



1 JANUARI 2024

# AUTEURSRICHTLIJNEN FYSIOPRAXIS WETENSCHAPSARTIKELEN



## Inhoudsopgave

PROCES VAN AANLEVERING TOT PUBLICATIE .....	2
FORMAT 1: Wetenschap-artikel .....	3
FORMAT 2: Wetenschap-promotie .....	4
FORMAT 3: Wetenschap–samengevat .....	7
SCHRIJFADVIEZEN EN RICHTLIJNEN .....	9
Afkortingen.....	9
Referenties/literatuurverwijzingen .....	9
Getallen .....	9
Tips voor aantrekkelijk schrijven .....	9
BEELDMATERIAAL AANLEVEREN .....	9

## PROCES VAN AANLEVERING TOT PUBLICATIE

<b>Idee indienen</b>	Heb je een idee voor een artikel/bijdrage? Mail het naar <a href="mailto:fysiopraxis@kngf.nl">fysiopraxis@kngf.nl</a> Geef in je mail kort aan waar het over gaat en wat de fysiotherapeut in de praktijk met deze kennis kan. We bespreken jouw idee in de redactievergadering en besluiten dan of het zich leent voor een artikel en zo ja, in welk format. <b>N.B: lever niet een compleet geschreven artikel aan.</b>
<b>Schrijven</b>	Als je idee is goedgekeurd, en is afgestemd in welk format en welke lengte het geplaatst zou kunnen worden, dan kan je het artikel gaan schrijven. Je kan je eerste versie sturen naar <a href="mailto:fysiopraxis@kngf.nl">fysiopraxis@kngf.nl</a>
<b>Redactie</b> ↓	Leden van de wetenschapsredactie zullen het artikel reviewen. Zij zullen het artikel inhoudelijk beoordelen met als doel de boodschap van jouw artikel waar nodig of mogelijk aan te scherpen en de leesbaarheid te vergroten door eventuele onduidelijkheden weg te nemen. Je zult verzocht worden een herziene versie aan te leveren. Soms gaat een artikel een paar keer heen en weer, tot er een definitieve tekst ligt. In deze fase wordt besloten in welke editie van FysioPraxis het artikel wordt opgenomen. Dit wordt mede bepaald door de snelheid waarmee het proces van revisie van het artikel plaatsvindt.  De redactie behoudt zich het recht voor om in deze fase een artikel alsnog af te wijzen
<b>Eindredactie</b> ↓ <b>Opmaak</b> ↓	Zodra jij en de wetenschapsredactie het eens zijn dat het artikel zo klaar is gaat het naar de eindredactie. Daar wordt de tekst nog een keer doorgenomen op lengte, compleetheid (waaronder foto's, figuren en grafieken), spelling, stijl, koppen, intro, consistentie, etc. Mogelijk ontvang je in deze fase nog aanvullende vragen van de eindredacteur. In deze fase kan nog besloten worden dat de publicatie van je artikel naar een andere editie van FysioPraxis verplaatst wordt, bijvoorbeeld vanwege een gebrek aan publicatieruimte. Je wordt daarover geïnformeerd.
<b>Publicatie</b>	Zodra de editie van FysioPraxis, met daarin jouw artikel, is gepubliceerd ontvang je de pagina's met jouw artikel in PDF. Je kunt deze delen met anderen via social media en je website (of die van jouw organisatie), mits je bij verdere verspreiding van het artikel de bron (FysioPraxis, jaar, maand) vermeld.  <i>N.B. mocht je graag een papieren exemplaar ontvangen mail dan een verzoek met je adresgegevens naar <a href="mailto:fysiopraxis@kngf.nl">fysiopraxis@kngf.nl</a></i>

# FORMAT 1: Wetenschap-artikel

## DOELSTELLING

De fysiotherapeut op de hoogte houden van de laatste wetenschappelijke ontwikkelingen en de relevantie daarvan voor de praktijk.

OMVANG – van 800 wrd tot 2600 wrd

## OPBOUW

### 1. Kop

Een kop moet de aandacht van de lezers trekken (deze kop is niet de titel van de wetenschappelijke publicatie). Een goede kop geeft duidelijk het onderwerp aan en is begrijpelijk. De kop bevat **max. 35 tekens**.

### 2. Intro

Een intro geeft kort aan waar het artikel over gaat. Je nodigt de lezer uit tot het lezen. Een intro hoeft **niet** het artikel samen te vatten. Het is een losstaand element, een soort reclamebordje voor je artikel. Je kunt in je artikel niet voortborduren op deze tekst. Lezers moeten je verhaal ook kunnen begrijpen als ze de intro niet hebben gelezen. Het bevat alleen informatie die ook in de tekst van je artikel staat. **Max. 70 woorden**.

### 3. Auteur(s)

De voor- en achternamen van de auteurs, plus titel en functie. Vermeld ook het emailadres van de hoofdauteur/corresponding author.

### 4. Romptekst

De romp is de kern van het artikel, ingedeeld in alinea's. Maak voor elke nieuwe alinea gebruik van **korte aantrekkelijke en inhoudelijk passende tussenkopjes (1 -3 woorden)**; dit bevordert de leesbaarheid en leidt de lezer door de tekst.

- **Inleiding:** De inleiding bestaat uit een korte omschrijving wat er is onderzocht, waarom (wat was de aanleiding?) en wat er uit kwam (de resultaten beknopt). Bespreek **wat de relevantie is van de uitkomsten voor de praktiserend fysiotherapeut**. In geval van een proefschrift is het ook niet de bedoeling om een samenvatting per hoofdstuk te geven, maar om er een nieuw samenhangend artikel van te maken.
- **Methode:** In dit deel bespreek je uitgebreider **wat** is onderzocht en **hoe** dat is gedaan. Dit hoeft (inden het peer-reviewed is) niet heel uitgebreid
- **Resultaten:** Bespreek vervolgens uitgebreider de belangrijkste **resultaten**. Bevindingen die in tabellen en figuren zijn opgenomen, worden beknopt besproken in de tekst.
- **Discussie:** Bespreek kanttekeningen en zaken die nog verder moeten worden onderzocht.

### 5. Referenties

Lever deze in een apart Word document aan. Zie ook [referenties en literatuurverwijzingen](#).

### 6. Kader wat kan de fysiotherapeut met deze resultaten?

Bespreek (**max 150 woorden**) waarom deze resultaten relevant zijn voor de praktiserend fysiotherapeut. Dit kan een samenvatting zijn van wat ook in de romptekst is besproken.

## BEELD

- We ontvangen graag een **portretfoto van de auteur**. Liefst stand beeld. Minimaal 800x800 pixels.
- Indien er relevant beeldmateriaal beschikbaar is stuur dit dan mee.
- Zie ['Beeldmateriaal aanleveren'](#) voor meer informatie.

## FORMAT 2: Wetenschap-promotie

### DOELSTELLING

De fysiotherapeut op de hoogte houden van de laatste wetenschappelijke ontwikkelingen en de relevantie daarvan voor de praktijk.

OMVANG – van 800 wrd tot 2600 wrd

### OPBOUW

#### 1. Kop

Een kop moet de aandacht van de lezers trekken (deze kop is niet de titel van de wetenschappelijke publicatie). Een goede kop geeft duidelijk het onderwerp aan en is begrijpelijk. De kop bevat **max. 35 tekens**.

#### 2. Intro

Een intro geeft kort aan waar het artikel over gaat. Je nodigt de lezer uit tot het lezen. Een intro hoeft **niet** het artikel samen te vatten. Het is een losstaand element, een soort reclamebordje voor je artikel. Je kunt in je artikel niet voortborduren op deze tekst. Lezers moeten je verhaal ook kunnen begrijpen als ze de intro niet hebben gelezen. Het bevat alleen informatie die ook in de tekst van je artikel staat. **Max. 70 woorden**.

#### 3. Auteur(s)

De voor- en achternamen van de auteurs, plus titel en functie. Vermeld ook het emailadres van de hoofdauteur/corresponding author.

#### 4. Romptekst

De romp is de kern van het artikel, ingedeeld in alinea's. In de romptekst van het artikel wordt een samenvatting van het proefschrift gegeven. Leg de focus op relevante informatie voor de fysiotherapeutische praktijk. Het is niet de bedoeling om een samenvatting per hoofdstuk te geven, maar om er een nieuw samenhangend artikel van te maken. Ook hoeft niet ieder hoofdstuk van het proefschrift (evenveel) aandacht te krijgen; **richt je vooral op de onderdelen die klinisch relevant zijn**. Maak voor elke nieuwe alinea gebruik van **korte aantrekkelijke en inhoudelijk passende tussenkopjes (1 -3 woorden)**; dit bevordert de leesbaarheid en leidt de lezer door de tekst.

- *Inleiding*: Bespreek de achtergrond en aanleiding van het onderzoek en de overstijgende doelstelling van het proefschrift. Geef hierbij expliciet aan waarom dit van belang is voor de (praktiserend) fysiotherapeut.
- *Samenvatting proefschrift*: Geef een korte samenvatting van de studies die onderdeel waren van het proefschrift. De methodologie hoeft niet in detail besproken te worden, verwijst hiervoor naar de gepubliceerde artikelen. De lezer moet voldoende informatie krijgen om de resultaten van het proefschrift te kunnen begrijpen en interpreteren. Deel de samenvatting in aan de hand van voor de fysiotherapeut relevante onderdelen/ resultaten van het proefschrift.
- *Discussie*: Bespreek kort wat de resultaten toevoegen aan de huidige evidentie, wat de beperkingen zijn en of er vervolgonderzoek nodig is. Ga vervolgens in op de betekenis van de resultaten voor de praktiserend fysiotherapeut; wat is de invloed op het klinisch fysiotherapeutisch handelen? Dit is het belangrijkste onderdeel van de discussie. Denk hierbij ook aan wat er nog nodig is om de nieuwe kennis te implementeren.

#### 6. Kader wat kan de fysiotherapeut met deze resultaten?

Bespreek (**max 150 woorden**) waarom deze resultaten relevant zijn voor de praktiserend fysiotherapeut. Dit kan een samenvatting zijn van wat ook in de romptekst is besproken.

### BEELD

- Indien er relevant beeldmateriaal beschikbaar is stuur dit dan mee.
- We ontvangen ook graag een **portretfoto van de auteur**. Liefst staand beeld. Minimaal 800x800 pixels.
- De **cover van het proefschrift**.
- Zie '[Beeldmateriaal aanleveren](#)' voor meer informatie.

## Kort interview met de promovendus

Bij een promotieonderzoek plaatsen we naast het artikel een interview met de promovendus op 1 pagina. We vragen je het volgende aan te leveren:

**Kort cv:** Waar heb je gestudeerd? Waar werk je nu?– **max 50 woorden**

**Titel proefschrift:**

**Promotiedatum :**

**Promotieteam:** (promotor en co-promotoren)

**Weblink proefschrift** (die komt middels een QR-code in het artikel)

**Daarnaast vragen we je om de volgende vragen te beantwoorden (samen ongeveer 550 woorden)**

- Hoe ben je tot dit promotietraject gekomen?
- Waarom heb je voor dit onderwerp gekozen?
- Wat was de grootste uitdaging?
- Hebben de uitkomsten je verrast?

Wetenschap

kop

# Optimaal herstel na kritieke ziekte

intro

Dankzij technologische en medische vooruitgang overleven steeds meer patiënten een kritieke ziekte en intensive care (IC) opname. In de afgelopen 20 jaar zijn er meer wetenschappelijke inzichten gekomen over langetermijneffecten voor patiënten en hun familieleden. Terwijl interventies op de IC gericht zijn op vroege mobilisatie, zodra dit veilig kan, is weinig bekend over de revalidatiebehoefte en optimale fysiotherapeutische behandeling ná IC- en ziekenhuisontslag.

romp

**Jaarlijks** belanden 70.000 tot 80.000 patiënten op een Nederlandse intensive care. Sterftecijfers als gevolg van kritieke ziekte variëren sterk: 16 tot 51% overlijdt op de IC, 22 tot 76% overlijdt in het ziekenhuis en 32 tot 41% binnen 1 tot 5 jaar na ziekenhuis ontslag.<sup>1-4</sup> Een groeiend aantal patiënten overleeft de kritieke ziekte, zij het met nieuwe of verergerde klachten in het lichamelijke, psychische of cognitieve domein. Deze klachten kunnen direct verband houden met de kritieke ziekte en het verblijf op de IC, ook wel bekend als het post-intensive care syndroom (PICS).<sup>5</sup> In de laatste 10 jaar is er veel ontdekking over de langetermijneffecten van kritieke ziekte en medische

behandelingen (zoals beademing, sedatie en immobilisatie). De kritieke ziekte en katabole inflammatoire ziekteprocessen kunnen leiden tot spierdysfunctie en deconditionering.<sup>6-11</sup> Beademde patiënten kunnen al ademspierzuurte ontwikkelen na 24 uur beademd te zijn geweest.<sup>12</sup> Naast fysieke klachten kunnen ook op het psychische- en cognitieve vlak problemen ontstaan, bijvoorbeeld door farmacologische interventies, zoals het gebruik van sedatieve medicatie en opioïden tijdens het verblijf op de IC.<sup>13-16</sup> En psychische klachten, zoals angst en depressie, bijvoorbeeld als gevolg van het trauma van de IC-opname, kunnen zowel bij patiënten als familieleden voorkomen:

PICS-family, of PICS-F.<sup>17,18</sup> In figuur 1 staan factoren van kritieke ziekte die bijdragen aan deze klachten.

**Kwaliteit van (over)leven**  
De focus van het intensive care onderzoek is in de afgelopen jaren verschoven van het vergroten van de kans op overleven, naar het verbeteren van de kwaliteit van het (over)leven. Het doel van mijn promotieonderzoek was om te beschrijven hoe de periode na het overleven van de kritieke ziekte ervaren wordt en hoe fysiotherapeuten patiënten gedurende de verschillende fasen van herstel optimaal kunnen ondersteunen. De opbouw van mijn proefschrift volgt het revalidatietraject van de kritiek zieke patiënt: begin-

nend op de IC, de overgang naar de ziekenhuisafdeling en van het ziekenhuis naar huis, en de optimale aanpak van de revalidatiebehandelingen in de eerste lijn.

**Beroepscompetenties**  
We voerden een mixed-method, proof-of-concept studie uit onder studenten van de European School of Physiotherapy en internationale experts op het gebied van de IC-fysiotherapie. In een iteratief proces onderzochten we haalbaarheid en toepassing van e-learning in de voorbereiding op een praktijkstage op de IC. Een evidence-based e-learning module werd ontwikkeld in samenwerking met experts van het Amsterdam UMC (locatie AMC). De uerd als volgt getoetst: in een eerste fase volgden 23 studenten (vrijwillig) de e-learning module, die zij afsloten met een theoretische, online toets. Data verzameling richtte zich op de verwachtingen van de studenten met de inhoud van de module (via focusgroepen) en item-analyse van de toets. In de tweede fase werd de verbeterde module geïmplementeerd als verplicht onderdeel van het curriculum en op twee momenten aan studenten aangeboden in het academisch jaar 2016-2017. Studenten die zowel de e-learning als een mini-stage op de IC hadden afgerond werden geïnterviewd voor twee focusgroepen. Daarnaast werden internationale IC-experts bevestigd op de inhoud van de module via semi-structureerde interviews. Interviews en focus groep sessies werden opgenomen, getranscribeerd, gecodeerd, en in de analyse geanalyseerd. De analyse van de toets richtte zich op betrouwbaarheid, validiteit en onderlinge differentiatie van de vragen en de moeilijkheidsgraad gecorrigeerd voor de gokkans (Figuur 2).

Positieve ervaringen met de e-learning betroffen het behalen van de leerdoelen en de flexibiliteit van de e-learning module. Studenten →

**'Significante verbetering voor alle uitkomsten op zes maanden na ontslag'**

Fig. 1. Factoren van kritieke ziekte die bijdragen aan lange termijn uitkomsten

Kritieke ziekte	Sociale isolatie	Trauma	Beleefde meningen
	Multi-organ faal	Katabole inflammatoire respons	Charugische complicaties
Medische interventies	Invasieve beademing	Immobilisatie	Lange voedselreizen
	Delier	Afbraak spierwit en mitochondriale dysfunctie	Ondervoeding
			Cognitive problematiek
			Fysieke problematiek
			Psychologische problematiek
			Cognitive problematiek

Wetenschap

Kader

## Wat kan de fysiotherapeut met de resultaten van dit onderzoek?

Het is belangrijk dat de nazorgbehoefte van patiënten en hun naasten, in de verschillende fasen van het herstel, goed in kaart wordt gebracht. Bij transitie van IC naar afdeling kan informatie verloren gaan, waardoor klachten waarmee patiënten zich presenteren niet gesignaleerd worden aan IC-opname en daan ontvangen behandelingen. Dit kan ertoe leiden dat deze groep suboptimale, duurende of ineffectieve zorg ontvangt. Een uitgebreide screening op het fysieke, mentale en cognitieve functioneren en doorverwijzen naar eerstelijns paramedici met de juiste expertise, die vanuit het positieve gezondheidsconcept een individueel behandelprogramma kunnen opzetten, wordt geadviseerd. Fysiotherapeutisch behandelaars zullen nauw moeten samenwerken met diëtisten en ergotherapeuten en streven naar een geïntegreerde behandeling, waarbij de verschillende interventies complementair zijn aan elkaar.

groepen onderzocht. De interventiegroep (de REACH-groep) ontving een fysiotherapeutische interventie die direct na ontslag uit het ziekenhuis startte en gericht was op het verbeteren van het fysiek functioneren en zelfmanagement, gebaseerd op het concept van positieve gezondheid.<sup>19</sup> De interventie werd, indien nodig, aangevuld met interventies vanuit de diëtiek en de ergotherapie. Patiënten in de controlegroep ontvingen gebruikelijke zorg, waar verder geen restricties aan verboden waren. Primaire uitkomsten waren de volgende haalbaarheidsparameters: veiligheid, optimale dosis van de interventie, toereikbaarheid van de patiënt en behandelbaarheid, naleving van het protocol, therapietrouw, interdisciplinaire verwijzingen en zorggebruik. Secundaire uitkomsten waren functionele aerobe capaciteit gemeten met de twee-minuut step test (TMST), ervaren gezondheid, kwaliteit van leven, terugkeer naar werk, prevalentie van post-traumatisch stressstoornis (PTSS), en risico op ondervoeding bij ziekenhuisontslag. Drieëntwintig patiënten werden geïncludeerd in deze studie (19 in de REACH-groep, 24 in de controlegroep), en van 79% van de populatie werd data verzameld op

het eindpunt van de studie (6 maanden). De haalbaarheid van de interventie werd bevestigd doordat er geen negatieve bijwerkingen waren, het protocol goed werd nageleefd en de therapietrouw hoog was. Meer REACH-deelnemers toonden zich tevreden met hun fysiotherapeut in vergelijking tot de controlegroep (93% versus 60%). REACH-deelnemers rapporteerden meer behandelingsuren door eerstelijns revalidatieprofessionals en minder bezoeken aan medisch specialisten, in vergelijking met de controlegroep. Slechts 5% (n = 1) van de controlegroep ontving ergotherapie, tegenover 33% van de REACH-groep. Prevalentie van ondervoeding was in beide groepen hoog op het moment van ziekenhuisontslag (~80%) en de prevalentie van PTSS was het hoogst bij ontslag uit het ziekenhuis en nam af na verloop van tijd. Bij 72,1% van de deelnemers bleek het haalbaar om direct na ontslag uit het ziekenhuis de functionele aerobe capaciteit te testen. Op drie en zes maanden werd deze data verkregen bij respectievelijk 86,5% en 92,8% van de deelnemers. Vergelijkbaar herstel werd gezien tussen beide groepen op alle secundaire uitkomsten, maar beide

Fig. 3. SWOT-analyse van het REACH programma  
REACH = Rehabilitation After Critical Illness an Hospital discharge, PG = Positieve Gezondheid, FT = Fysiotherapie

<p><b>Stanktes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patiëntgericht</li> <li>• Sterke motivatie en tevredenheid</li> <li>• Sterk netwerk met snelle en tweewegs</li> <li>• Onderdeel zijn van de state-of-the-art</li> </ul>	<p><b>Zwaktes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PPG - tijdoverschrijdende methode</li> <li>• Totale belasting patiënt is groot</li> <li>• Klimetriset niet compleet</li> <li>• Nog geen geïntegreerde behandeling</li> </ul>
<p><b>Kansen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Netwerk klaar voor COVID-revalidatie</li> <li>• Regionale uitbreiding REACH</li> <li>• Disciplinaire uitbreiding REACH</li> <li>• Professionele ontwikkeling en vervolgonderzoek</li> </ul>	<p><b>Bedreigingen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PG is niet geschikt bij beperkte taalvaardigheid</li> <li>• Organisatie (eerstelijns) gezondheidszorg</li> <li>• Bekostiging (IT)</li> </ul>

Bekijk de notes online:

**Mei Major** studeerde sociaal-cultureel werk aan de Hogeschool van Amsterdam (1994), en fysiotherapie bij THM Hogeschool voor de Fysiotherapie in Ulmrecht (2000). Haar derde stage vond plaats in het Deborah Relief Memorial Hospital in Mochudi, Botswana. Na haar afstuderen verhuisde ze naar Botswana en in 2008 naar Nederland. Zij studeerde in 2010 slaagde ze cum laude voor haar MSc in Physiotherapy Sciences aan de Universiteit van Stellenbosch. In hetzelfde jaar startte zij als docent-onderzoeker bij de European School of Physiotherapy aan de Hogeschool van Amsterdam. In 2016 ontving zij een promotiebeurs voor leren van de NWO en startte haar promotieonderzoek bij de afdeling revalidatiegeneeskunde van het Amsterdam LMC (AMC) van het Isotoraal Revalidatie in Acute Zorg (HVA). Momenteel werkt zij als senior onderzoeker bij de opleiding fysiotherapie van de Hogeschool van Amsterdam. Daarnaast is zij enthousiast bestuurslid van Stichting REACH netwerk dat zich sterk maakt voor het verbeteren van de IC-zorg.

**Hoe ben je tot dit promotietraject gekomen?**  
Eén van de experts in Nederland op het gebied van fysiek functioneren van patiënten na een IC-opname is Dr. Manike van der Schaaf, senior onderzoeker aan het Amsterdam LMC en lector Revalidatie in Acute Zorg aan de Hogeschool van Amsterdam. Ik leerde haar kennen omdat wij samen de e-learning module 'Physiotherapy in the ICU' voor de internationale fysiotherapie opleiding (ESPI) van de HVA ontwikkelden. Het ene project leidde tot het andere en samen met prof. dr. Raoul Englebort, bereidden wij een aanvraag voor een NWO-promotiebeurs voor die in 2016 gehonoreerd werd - waarna mijn promotie kon starten.

**Waarom dit onderwerp?**  
De intensive care heeft mij altijd gefascineerd, omdat er voor fysiotherapeuten een belangrijke rol is weggelegd en veel uitdagingen liggen. Zo'n kritieke ziekte heeft een enorme impact, en ik ontdekte door gesprekken met patiënten en hun familie, dat er in de nazorg nog veel ontbreekt. De problematiek die zich op zowel het fysieke, mentale en cognitieve domein kan bevinden, maakt dat deze patiëntengroep in veel gevallen het best geëit bij een integrale, multidisciplinaire behandeling in de eerste lijn afgestemd op de behoeftes van de patiënt en waarbij samenwerking en onderlinge afstemming essentieel is.

**Hebben de conclusies je verrast?**  
Dat ademspierkracht nog enige tijd na extubatie beperkt blijft, verraste me niet. Ik stelde hien altijd vragen over op congressen, maar vaak was het antwoord dat men het niet wist, maar dat het waarschijnlijk niet uitmaakte, omdat men vermoedde dat ademspieren vanzelf herstellen zodra de algemene spierkracht en uithoudingsvermogen herstellte. Ik wilde heel graag onderzoeken of dat klopte. Dat fysiotherapeuten enthousiast worden van het gezamenlijk ontwikkelen van een state-of-the-art interventie voor patiënten met PICS, dat zij grote betrokkenheid tonen bij REACH en dat ze bereid zijn om daar extra tijd in te steken, verbaasde me ook niet. Wat me wel verbaasde en geschokt heeft, waren de ervaringen van patiënten en hun familieleden - en dat IC-nazorg in Nederland nog steeds niet optimaal geregeld is.

**Wat zou je doen met 1 miljoen euro onderzoeksgeld?**  
Ik zou alle onderzoeksgroepen die in Nederland werken aan verbeteren van nazorg voor IC-patiënten én de patiëntvereniging uitnodigen voor een dag op de hel, met als doel gezamenlijk de prioriteiten te stellen op het gebied van

Over de onderzoeken



Interview met promovendus

onderzoek, zorg en onderwijs. Met zo'n zak geld zal men hopelijk naar elkaar luisteren en bereid zijn meer samen te werken, zodat we grootschalige cohortstudies en trials kunnen opzetten om evidentie te verzamelen en Zorginstituut Nederland te overtuigen dat deze zorg voor iedereen toegankelijk moet zijn en vanuit de basiss verzekering vergoed moet worden.

**Titel proefschrift**  
Beyond survival: optimizing the rehabilitation pathway after critical illness.  
**Promotiedatum** 6 April 2022  
**Promotiecommissie**  
prof. dr. Raoul Englebort, Dr. Manike van der Schaaf en Dr. Stephan Ramackers



## FORMAT 3: Wetenschap–samengevat

### DOELSTELLING

De fysiotherapeut op de hoogte houden van de laatste wetenschappelijke ontwikkelingen en de relevantie daarvan voor de praktijk. Dit in de vorm van een samenvatting van een recent verschenen studie.

OMVANG – **totaal max 400 woorden**

### OPBOUW

#### 1. Kop

Een kop moet de aandacht van de lezers trekken (de titel is niet de titel van de wetenschappelijke publicatie). Een goede kop geeft duidelijk het onderwerp aan en is begrijpelijk. De kop bevat **max 6 woorden**. Je kunt een zogenaamde ‘chapeau’ toevoegen, een ‘boventitel’ (**max 9 woorden**)

#### 2. Intro

In het intro geef je kort aan waar het artikel over gaat. Je nodigt de lezer uit tot het lezen. Het intro hoeft **niet** het artikel samen te vatten. Het liefst is dit een tekst die op zichzelf staat, het loopt dus niet door in het eigenlijke artikel en het bevat geen info die niet ook in de tekst van het artikel staat. **Max 70 woorden**.

#### 3. Auteur(s)

De voor- en achternamen van de auteurs met daarbij de huidige functie en werkgever. Vermeld ook het emailadres van de hoofdauteur/corresponding author.

#### 4. Romptekst

##### *Onderzoeksvraag/vragen*

De onderzoeksvraag die de studie probeert te beantwoorden.

##### *Samenvatting*

Overzicht van de opzet van de studie en de belangrijkste resultaten waarbij m.n. aandacht besteed wordt aan significante en klinisch relevante items voor de fysiotherapeut. **Circa 250 woorden**

##### *Conclusie*

De samenvatting/conclusie van de auteurs waarbij onze lezers (fysiotherapeuten) worden geholpen de resultaten te interpreteren voor de dagelijkse praktijk. Geef hierbij een aanbeveling voor de dagelijkse praktijk van de (algemeen werkend) fysiotherapeut. **Circa 125 woorden**

Dit is een samenvatting van de publicatie:

*Geef hier de originele titel van de publicatie.*

Indien beschikbaar een link naar de originele publicatie: die wordt verwerkt in een QR-code.

### BEELD

- Indien er relevant beeldmateriaal beschikbaar is stuur dit dan mee.
- Zie ‘[Beeldmateriaal aanleveren](#)’ voor meer informatie.



kop

# Plexus brachialis letsel: meer dan alleen armklachten

intro

Bijna de helft van de mensen met plexus brachialis letsel heeft musculoskeletale klachten in andere lichaamsdelen dan de aangedane arm. We adviseren (para)medici om actief te vragen naar musculoskeletale klachten op andere locaties en ervaren beperkingen bij patiënten met plexus brachialis letsel.

romp

## Klinische vragen

Wat is de prevalentie van musculoskeletale klachten in andere lichaamsdelen dan de aangedane arm bij mensen met plexus brachialis letsel? Welke factoren zijn geassocieerd met musculoskeletale klachten en ervaren beperkingen bij deze mensen?

## Samenvatting

Letsel aan de plexus brachialis leidt tot sensibele en motorische uitval van de arm. Compensatie voor het verlies aan functie geeft mogelijk een hogere belasting van de niet-aangedane arm en een hoger risico op musculoskeletale klachten. In dit onderzoek werd een vragenlijst afgenomen bij 70 mensen met plexus brachialis letsel en 113 gezonde controles. Factoren die geassocieerd waren met musculoskeletale pijn en ervaren beperkingen werden vervolgens geïdentificeerd met multivariate logistische en lineaire regressie. Mensen met plexus letsel hadden significant vaker thoracale rugklachten (odds ratio (OR) = 3,6;  $p=0,002$ ; effect size = 0,23) en pijn in de niet-aangedane arm (OR = 2,2;  $p = 0,019$ ; effect size = 0,17) en nek (OR 2,1;  $p = 0,040$ ; effect size = 0,15). De aanwezigheid van musculoskeletale klachten was geassocieerd met een hogere mate

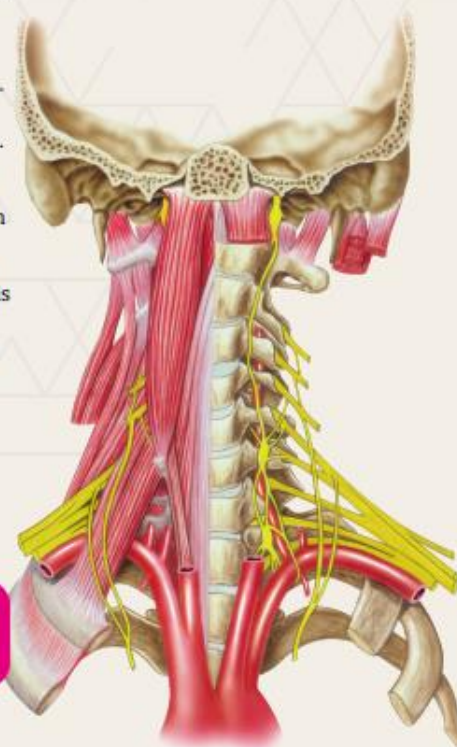
van ervaren beperkingen en minder functie van de aangedane arm. We adviseren (para)medici om actief te vragen naar musculoskeletale klachten op andere locaties dan de aangedane arm en ervaren beperkingen bij patiënten met plexus brachialis letsel.

## Conclusie

Bijna de helft (49%) van de mensen met plexus brachialis letsel had musculoskeletale klachten in andere lichaamsdelen dan de aangedane arm. De prevalentie was niet significant verschillend in vergelijking met een gezonde controlegroep. Wel kwamen pijnklachten van de nek, niet-aangedane arm en rug significant vaker voor bij mensen met plexus brachialis letsel en was de aanwezigheid van musculoskeletale klachten geassocieerd met een hogere mate van ervaren beperkingen. ●

## Samenvatting van de publicatie:

*Prevalence and factors associated with musculoskeletal complaints and disability in individuals with brachial plexus injury: a cross-sectional study*



Het hele artikel vind je hier:



# SCHRIJFADVIEZEN EN RICHTLIJNEN

## Afkortingen

- Schrijf het woord dat afgekort wordt **eerst voluit** met daarachter de afkorting tussen haakjes. Vervolgens kan worden volstaan met de afkorting. Bijvoorbeeld: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Gebruik bij voorkeur niet te veel afkortingen om de leesbaarheid te vergroten.

## Referenties/literatuurverwijzingen

- Een referencienummer zet je in **superscript** direct achter de naam/namen van de auteur als de referentie op een artikel van die auteur(s) slaat: Mikkelsen et al.<sup>15</sup>
- Voor het overige zet je de referentie direct achter de komma of de punt waarmee het zinsdeel of de zin afsluit: Voorbeelden van biopsychosociale behandelingen zijn Graded Activity,<sup>5,6</sup> Exposure in vivo<sup>7,8</sup> en Acceptance and Commitment Therapy.<sup>9</sup>
- De volgorde van de referenties in de literatuurlijst is in overeenstemming met de volgorde van vermelding in de tekst
- Voorbeeld van literatuurverwijzing:  
10. Santamato A, Solfrizzi V, Panza F, et al. Short-term effects of high-intensity laser therapy versus ultrasound therapy in the treatment of people with subacromial impingement syndrome: a randomized clinical trial. *Phys Ther* 2009;89(7):643-52.

## Getallen

- Getallen onder de twintig, tientallen tot honderd, honderdtallen tot duizend en duizendtallen tot en met twaalfduizend worden in de meeste gevallen uitgeschreven.
- Verder is consistentie belangrijk. *Dus niet: 'Van de 45 patiënten verbeterde zeventien procent en 28 procent verslechterde', maar liever: 'Van de 45 patiënten verbeterde 17 procent en 28 procent verslechterde.'*
- Schrijf decimalen met een komma (1,5) en niet met een punt (1.5)
- Voor meer informatie over het schrijven van getallen en cijfers kijk ook op deze [pagina](#)

## Tips voor aantrekkelijk schrijven

**Wil je tips voor aantrekkelijk schrijven?** Kijk eens op deze websites:

<https://onzetaal.nl/taalloket/duidelijk-schrijven>

<https://www.anp.nl/blog/125/stappen-aantrekkelijke-tekst>

<https://www.lve.nl/blog/begrijpelijke-taal/>

*Bij twijfel of discussie beslist de eindredacteur over taalkwesties.*

## BEELDMATERIAAL AANLEVEREN

De redactie ontvangt graag beeldmateriaal (foto's, grafieken, portretfoto's, video's etc.) bij je artikel. Lever deze aan in een zo **hoog mogelijke resolutie (dus liefst het originele beeld)**. Als het grote bestanden zijn mag dit via **Wetransfer**.

Je kunt je beeldmateriaal, tegelijk met het artikel mailen naar [fysiopraxis@kngf.nl](mailto:fysiopraxis@kngf.nl)

**N.B: We ontvangen beeldmateriaal graag als losse bestanden, dus niet in het Word-bestand of de email plakken.**