meetinstrumenten;
- Handleiding voor de peer-assessment bijeenkomsten.

Materiaal beschikbaar voor de evaluatie:

- Er is een set indicatoren aanwezig die het mogelijk maakt het proces op kwaliteit te toetsen door de dossiervoering te scoren;
- Daarnaast kan de uitkomst van zorg getoetst worden met de meetuitkomsten die gestandaardiseerd onderdeel uitmaken van de interventie;
- E-assessment (script concordance test) om deelnemers te toetsen op hun Motivational Interviewing capaciteiten en affiniteit met Coach2Move, zoals ingezet in de implementatiestudie.[Heij 2020]

Locatie en type organisatie – max 200 woorden

Waar kan de interventie uitgevoerd worden en welk(e) soort(en) organisatie(s) kan/kunnen de interventie uitvoeren?

De interventie wordt primair uitgevoerd in de eerstelijns fysiotherapiepraktijk en/of gezondheidscentra of behandelcentra die ook in de eerste lijn opereren. De interventie kan ook omgezet worden in een aanpak voor ouderen in een verpleeghuis en wordt bij voorkeur ingebed in een zorgnetwerk voor ouderen.

Opleiding en competenties van de uitvoerders – max 200 woorden

Wie zijn de uitvoerders en welke opleiding en competenties hebben zij nodig?

De uitvoerders zijn fysiotherapeuten met een aantoonbare specialisatie en ervaring in de geriatrie die de 2 daagse Coach2Move scholing en 3 peer-assessment bijeenkomsten hebben gevolgd. Alle fysiotherapeuten die kwetsbare thuiswonende ouderen op reguliere basis behandelen kunnen deelnemen. Na de training zijn de behandelaars competent in de toepassing van de Coach2Move aanpak, waarbij in de drie peer-assessment bijeenkomst extra aandacht ligt op motivational interviewing, doelen stellen en inzet klinimetrie. Op dit moment verzorgt de afdeling IQ healthcare van het Radboud universitair medisch centrum trainingen in het toepassen van de Coach2Move aanpak. De scholing wordt nu enkel nog aangeboden als onderdeel van wetenschappelijk onderzoek. Gezocht wordt naar een partner die deze trainingen structureel kan aanbieden.

Kwaliteitsbewaking – max 200 woorden *Hoe wordt de kwaliteit van de interventie bewaakt?*

IQ healthcare van het Radboudumc rolt de interventie uit. Vooralsnog zijn trainingen nog aan wetenschappelijk onderzoek gekoppeld geweest. Initieel in de eerste pilot studies en de RCT werd de kwaliteit van de Coach2Move aanpak bewaakt door directe feedback van de expert in het Radboudumc op het handelen van de fysiotherapeut via een speciaal ontwikkeld elektronisch patiëntendossier. Omdat dit geen duurzame implementatiestrategie is, zijn er peer-assessment bijeenkomsten aan de Coach2Move training toegevoegd. Deze bijeenkomsten zijn wetenschappelijk getoetst en effectief gebleken [Maas 2015; van Dulmen 2014]. Op deze manier wordt de kwaliteit van de interventie bewaakt door de groep deelnemers zelf onder leiding van een coach die de bijeenkomsten leidt. Het elektronisch cliënten dossier wordt gebruikt om de kwaliteit van Coach2Move te meten aan de hand van een

aantal indicatoren (zoals, is de rol die een cliënt wil gaan vervullen beschreven, is er een coherente samenhang tussen anamnese en lichamelijk onderzoek, etc). De uitkomsten van zorg kunnen gemeten worden met de gestandaardiseerde metingen. De indicatorenset is behulpzaam om een systematische evaluatie uit te voeren en zou gebruikt kunnen worden door het meten van kwaliteitsscores zoals nu al gebruikelijk is bij de database van het KNGF en het Keurmerk. Deze manier van kwaliteitsbewaking is vooralsnog niet gerealiseerd.

Randvoorwaarden – max 200 woorden

Wat zijn de organisatorische en contextuele randvoorwaarden voor een goede uitvoering van de interventie?

Fysiotherapeuten moeten zich scholen volgens de Coach2Move. Daarnaast dienen ze te werken met een elektronisch patiëntendossier dat is ingericht volgens het Coach2Move framework. Daarnaast moet de fysiotherapeut bij de zorgverzekeraar 1 uur kunnen declareren voor de intake en een aanvullende 30 minuten voor gedegen administratie, in plaats van de reguliere 30 minuten voor de intake én registratie. Op dit moment is de vergoeding van voor deze langere intake door zorgverzekeraars enkel nog vergoed in een onderzoekssetting. Coach2Move wordt ondertussen wel door zorgverzekeraar DSW structureel ingekocht.

Om de toegankelijkheid te vergroten zou Coach2Move binnen de basisverzekering voor ouderen moeten vallen. Nu wordt een deel vergoed worden vanuit de aanvullende verzekering, maar het blijkt dat ouderen met een migratie achtergrond en lagere SES niet de fysiotherapeut bereiken. Fysiotherapeuten kunnen de behandeling dus niet altijd declareren bij een verzekeraar, waarbij de uitgebreide intake per definitie erbuiten valt.

Implementatie – max 200 woorden

Is er een systeem voor implementatie? Geef een samenvatting.

In januari 2017 is een onderzoek gestart naar het effect van het implementeren van Coach2Move in de dagelijkse fysiotherapiepraktijk, gefinancierd door ZonMw Doelmatigheid.[Heij, 2020] Naast deze studie liep een procesevaluatie. Binnen deze studie is de Coach2Move aanpak in 16 praktijken uitgerold. Om de Coach2Move aanpak te laten beklijven bij de deelnemende fysiotherapeuten, vulden wij de 2-daagse cursus aan met 3 peer-assessment bijeenkomsten. Deze studie is recent afgerond en het eerste manuscript (effect evaluatie) is voor publicatie aangeboden bij een wetenschappelijk, peer-reviewed tijdschrift.

Samen met de Nederlands Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie (NVFG) zoeken we naar een structurele vergoedingsstructuur voor deze kosteneffectieve interventie. Dit is de grootste horde voor structurele implementatie van de aanpak. Er is een facultatieve vergoeding voor de fysiotherapeuten die werken volgens de Coach2Move aanpak, echter deze wordt enkel nog door DSW ingekocht. Ook zijn gesprekken gevoerd met Chronisch ZorgNet om te kijken hoe Coach2Move duurzaam uitgerold kan worden binnen hun eerstelijns fysiotherapienetwerk. Daarnaast zijn de preliminaire resultaten van Coach2Move aangeboden aan Zorginstituut Nederland ter overweging om deze aanpak binnen de basisverzekerde zorg op te nemen. Tot slot is de Coach2Move aanpak geïntegreerd in het fysiotherapiecurriculum (start April 2022) van de Hogeschool Arnhem Nijmegen (HAN) onder de naam Choose2Move. Daarnaast zou de aanpak onderdeel van de opleiding tot geriatrie therapeut kunnen zijn.

Kosten – max 200 woorden

Wat zijn de kosten van de interventie? Benoem daarbij de personele (in aantallen uren) en de materiële kosten.

In de effectstudie en implementatiestudie kostte, respectievelijk, reguliere fysiotherapie gemiddeld 570 en 666 euro en Coach2Move fysiotherapie 468 en 460 euro [de Vries 2016; Heij 2022a]. Deze verschillen in kosten liggen m.n. in het substantiële verschil fysiotherapeutische behandelingen. In de implementatiestudie werden 33% van de patiënten in de reguliere fysiotherapie groep vaker dan 18 keer behandeld; in de Coach2Move groep was dit 15%.

Uit het onderzoek bleek dat ook de overall kosten voor de maatschappij zijn lager voor de Coach2Move groep dan voor de reguliere fysiotherapie groep, namelijk 2676 (1912–3440) euro versus 3524 (2730–4319) euro respectievelijk. Dit verschil was statistisch significant. Dit verschil konden we in de implementatiestudie niet bevestigen. Wij zagen geen statistisch significant verschil in totale maatschappelijk kosten maar in deze studie bleken meer ouderen met ernstige problemen te zijn geïnccludeerd.

Thans valt fysiotherapie buiten de basisverzekering van ouderen, maar kan voor een deel van de ouderen vergoed worden vanuit de aanvullende verzekering. Training in de Coach2Move aanpak is op dit moment nog kosteloos, maar kost deelnemende fysiotherapeuten met een specialisatie in geriatrie 2 dagen training en 3 peer-assessment bijeenkomsten (á 2,5 uur per bijeenkomst). Indien de training niet in het weekend valt, betekent dit dus inkomensverlies.

3. Onderbouwing

Probleem – max 400 woorden

Voor welk probleem of (mogelijk) risico is de interventie ontwikkeld? Omschrijf aard, ernst, spreiding en gevolgen.

Wereldwijd voldoet 31% van de bevolking niet aan de norm voor gezond bewegen (30 minuten matig intensief bewegen op 5 tot 7 dagen per week) [Chodzko-Zajko, 2009]. In Nederland ligt dit percentage hoger (49% van de ouderen van 65 jaar of ouder) in 2011 voldoet aan de beweegnorm [Hildebrandt, 2013]. Uit ons eigen onderzoek blijkt dat bij de start van een fysiotherapiebehandeling kwetsbare ouderen ongeveer 19 minuten per dag matig intensief zijn.[Heij, 2022a] Hoewel de naleving van de beweegnorm varieert tussen verschillende landen, is het duidelijk dat in de hele wereld een aanzienlijk deel van de oudere volwassenen sedentair is en dat toename in inactiviteit samenhangt met oudere leeftijd, mobiliteitsklachten én kwetsbaarheid [Jefferis, 2014; Landi, 2010; Cesari, 2015]. De prevalentie van kwetsbaarheid in de populatie ouderen in de Westerse maatschappij varieert sterk. Er zijn veel definities voor kwetsbaarheid. Wij hanteren dezelfde definitie voor kwetsbare ouderen als het RIVM. Het RIVM definieert kwetsbare ouderen als ouderen die moeite hebben om de regie over hun leven te voeren en daarmee hun zelfstandigheid te behouden. Zij onderscheiden grof weg 4 'gebieden' waarop ouderen kwetsbaar kunnen zijn: 1) fysieke, 2) cognitieve, 3) sociale en 4) psychische kwetsbaarheid. Percentages tussen de 4 en 59% onder thuiswonende ouderen zijn gerapporteerd tussen wetenschappelijke studies [Collard, 2012]. Volgens Vektis (data 2020) is het aantal thuiswonende kwetsbare ouderen in Nederland op dit moment 547.000. Gezien de dubbele vergrijzing zal deze naar alle waarschijnlijkheid toenemen. Op basis van het onderzoek van Gale et al (2015) mag aangenomen worden dat van de kwetsbare ouderen ongeveer 93% mobiliteitsproblemen ervaart. Dat komt neer op bijna 510.000 Nederlanders. Deze getallen zijn ook genoemd in het Rapport Kaljouw (2015). In datzelfde rapport wordt ook de beschreven dat kwetsbare ouderen steeds vaker en langer thuis blijven wonen. Om de belasting op de meer specialistische zorg te beperken, is het zaak dat deze populatie zolang mogelijk eigenregie kan blijven voeren en de zorgvraag en kwetsbaarheid beperkt blijven. Dit laatste is ook van belang, aangezien uit onderzoek blijkt dat er een consistente inverse associatie bestaat tussen kwetsbaarheid en kwaliteit van leven bij thuiswonende ouderen [Kojima 2016a; Chang 2012], valrisico,[Kojima 2015] ziekenhuisopnames,[Kojima 2016b] opname in verzorgingstehuizen,[Rockwood 2006] en sterfte.[Kojima 2018; Woo 2012].

Oorzaken – max 400 woorden

Welke factoren veroorzaken het probleem of (mogelijk) risico?

Uit onderzoek blijkt dat veel ouderen sedentair worden of blijven na acute ziekten (bijv. na een beroerte, botbreuk, en/of infecties met een lange periode van bedrust, ziekenhuisopname) of gebeurtenissen in het leven (bijv. een sociaal isolement), ondanks dat zij het advies krijgen om fysiek actief te blijven door bijvoorbeeld deel te nemen aan oefenprogramma's [Jefferis, 2014]. Verminderde lichamelijke activiteit kan ook het gevolg zijn van sarcopenie, vermoeidheid, een periode van bedrust, of angst voor vallen. Tegelijkertijd, resulteert langdurig verminderde lichamelijke activiteit ook weer in een lagere loopsnelheid, een verlies in spierkracht en uithoudingsvermogen, en een afname van coördinatie. Dit verhoogt vervolgens het risico van negatieve gezondheidseffecten [Fried, 2001]. Er is dus sprake van een negatieve spiraal, waarin klachten resulteren in lichamelijke inactiviteit en lichamelijke inactiviteit weer resulteert in additionele klachten, enzovoort. Vaak spelen psychosociale factoren ook een rol in deze vicieuze cirkel; mobiliteitsproblemen zijn bijv. geassocieerd met depressie en eenzaamheid [Gobbens, 2010a; Gobbens 2010b]. Maar ook kan angst voor vallen of negatieve ervaringen met het uitbreiden van de lichamelijke activiteit, juist leiden tot inactiviteit [Rasinaho 2007].

Het exacte werkingsmechanisme dat de ontwikkeling van kwetsbaarheid verklaart is nog onduidelijk, echter het is bekend dat gedurende het ouder worden de reservecapaciteit van verschillende fysiologische systemen afneemt [Clegg, 2013]. Doordat veel fysiologische systemen elkaar overlappen, leidt een afname in de fysiologische reserve niet direct tot aandoeningen of beperkingen in het functioneren. Echter, in combinatie met lichamelijke inactiviteit, kan de afgenomen fysiologische reserve wel degelijk leiden tot kwetsbaarheid, dat vervolgens tot negatieve gezondheidsuitkomsten kan leiden (zoals verslechtering van de fysieke status, vallen, opname in ziekenhuis of instelling en mortaliteit) [Clegg, 2013]. De Coach2Move aanpak richt zich dan ook op het vergroten van de lichamelijke activiteit, mobiliteit en zelfredzaamheid van kwetsbare thuiswonende ouderen met als hoofddoel het reduceren van de kwetsbaarheid en het vergroten van de kwaliteit van leven.

Aan te pakken factoren – max 200 woorden

Welke factoren pakt de interventie aan en welke onder 1.2 benoemde (sub)doelen horen daarbij?

Coach2Move-therapeuten richten zich op de competenties (fysiek en psychisch), de drijfveren en fysieke context van de kwetsbare thuiswonende ouderen. Barrières en facilitators op het fysieke, psychologische en sociale vlak dienen weggenomen of gestimuleerd te worden als onderdeel van het subdoel “*Bespreken van oplossingen voor relevante belemmerende factoren*”. Voor het herkennen van deze belemmeringen heeft de Coach2Move therapeut de gevalideerde EFIP vragenlijst tot beschikking.[De Vries 2013] Een deel van de EFIP vragenlijst be vraagt fysieke competenties met aandacht voor wat cliënten nog kunnen. Daarbij passen de subdoelen: “*Optimaliseren van de fysieke status*” en “*Vergroten van de functionele mobiliteit*”. De EFIP be vraagt ook psychosociale factoren en biedt additioneel inzicht wat de grenzen zijn in de mogelijkheden van het fysiotherapeutisch handelen; subdoel: “*Doorverwijzen bij psychosociale problemen*”. Indien psychosociale problemen van dien aard zijn dat de fysiotherapeut daar onvoldoende op kan aangrijpen en de therapieprogressie wordt beperkt, betreft of verwijst de therapeut (naar) een andere (para)medische discipline. Belangrijk is om in het hele proces met de cliënt samen te beslissen; subdoel “*Gezamenlijke besluitvorming*”. Tot slot is het vinden van de juist drijfveren een belangrijke component om de behandel effectiviteit te vergroten door bijvoorbeeld een betere therapievolgving en zinnellere therapie inhoud [Jordan 2010; Marks 2012]. Dit komt ook het subdoel “*Vergroten van de zelfredzaamheid*” ten goede. Daarom wordt motivational interviewing gebruikt om de doelen die de cliënt wil bereiken aan te laten sluiten bij de rol die de cliënt weer wil gaan vervullen. De fysieke context van de cliënt wordt betrokken (zoals naasten, mantelzorgers, etc) om de doelen context-relevant te maken. De daarbij passende subdoelen zijn: “*Realiseren van de afgesproken SMARTI doelen*” en “*Reduceren van de zorgafhankelijkheid en zorgconsumptie*”.

Verantwoording – max 1000 woorden

Maak aannemelijk dat met deze aanpak ook daadwerkelijk de doelen bij deze doelgroep bereikt kunnen worden.

Coach2Move beoogt duurzaam de lichamelijke activiteit, de mobiliteit en zelfredzaamheid te vergroten bij thuiswonende ouderen met al bestaande of dreigende mobiliteitsproblemen. De Coach2Move interventie is ontwikkeld volgens het MRC framework voor complexe interventies.[Craig 2000; Craig 2008] en de bewijslast is dan ook stap voor stap opgebouwd zoals hieronder puntsgewijs aangegeven:

- Uit een systematische review blijkt dat: a. oefentherapie een positief effect heeft op mobiliteit en fysiek functioneren bij ouderen, b. hoog intensieve oefentherapie meer effectief is dan laag intensief, c. krachtraining is een belangrijke onderdeel, d. een persoonlijke aanpak is het meest effectief in het realiseren van lange termijn uitkomsten.[de Vries 2012] Een negatief bijverschijnsel van oefenen als therapie is dat ouderen minder tijd besteden aan vrijetijdsactiviteiten, waardoor zij per saldo minder lichamenlijk actief worden.[De Vreede 2007; Hoogeboom 2010] Uit onderzoek blijkt dat lichamelijke activiteit van grote waarde is voor de preventie en behandeling van de gevolgen van veel chronische ziekten [Chodzko-Zajko 2009] zoals verminderd fysiek functioneren,[de Vries, 2012], mobiliteitsproblemen,[Pahor, 2014], kwetsbaarheid/sarcopenie,[Cesari 2014; Landi 2014], angst en depressie.[Coventry 2013]. Bovendien, heeft lichamelijke activiteit een positieve invloed op de kwaliteit van leven [Theou 2011][Kojima 2016] voorkomt en vermindert het de kwetsbaarheid bij ouderen [Cesari 2015; Landi 2010]. Kwetsbaarheid kenmerkt zich door een verminderde reservecapaciteit met als resultaat een verhoogd risico op nadelige gezondheidseffecten, zoals fysieke klachten, vallen, ziekenhuisopnames en zelfs overlijden.[Fried, 2001; Clegg 2013] Het hoofddoel is dus de lichamelijke activiteit in het dagelijks leven te vergroten en oefentherapie is voordelrijk.
- Uit de focusgroepdiscussies (gehouden onder ouderen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, geriaters en onderzoekers) die zijn gehouden voor de ontwikkeling van Coach2Move [de Vries 2015] kwamen de volgende adviezen naar voren:
 - Focus niet alleen op een diagnose van beperkingen en klachten maar ook op mogelijkheden en maak een overzicht van barrières en facilitators op het niveau van lichamelijke activiteit en participatie. Uit een tweede systematische review van onze onderzoeksgroep [de Vries 2011] kwamen drie relevante dimensies naar voren
 1. Fysieke dimensie: voedingsstatus, lichamelijke activiteit, mobiliteit, kracht, en energie;
 2. Psychologische dimensie: cognitie en stemming;
 3. Sociale dimensie: sociale contacten en sociale ondersteuning.
 - Formuleer expliciete persoonlijke therapiedoelstellingen samen met de patiënt om te komen tot een persoonlijk behandelplan gericht op het vergroten van betekenisvolle fysieke activiteit en (vergroten van) zelfmanagement. De voordelen van lichamelijke activiteit op de gezondheid zijn bekend en erkend, maar het blijft een uitdaging om de lichamelijke activiteit te verhogen als er beperkingen in fysiek functioneren zijn [de Vries 2012]. Een persoonsgerichte aanpak is noodzakelijk als de mobiliteit van ouderen wordt bedreigd door zowel sarcopenie, chronische aandoeningen, voedingsproblemen als ook gebeurtenissen op het sociale en fysieke vlak [Baert 2011; Heath 2012; Hill 2015].

- Zet Motivational interviewing in om te komen tot een cliënt-gericht plan. Van motivational interviewing is bekend dat dit, gecombineerd met oefentherapie, een positief effect heeft de fysieke en psychologische status en zelfredzaamheid van thuiswonende ouderen [Tse 2013] en de lichamelijke activiteit kan worden vergroot [O'Halloran 2014]. De fysiotherapeut als coach faciliteert de cliënt om zelf zijn/haar doelen te bereiken zowel tijdens de training als in zijn/haar persoonlijke situatie/context. De fysiotherapeuten hebben expertise binnen het geriatrisch domein en ervaring met motivational interviewing nodig.
- Formuleer duidelijke einddoelen met de cliënt.
- Zorg ervoor tijdens de behandeling de gestelde doelen te monitoren en evalueren. Hoewel er nog weinig wetenschappelijke publicaties zijn naar de effecten van therapie monitoring, wordt dit sterk geadviseerd.[Glasziou, 2005, 2008] Uit de sociale leertheorieën is bekend dat geloof in eigen kunnen sterk bijdraagt aan het adopteren van ander gedrag en behalen van betere uitkomsten.[Bandura 2001] Feedback en succes ervaringen versterken het geloof in eigen kunnen.[Jones 2011] Sociaal-cognitieve-psychologische theorieën geven aan dat motivatie toeneemt als er sprake is van keuze, controle, zelfmonitoring en samenwerking, wat kan leiden tot duurzame pogingen om lichamelijke activiteit te veranderen [Winstein 2015]. Deze aspecten staan centraal in Coach2Move.
- Fysiotherapeuten dienen klinisch te redeneren volgens de hoogste standaard. Uit onderzoek naar de factoren die een fysiotherapeut expert maken (ofwel de beste therapie uitkomsten realiseren), blijkt de kwaliteit van klinisch redeneren een belangrijke pijlers te zijn.[Edwards 2004; Jensen 2000; Resnik 2003] Om deze reden worden fysiotherapeuten opgeleid om volgens de HOAC-II te redeneren en monitoren (zie figuur 1).
- Bespreek bij de start van de therapie met de cliënt welk interventieprofiel van toepassing is en waarom, zodat het traject waarin aan persoonlijke doelen gewerkt wordt door de cliënt direct helder is. Leg deze afspraken vast in een wederzijds behandelcontract zodat de cliënt mede case-manager is van zijn eigen gezondheid. Deze aanpak sluit aan op de sociaal-cognitieve-psychologische gedragstheorieën (zie hierboven) ten aanzien van zelfmanagement en eigen regie voor het vergroten van lichamelijke activiteit [Winstein 2015] [Dobkin 2016] en eveneens voor de Coach2Move aspecten: stellen van inspirerende doelen ten aanzien van lichamelijke activiteit (m.b.v. motivational interviewing), identificatie van barrières (m.b.v. motivational interviewing), geven van keuzes (aan de hand van de interventieprofielen), klinisch redeneren (volgens de HOAC-II), duurzaam inbedden van de revalidatie binnen de sociale context (tekenen van het behandelcontract en betrekken van naasten), en monitoring en feedback (volgens de principes van de HOAC-II, bieden van controle en zelfmonitoring). De interventie gericht op keuze, motivatie, gevoel van verantwoordelijkheid, vertrouwen in eigen kunnen en therapie in de context van de cliënt verhoogt de navolging van de therapie zowel tijdens als na de therapieperiode.

Dat de adviezen vanuit de focusgroepen in lijn zijn met wetenschappelijke bevindingen blijkt nogmaals uit de resultaten van een netwerk meta-analyse van motiverende strategieën toegepast binnen Coach2Move [Heij 2022b]. Uit deze netwerk meta-analyse blijkt dat de effectiviteit substantieel toeneemt wanneer een combinatie aan strategieën worden toegepast. Tot slot is de (kosten)effectiviteit van Coach2Move getoetst in een RCT met randomisatie op patientniveau en een stepped wedge studie met randomisatie binnen een cluster van praktijken. Beide studies toonden aan dat de effectiviteit van de Coach2Move interventie groter was dan usual care fysiotherapie: de lichamelijke activiteit is hoger, de kwetsbaarheid lager, de loopsnelheid hoger en de kwaliteit van leven is hoger, ook na 12 maanden. Coach2Move therapeuten gebruikten minder behandelsessies. De gemiddelde totale zorgkosten tussen de groepen verschilden niet.

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering – max 600 woorden

Wat is op basis van het beschikbare onderzoek bekend over de uitvoering van de interventie?

Beschrijf kort welke onderzoeken zijn gedaan en wat daarvan de uitkomsten waren. Stuur bij het indienen van het werkblad de volledige publicatie van ieder genoemd onderzoek mee.

Onderzoek naar de uitvoering interpreteren wij als onderzoek naar sec de toepassing van Coach2Move in de fysiotherapiepraktijk. Hier bespreken we nog niet de effecten uit de lopende studies. De bevindingen over (kosten)effectiviteit komen terug in paragraaf 4.2.

Onderzoek 1:

- a) Publicatie: de Vries et al. The Coach2Move Approach: Development and Acceptability of an Individually Tailored Physical Therapy Strategy to Increase Activity Levels in Older Adults With Mobility Problems. J Geriatr Phys Ther. 2015 Oct-Dec;38(4):169-82.
- b) Opzet: Pre/Post design, twee fysiotherapeuten behandelden 12 kwetsbare ouderen. Bij iedere oudere werden voor en na de Coach2Move-interventie met gevalideerde vragenlijsten en testen de gezondheidsstatus gemeten. Daarnaast werden de ouderen geïnterviewd.
- c) Resultaten: Zowel de fysiotherapeuten als de kwetsbare ouderen waardeerden behandeling volgens de Coach2Move aanpak bijzonder hoog, zo bleek uit de interviews. De focus op inspirerende doelen en feedback werden als het meest aansprekend beschouwd.

Onderzoek 2:

- a) Publicatie: de Vries et al. Patient-centred physical therapy is (cost-) effective in increasing physical activity and reducing frailty in older adults with mobility problems: a randomized controlled trial with 6 months follow-up. J Cachexia Sarcopenia Muscle. 2016 Sep;7(4):422-35.
- b) Opzet: Gerandomiseerde gecontroleerde trial met 64 deelnemers in de Coach2Move groep en 66 deelnemers in de controle groep. Deelnemers waren kwetsbare thuiswonende ouderen met mobiliteitsproblemen.
- c) Resultaten: Hoewel er vragen waren bij het eigenstandig oefenen volgens de Coach2Move aanpak, bleek deze net als de reguliere fysiotherapie veilig uit te voeren bij kwetsbare ouderen met mobiliteitsproblemen. Ondanks dat Coach2Move aanpak kwetsbare ouderen stimuleert meer te bewegen, waren er evenveel gerapporteerde vallen in beide groepen, de consequenties waren minder ernstig in de Coach2Move groep.

Onderzoek 3:

- a) Publicatie: Van de Sant et al. Implementation of a Personalized, Cost-Effective Physical Therapy Approach (Coach2Move) for Older Adults: Barriers and Facilitators. J Geriatr Phys Ther. 2019 Jul; 42(3): E1–E16.
- b) Opzet: Mixed-methods studie tijdens de gerandomiseerde gecontroleerde trial (onderzoek 2). De studipopulatie bestond uit 13 geriatriefysiotherapeuten die behandelden volgens Coach2Move en 13 fysiotherapeuten die reguliere fysiotherapie zorg verleenden. Op basis van 130 fysiotherapeutische dossiers (64 Coach2Move, 66 usual care) werd het klinisch redeneren getoetst en middels interviews werden de ervaringen met en de barrières/facilitators van de Coach2Move aanpak geëvalueerd.
- c) Resultaten: De fysiotherapeuten in de Coach2Move hadden een grotere focus hadden op zelfmanagement, eigen regie, cliënt gerichte doelen, evalueren en geven van feedback dan reguliere fysiotherapie. Ervaringen met Coach2Move waren positief, met name, motivational interviewing, de grondige anamneses en diagnostiek en de inspirerende therapiedoelen. Een barrière van Coach2Move was het dubbel moeten registreren voor het wetenschappelijk onderzoek.

Onderzoek 4:

- a) Publicatie: Heij et al. Implementation of a Cost-Effective Physical Therapy Approach (Coach2Move) to Improve Physical Activity in Community-Dwelling Older Adults With Mobility Problems: Protocol for a Cluster-Randomized, Stepped Wedge Trial. *Physical Therapy*, Volume 100, Issue 4, April 2020, Pages 653–661.
- b) Opzet: Protocolstudie van de implementatiestudie van Coach2Move. In deze publicatie wordt de nieuwe implementatiestrategie voor landelijke uitrol en studie opzet toegelicht. In deze vernieuwde implementatiestrategie wordt een e-assessment voorafgaand aan de 2 trainingdagen gebruikt om de scholing aan te passen aan het niveau van de deelnemers en is de coaching tijdens de uitvoering van de interventie vervangen door drie peer-assessment bijeenkomsten.
- c) Resultaten: De nationale implementatiestrategie van Coach2Move is gebaseerd op de bevindingen uit de RCT en een implementatiepilot in de regio Schiedam, gefinancierd door zorgverzekeraar DSW. Het rapport is eigendom van DSW en kunnen we niet delen. De resultaten waren zeer bemoedigend, zowel ten aanzien van de toepassing van de e-assessment als op het vlak van motivational interviewing en de peer-assessment bijeenkomsten. De uitkomsten waren goed hetgeen ook blijkt uit de vergoeding van Coach2Move door DSW.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten – max 600 woorden

Wat is op basis van het beschikbare onderzoek bekend over de behaalde effecten met de interventie?

Beschrijf kort welke onderzoeken zijn gedaan en wat daarvan de uitkomsten waren. Stuur bij het indienen van het werkblad de volledige publicatie van iedere genoemde studie mee.

Onderzoek 1:

- a) Publicatie: de Vries et al. The Coach2Move Approach: Development and Acceptability of an Individually Tailored Physical Therapy Strategy to Increase Activity Levels in Older Adults With Mobility Problems. *J Geriatr Phys Ther.* 2015 Oct-Dec;38(4):169-82.
- b) Opzet: Pre/Post design, twee fysiotherapeuten behandelden 12 kwetsbare ouderen. Bij iedere oudere werden voor en na de Coach2Move-interventie met gevalideerde vragenlijsten en testen de gezondheidsstatus gemeten.
- c) Resultaten: Na de Coach2Move behandeling bleken de patiënten ten opzichte van de baseline statistisch significant meer fysiek actief (gemiddeld verschil: 26.9 minuten per dag) en minder fragiel (-0.08 punten) te zijn en een hogere loopsnelheid (0,09 meter/seconde) te hebben.

Onderzoek 2:

- a) Publicatie: de Vries et al. Patient-centred physical therapy is (cost-)effective in increasing physical activity and reducing frailty in older adults with mobility problems: a RCT with 6 months follow-up. *J Cachexia Sarcopenia Muscle.* 2016 Sep;7(4):422-35.
- b) Opzet: Gerandomiseerde gecontroleerde trial, 64 deelnemers in de Coach2Move groep en 66 in de controle groep.
- c) Resultaten: Zes maanden na de interventie was de Coach2Move groep statistisch significant meer matig-intensief lichamelijk actief te zijn dan de reguliere fysiotherapie groep (gemiddeld verschil: 17.9 min per dag). Kwetsbaarheid nam meer af in de Coach2Move groep dan in de reguliere fysiotherapiegroep (gemiddeld verschil: -0.03). Vergeleken met reguliere fysiotherapie, resulteerde de Coach2Move strategie in een kostenbesparing (€850,-) , en een verbetering kwaliteit van leven Jaren (QALYs), (0.02) en een net monetary benefit op ieder willingness to pay afkappunt.

Onderzoek 3:

- a) Publicatie: Heij et al. Implementation of a personalized physiotherapy approach (Coach2Move) in older adults: a cluster-randomized stepped wedge trial. Submitted 2022a.

- b) Opzet: Cluster-randomized stepped wedge trial met 180 deelnemers in de controleperiode (reguliere fysiotherapie) en 112 deelnemers in de interventieperiode (Coach2Move fysiotherapie) verdeeld over 16 participerende fysiotherapiepraktijken. De primaire uitkomstmaten waren fysieke activiteit gemeten met de LAPAQ vragenlijst en functionele mobiliteit gemeten met de Timed Up and Go test (TUG).
- c) Resultaten: Zowel 6 als 12 maanden na de interventie waren participanten in de interventieperiode (Coach2Move) significant meer matig-intensief lichamelijk actief dan participanten ingesloten in de controleperiode (reguliere fysiotherapie) (gemiddeld verschil respectievelijk: 19,9 minuten per dag en 31,6 minuten per dag). Verder scoorden de participanten tijdens de interventieperiode significant beter op de TUG dan participanten tijdens de controle groepen op 3, 6 en 12 maanden (respectievelijk -8, -14, en -17 seconden). Deze verschillen zijn zowel statistisch als klinisch relevant en duurzaam: juist op 12 maanden worden de verschillen groter. Ook scoorden de Coach2Move participanten beter op fragiliteit (EFIP), kwaliteit van leven (EQ-5D-5L) en patiënt-specifieke klachten (PSK). In lijn met de eerdere RCT, bleek de Coach2Move behandeling minder sessies te beslaan, namelijk 15 versus 22 sessies. Echter was de Coach2Move interventie vanuit een gezondheidszorgperspectief €800 duurder over 12 maanden (niet significant).

Onderzoek 4:

- a) Publicatie: Heij et al. Systematic review and network meta-analysis on motivational strategies added to physical activity interventions aimed at promoting physical activity among older adults with mobility problems. Submitted 2022b.
- b) Opzet: Systematisch literatuuronderzoek met netwerk meta-analyse. Gezocht werd in PubMed, EMBASE, CINAHL, en PEDro naar RCTs naar de effectiviteit van motiverende strategieën toegevoegd aan oefentherapie om lichamelijke activiteit te stimuleren bij ouderen met mobiliteitsproblemen.
- c) Resultaten: 51 studies (met daarin 11,596 participanten) werden geanalyseerd. Uit de meta-analyses bleek dat 6 maanden na behandeling lichamelijke activiteit statistisch significant toenam na toepassing van motiverende gesprekstechnieken en context-gerelateerde interventies. Daarnaast bleek dat de combinatie van motiverende technieken effectiever was dan de toepassing van een enkele motiverende techniek. De kwaliteit van bewijs (GRADE) was laag tot zeer laag.

5. Samenvatting Werkzame elementen

Wat zijn de werkzame elementen van deze interventie waardoor de gestelde doelen bij de doelgroep gerealiseerd worden? Geef een puntsgewijs overzicht van de belangrijkste werkzame elementen van de interventie. Denk daarbij aan inhoudelijke en praktische elementen.

Max 250 woorden

- De aanpak wordt uitgevoerd door fysiotherapeuten met een specialisatie in geriatrie;
 - De aanpak richt zich primair op het vergroten van lichamelijke activiteit en zelfmanagement;
 - Het klinisch redeneermodel (HOAC-II) garandeert een adequate probleemanalyse en wordt ondersteund door het elektronisch patiëntendossier.
 - De uitgebreide intake van 60 minuten biedt ruimte voor een anamnese die zowel ervaren problemen, competenties, barrières en facilitators ten aanzien van fysieke activiteit in kaart brengt
 - De aanpak is afgestemd op de individuele patiënt met behulp van Motivational Interviewing waardoor in kaart wordt gebracht welke drijfveren de oudere nog heeft
 - een grondige diagnostiek brengt in kaart welke fysieke voorwaarden getraind moeten worden om weer lichamenlijk actief te worden
 - Middels taakmanipulatie wordt vastgesteld wat en hoe de oudere zelf kan trainen n fysiek actief kan worden;
 - De aanpak stuurt op het inbedden van fysieke training en lichamelijke activiteit in de dagelijkse, sociale context van de cliënt;
 - De aanpak is geënt op shared decision making, waarbij samen keuzes gemaakt en vastgelegd worden ten aanzien van individuele SMARTI doelen met daarbij behandelduur
 - De aanpak is niet alleen op de oudere zelf maar ook op de sociale context gericht
 - De patiënt wordt gecoacht om eigen regie te voeren door het behalen van doelen te monitoren;
 - De evaluatie van de aanpak vindt plaats met behulp van valide en betrouwbare meetinstrumenten;
 - De oudere krijgt feedback ten aanzien van de vorderingen.
 - De peer-assessment bijeenkomsten leren de fysiotherapeut te reflecteren op hun eigen handelen
 - Al bestaande competenties bij de therapeut en de oudere zelf worden geactiveerd

6. Aangehaalde literatuur

Maak een alfabetische lijst van alle in deze beschrijving aangehaalde literatuur en gebruik hiervoor de APA-normen (variant met kleine letters, zie aanwijzingen in de handleiding).

Baert V, Gorus E, Mets T, Geerts C, Bautmans I. Motivators and barriers for physical activity in the oldest old: a systematic review. *Ageing Res Rev* 2011;10:464–474.

Bandura A. Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annu Rev Psychol* 2001; 52:1 – 26.

Chang YW, Chen WL, Lin FG, Fang WH, Yen MY, Hsieh CC, et al. Frailty and its impact on health-related quality of life: a cross-sectional study on elder community-dwelling preventive health service users. *PLoS One*. 2012;7(5):e38079.

Cesari M, Landi F, Vellas B, Bernabei R, Marzetti E. Sarcopenia and physical frailty: two sides of the same coin. *Front Aging Neurosc* 2014;6:192.

Cesari M, Vellas B, Hsu FC, Newman AB, Doss H, King AC et al. A physical activity intervention to treat the frailty syndrome in older persons-results from the LIFE-P study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2015;70:216–222.

Chodzko-Zajko WJ, Proctor DN, Fiatarone Singh MA, Minson CT, Nigg CR, Salem GJ, et al. American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. *Med Sci Sports Exerc* 2009;41:1510–1530.

Clegg A, Young J, Iliffe S, Olde Rikkert MG, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet* 2013;381:752–762.

Cobb LK, Godino JG, Selvin E, Kucharska-Newton A, Coresh J, Koton S. Spousal Influence on Physical Activity in Middle-Aged and Older Adults: The ARIC Study. *Am J Epidemiol*. 2016 Mar 1;183(5):444-51.

Collard RM, Boter H, Schoevers RA, et al. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2012;60(8):1487-92.

Coventry PA, Bower P, Keyworth C, Kenning C, Knopp J, Garrett C et al. The effect of complex interventions on depression and anxiety in chronic obstructive pulmonary disease: systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2013;8:e60532.

Dobkin BH. Behavioral self-management strategies for practice and exercise should be included in neurologic rehabilitation trials and care. *Curr Opin Neurol*. 2016 Sep 6. [Epub ahead of print]

van Dulmen SA, Maas M, Staal JB, Rutten G, Kiers H, Nijhuis-van der Sanden M, van der Wees P. Effectiveness of peer assessment for implementing a Dutch physical therapy low back pain guideline: cluster randomized controlled trial. *Phys Ther*. 2014 Oct;94(10):1396-409.

Edwards I, Jones M, Carr J, Braunack-Mayer A, Jensen GM. Clinical reasoning strategies in physical therapy. *Phys Ther*. 2004 Apr;84(4):312-30; discussion 331-5.

Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56:M146–M156.

Gale CR, Cooper C, Sayer AA. Prevalence of frailty and disability: findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Age Ageing* 2015; 44: 162-165.

Glasziou P, Irwig L, Mant D. Monitoring in chronic disease: a rational approach. *BMJ*. 2005 Mar 19;330(7492):644-8.

Glasziou P (Editor), Irwig L (Editor), Aronson JK (Editor). Evidence-Based Medical Monitoring: From Principles to Practice. ISBN: 978-1-4051-5399-7. 376 pages. January 2008, BMJ Books

Gobbens RJ, Luijckx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. Toward a conceptual definition of frail community dwelling older people. *Nurs Outlook* 2010a;58:76–86.

Gobbens RJ, Luijckx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. Towards an integral conceptual model of frailty. *J Nutr Health Aging* 2010b;14:175–181.

Heath GW, Parra DC, Sarmiento OL, Andersen LB, Owen N, Goenka S et al. Evidence-based intervention in physical activity: lessons from around the world. *Lancet* 2012;380:272–281.

Heij W, Sweerts L, Staal JB, Teerenstra S, Adang E, van der Wees PJ, Nijhuis-van der Sanden MWG, Hoogeboom TJ. Implementation of a personalized physiotherapy approach (Coach2Move) in older adults: a cluster-randomized stepped wedge trial. Submitted 2022a.

Heij W, Teerenstra S, Sweerts L, Staal JB, Nijhuis-van der Sanden MWG, Hoogeboom TJ. Implementation of a Cost-Effective Physical Therapy Approach (Coach2Move) to Improve Physical Activity in Community-Dwelling Older Adults With Mobility Problems: Protocol for a Cluster-Randomized, Stepped Wedge Trial. *Physical Therapy*, Volume 100, Issue 4, April 2020, Pages 653–661.

Heij W, Sweerts L, Staal JB, Cuijpers I, Nijhuis-van der Sanden MWG, van der Wees PJ, Hoogeboom TJ. Systematic review and network meta-analysis on motivational strategies added to physical activity interventions aimed at promoting physical activity among older adults with mobility problems. Submitted 2022b.

Hildebrandt VH, Bernaards CM, Stubbe JH. Trendrapport bewegen en gezondheid 2010–2011. Leiden: TNO; 2013.

Hill KD, Hunter SW, Batchelor FA, Cavalheri V, Burton E. Individualized home-based exercise programs for older people to reduce falls and improve physical performance: a systematic review and meta-analysis. *Maturitas* 2015;82:72–84.

Hoogeboom TJ, Dronkers JJ, van den Ende CH, Oosting E, van Meeteren NL. Preoperative therapeutic exercise in frail elderly scheduled for total hip replacement: a randomized pilot trial. *Clin Rehabil*. 2010 Oct;24(10):901-10.

Jefferis BJ, Sartini C, Lee IM, Choi M, Amuzu A, Gutierrez C et al. Adherence to physical activity guidelines in older adults, using objectively measured physical activity in a population-based study. *BMC Pub Health* 2014;14:382.

Jensen GM, Gwyer J, Shepard KF. Expert practice in physical therapy. *Phys Ther*. 2000 Jan;80(1):28-43; discussion 44-52.

Jones F, Riazi A. Self-efficacy and self-management after stroke: a systematic review. *Disabil Rehabil* 2011; 33:797 – 810.

Jordan JL, Holden MA, Mason EE, Foster NE. Interventions to improve adherence to exercise for chronic musculoskeletal pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010;1: CD005956.

Kojima G. Frailty as a predictor of future falls among community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc*. 2015;16(12):1027–33.

Kojima G, Iliffe S, Morris RW, Taniguchi Y, Kendrick D, Skelton DA, et al. Frailty predicts trajectories of quality of life over time among British community-dwelling older people. *Qual Life Res*. 2016a;25(7):1743–50.

Kojima G. Frailty as a predictor of hospitalisation among community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. *J Epidemiol Community Health*. 2016b;70(7):722–9.

Kojima G, Iliffe S, Walters K. Frailty index as a predictor of mortality: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*. 2018;47(2):193–200.

Kwetsbare Ouderen. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau, 2011.

Landi F, Abbatecola AM, Provinciali M, Corsonello A, Bustacchini S, Manigrasso L et al. Moving against frailty: does physical activity matter? *Biogerontology* 2010;11:537–545.

Landi F, Marzetti E, Martone AM, Bernabei R, Onder G. Exercise as a remedy for sarcopenia. *Curr Opin Clin Nutr Metabol Care* 2014;17:25–31.

Maas MJ, van der Wees PJ, Braam C, Koetsenruijter J, Heerkens YF, van der Vleuten CP, Nijhuis-van der Sanden MW. An innovative peer assessment approach to enhance guideline adherence in physical therapy: single-masked, cluster-randomized controlled trial. *Phys Ther*. 2015 Apr;95(4):600-12.

Marks R. Knee osteoarthritis and exercise adherence: A review. *Current Aging Science*. 2012;5: 72–83.

O'Halloran PD, Blackstock F, Shields N, Holland A, Iles R, Kingsley M, Bernhardt J, Lannin N, Morris ME, Taylor NF. Motivational interviewing to increase physical activity in people with chronic health conditions: a systematic review and meta-analysis. *Clin Rehabil*. 2014 Dec;28(12):1159-71.

Pahor M, Guralnik JM, Ambrosius WT, Blair S, Bonds DE, Church TS et al. Effect of structured physical activity on prevention of major mobility disability in older adults: the LIFE study randomized clinical trial. *JAMA* 2014;311:2387–2396.

Podsiadlo D, Richardson S. The Timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc*. 1991;39(2):142–148.

Rasinaho M, Hirvensalo M, Leinonen R, Lintunen T, Rantanen T. Motives for and barriers to physical activity among older adults with mobility limitations. *J Aging Phys Act*. 2007;15:90-102. doi:10.1123/japa.15.1.90

Rockwood K, Mitnitski A, Song X, Steen B, Skoog I. Long-term risks of death and institutionalization of elderly people in relation to deficit accumulation at age 70. *J Am Geriatr Soc*. 2006;54(6):975–9

Resnik L, Jensen GM. Using clinical outcomes to explore the theory of expert practice in physical therapy. *Phys Ther*. 2003 Dec;83(12):1090-106.

Van de Sant AJ, de Vries NM, Hoogeboom TJ, Nijhuis-van der Sanden MW. Implementation of a Personalized, Cost-Effective Physical Therapy Approach (Coach2Move) for Older Adults: Barriers and Facilitators. *J Geriatr Phys Ther*. 2019 Jul; 42(3): E1–E16.

Stel VS, Smit JH, Pluijm SM, Visser M, Deeg DJ, Lips P. Comparison of the LASA Physical Activity Questionnaire with a 7-day diary and pedometer. *J Clin Epidemiol*. 2004;57(3):252–258.

Theou O, Stathokostas L, Roland KP, Jakobi JM, Patterson C, Vandervoort AA et al. The effectiveness of exercise interventions for the management of frailty: a systematic review. *J Aging Res* 2011;2011:569194.

Tse MM, Vong SK, Tang SK. Motivational interviewing and exercise programme for community-dwelling older persons with chronic pain: a randomised controlled study. *J Clin Nurs*. 2013 Jul;22(13-14):1843-56.

de Vreede PL, van Meeteren NL, Samson MM, Wittink HM, Duursma SA, Verhaar HJ. The effect of functional tasks exercise and resistance exercise on health-related quality of life and physical activity. A randomised controlled trial. *Gerontology*. 2007;53(1):12-20.

de Vries NM, van Ravensberg CD, Hobbelen JSM, Olde Rikkert MG, Staal JB, Nijhuis-van der Sanden MW. Effects of physical exercise therapy on mobility, physical functioning, physical activity and quality of life in community-dwelling older adults with impaired mobility, physical disability and/or multi-morbidity: a meta-analysis. *Ageing Res Rev* 2012;11:136–149.

de Vries NM, Staal JB, Olde Rikkert MG, Nijhuis-van der Sanden MW. Evaluative Frailty Index for Physical activity (EFIP): a reliable and valid instrument to measure changes in level of frailty. *Phys Ther*. 2013;93(4):551–561.

de Vries NM, van Ravensberg CD, Hobbelen JS, van der Wees PJ, Olde Rikkert MG, Staal JB, Nijhuis-van der Sanden MW. The Coach2Move Approach: Development and Acceptability of an Individually Tailored Physical Therapy Strategy to Increase Activity Levels in Older Adults With Mobility Problems. *J Geriatr Phys Ther*. 2015 Oct-Dec;38(4):169-82.

de Vries NM, Staal JB, van der Wees PJ, Adang EM, Akkermans R, Olde Rikkert MG, Nijhuis-van der Sanden MW. Patient-centred physical therapy is (cost-) effective in increasing physical activity and reducing frailty in older adults with mobility problems: a randomized controlled trial with 6 months follow-up. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2016 Sep;7(4):422-35.

Winstein C, Kay D. Translating the science into practice: shaping rehabilitation practice to enhance recovery after brain damage. *Prog Brain Res* 2015; 218:331 – 360.

Woo J, Leung J, Morley JE. Comparison of frailty indicators based on clinical phenotype and the multiple deficit approach in predicting mortality and physical limitation. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(8):1478–86.

7. Praktijkvoorbeeld

Beschrijf, indien beschikbaar, in max. 600 woorden een praktijkvoorbeeld van de uitvoering van de interventie: hoe was de situatie voor, tijdens en na de interventie?

Referral

Mrs. F is 75 year old and is referred to physical therapy by her general practitioner after a fall incident. The fall incident caused major pain in the left knee, hip and pelvis, during activity as well as rest. No advanced diagnostics had been performed.

Intake Coach2Move physical therapist

At the time of the first physical therapy session, the fall incident was two weeks ago and Mrs. F was still unable to walk for more than 5 meters with or without a walking aid. Performing activities of daily living independently was very difficult and Mrs. F was at risk of losing her independence. The physical therapist started the intake with taking an extensive history based on motivational interviewing techniques. This conversation led to a good insight into the patient specific problems, possibilities and preferences. Mrs. F indicated that the problems in mobility had made her feel depressed because she is not able to do the things she wants most: help and support her friend as an informal caregiver, be a mother and grandmother and participate in social activities in the community center nearby. Mrs. F used to take care of her husband who was chronically ill for 20 years. Mr. F died 3 years ago. Even though Mrs. F misses her husband, she enjoys being able to do activities for herself and being more socially involved. Mrs. F indicates that, at this moment, she has fear of being active. She is afraid that being physically active will lead to more pain and disabilities. The fall incident was an accident that happened while Mrs. F was helping her friend as an informal caregiver. There is no indication to assume an impairment in balance. The physical therapist performed a number of performance tests and questionnaires, which showed low walking distance and walking speed, minimal daily physical activity and substantial pain. Observation of walking pattern was difficult because Mrs. F was hardly able to stand on her left leg because of pain. In addition she showed some signs of instability in the left knee. Basic functional investigation of the lower back, hips, pelvis and knees mainly showed local pain and instability of the medial collateral ligament of the knee and pain at the greater trochanter.

Diagnosis by Coach2Move physical therapist

Distortion of the medial collateral ligament of the knee and contusion of the greater trochanter. Before physical therapy started, the physical therapist wanted to exclude (small)fractures to make sure that there was no contra-indication to be physically active. Therefore the general practitioner was contacted and X-ray's were made. The results showed no fractures in the leg or pelvis. Facilitating (psychosocial and environmental) factors: motivation to participate in community center, to visit family and to help friend as an informal caregiver. Barriers: Fear of movement, depressed feelings because of immobility, widow (no social support at home).

Treatment goals

Within 8 weeks Mrs. F wants to be able to:

- Do groceries independently (500 meter walk) with or without a walking aid.
- Help her friend as an informal caregiver. Her friend lives in a town at 5km distance. To go see him, she must be able to travel by bus.
- Participate in social activities: at the community center (200 meter walk), visit daughter and granddaughter (travel by bus).

Sub goals: improving stability of the left knee and reducing movement fear.

Treatment

Treatment consisted of coaching and advice considering resuming physical activities despite pain. To ensure that the patient could be physically active, the therapist and patient decided together to fit Mrs. F with a knee brace and to train her in the use of a walking aid. The use of these assistive devices was subsequently reduced during treatment and Mrs. F learned to use her walking aid for long distances and for doing groceries. Mrs. F was stimulated to perform an exercise program to improve stability of the left knee at home. Information and advice considering the nature of her problems was given in order to reduce fear of movement. Mrs. F had 9 physical therapy consults in total.

Evaluation

Walking distance and walking speed had improved enormously after physical therapy treatment. Pain was still present, but it did not limit her in performing (social) activities any more. Mrs. F is confident that physical activity does not provoke more pain and that she is able to continue her activities on her own. She is very satisfied with the treatment results.