4e Jaarcongres ClaudicatioNet

landelijk netwerk looptherapie

13 maart 2014

1931 Congrescentrum Brabanthallen ‘s-Hertogenbosch

VAN GOED NAAR BETER

Programma- & abstractboek

www.claudicationet.nl

Overwinnen doe je samen

- KLINIMETRIE (O.A. CLAUDICATIOTEST)
- AUTOSPEED*
- GROOT SNELHEIDSBEREIK (VAN 0,4 TOT 18 KM/U)
- POSITIEVE EN NEGATIEVE HELLINGSHOEK
- BELASTBAAR TOT 235 KG
- OVERZICHTELIJK BEDIENINGS-PANEEL
- EXTREEM LAGE OPSTAP
- ELEKTRISCH VERSTELBARE ZIJBARREN
- MULTIFUNCTIONELE HANDGREPEN
- EN-TRACK SOFTWARE
- TFT-KLEURENSCHERM
- DESIGN EN FUNCTIONALITEIT

* = Autospeed is de revolutionaire automatische snelheids-aanpassing voor het hoogst mogelijke bewegingscomfort. De EN-Motion past zich aan naar de snelheid van de gebruiker. Sneller of juist langzamer lopen? De EN-Motion bewegingssensor vertaalt dit snel en doeltreffend naar de (voor u) ideale loopsnelheid. Zonder dat u daarvoor iets hoeft te doen! Behalve lopen in een tempo, waarbij u zich lekker voelt.

Enraf-Nonius B.V.
Vareseweg 127
3047 AT Rotterdam
T 010 - 20 30 666
info-nl@enraf-nonius.nl
www.enraf-nonius.nl

EN-MOTION

DE LOOPBAND MET DE CLAUDICATIOTEST

Kijk voor meer informatie op www.enraf-nonius.nl

ENRAF NONIUS
Partner for Life

Voorwoord

Geachte claudicatiotherapeut, verwijzer of zorginkoper,

Vandaag, 13 maart 2014, het vierde jaarcongres van ClaudicatioNet met als thema: Van goed naar BETER!

In 3 jaar tijd is veel bereikt: Er zijn ruim 1400 fysio- en oefentherapeuten geschoold en daarmee is het landelijk dekkend netwerk een feit. De basis staat. Vanaf nu zal deze basis verder worden uitgebouwd: samen maken we de zorg voor patiënten met PAV steeds BETER!

Uit de enquête na ons laatste jaarcongres bleek dat u op zoek bent naar praktische handvatten in de vorm van interactieve sessies en workshops. En jawel, die zijn er vandaag. Het vierde jaarcongres met een geheel nieuwe opzet: gewaagd en naar wij hopen geslaagd. Naast 6 sterke plenaire sessies, hebt u een keuze gemaakt uit maar liefst 13 verschillende workshops, geleid door 23 gemotiveerde inhoudsdeskundigen die graag met u de discussie aangaan over hoe de zorg voor de patiënt met PAV (nog) verder kan worden verbeterd.
Hebt u nog een vraag die niet aan de orde is gekomen? In de stand van ClaudicatioNet kunt u deze kwijt, of het nu over uw eigen portfolio, uw regionale netwerk of het landelijke netwerk gaat. Verder lopen de gehele dag collega-experts rond, die graag inhoudelijk met u sparren over de dagelijkse praktijk. Zij zijn herkenbaar aan de paarse polo's met het ClaudicatioNet logo.
Heeft u in dit ICT tijdperk moeite met de invulling van uw portfolio? Wij zijn u graag behulpzaam bij het maken van een professioneel portfolio. Er is een speciale stand ingericht waar u een profielfoto kunt laten maken.

Als dank voor uw inzet voor de zorg voor patiënten met PAV, krijgt u een paraplu met het ClaudicatioNet logo voor uw praktijk cadeau, zodat uw patiënten ook in de regen, gewoon door kunnen gaan met trainen.

U allen een leerzame en bovenal (inter-)actieve dag toegewenst,

Joep Teijink, voorzitter ClaudicatioNet

Programma

08.45 - 09.30	**Inschrijving & Ontvangst**
09.30 - 09.35	Opening ***Joep Teijink**, voorzitter ClaudicatioNet, vaatchirurg, Catharina Ziekenhuis, Eindhoven*
09.35 - 10.00	De patiënt als persoon ***Jan A.M. Kremer**, hoogleraar patiëntgerichtheid, Radboudumc, Nijmegen*
10.00 - 10.25	Chronisch Gezond zonder Zorg? ***Nico van Meeteren**, hoogleraar fysiek functioneren bij chronische aandoeningen, Maastricht University, Maastricht*
10.25 - 10.50	Aangename en motiverende groepslooptraining voor claudicanten ***Toine van de Goolberg**, hoofdocent/cursusleider, International Institute voor training, Nieuw Bergen*
10.50 - 11.20	**Pauze met mogelijkheid tot netwerken**
11.20 - 12.20	Workshop ronde 1
12.20 - 13.25	**Lunch met mogelijkheid tot netwerken op regioniveau**
12.45 - 13.15	Hoe maak ik het looppatroon van mijn patiënt inzichtelijk? Workshop Claudicatio loopbandtest met Microgate Optogait loopanalyse ***Federico Gori,** Managing Director of Microgate* *Mede mogelijk gemaakt door ProCare*
13.25 - 14.25	Workshop ronde 2
14.25 - 14.55	**Pauze met mogelijkheid tot netwerken**
14.55 - 15.25	De nieuwe senior en het nieuwe ouder worden ***Arjan in 't Veld**, Directeur/eigenaar, Bureauvijftig, Utrecht*
15.25 - 15.55	ClaudicatioNet: 2014 en verder ***Joep Teijink**, voorzitter ClaudicatioNet, vaatchirurg, Catharina Ziekenhuis, Eindhoven*
15.55 - 16.25	Verrassende afsluiting
16.25 - 17.00	**Netwerkborrel & special act**

Overzicht Workshops

Workshop 1 – Zaal: Dexter 11 & 12
Een kijkje in de pillendoos van een vaatpatiënt en de noodzaak van medicatie adherence
Bas Bredie, internist, vasculair geneeskundige, Radboudumc, Nijmegen & Angelien Sieben, MANP Verpleegkundig Specialist Vaatchirurgie, Radboudumc, Nijmegen

Workshop 2 – Zaal: Dexter 13 & 14
"Looptherapie? Ik had liever een stent." (Motivational Interviewing)
Stijn van Merendonk, expert/trainer Motivational Interviewing

Workshop 3 – Zaal: Limousin 2
Nieuwste inzichten rondom perifeer vaatlijden
Ilse Mesters, Anne Conijn & Marijn van den Houten, onderzoekers

Workshop 4 – Zaal: Dexter 15 & 16
Belangrijk voetwerk: podotherapie
Ralph Hermanns, podotherapeut, Podotherapie Hermanns & Kim Meeuwissen, podotherapeut, Podotherapie Verhoeven, Weert

Workshop 5 – Zaal: Dexter 17 & 18
Als mijn knieën meer lawaai maken dan de radio…
Frans Brooijmans, fysiotherapeut, B-Sis Fysiotherapie, Eindhoven

Workshop 6 – Zaal: Dexter 19
Zorgstandaard cardiovasculair risicomanagement
Cor Spreeuwenberg, emeritus hoogleraar innovatie chronische ziekten Universiteit Maastricht, Maastricht

Workshop 7 – Zaal: Dexter 21 & 22
GLT: van theorie, naar praktijk, naar thuis
Steven Kleinveld, fysiotherapeut, Fysiomaatwerk Veghel, Veghel & Simon van der Voort, fysiotherapeut, Tergooiziekenhuizen, Hilversum

Workshop 8 – Zaal: Dexter 23 & 24
Crossmediale Marketing
Een gezonde praktijk in het online tijdperk
Robert Hoogland, fysiotherapeut en eigenaar Phytalis & InFysio

Workshop 9 – Zaal: Limousin 1
Wat als looptherapie niet werkt? Een kijkje op de OK en de interventiekamer
Xander Tielbeek, interventieradioloog, Catharina Ziekenhuis, Eindhoven

Workshop 10 – Zaal: Dexter 25 & 26
Stoppen met roken of is de e-sigaret een alternatief?
Annet Janssen, longverpleegkundige, stoppen met roken ondersteuner, Catharina Ziekenhuis, Eindhoven

Workshop 11 – Zaal: Ochtend Limousin 3, Middag Dexter 27 & 28
Inspanningstraining bij ernstig COPD: minder hard trainen geeft meer effect
Peter Klijn, klinisch inspanningsfysioloog, Behandelcentrum Heideheuvel, Hilversum

Workshop 12 – Zaal: Ochtend Dexter 27 & 28, Middag Limousin 3
"How to do (H)IT": Hoog intensieve interval training bij patiënten met Chronisch Hartfalen
Ruud Spee, AIOS Cardiologie, Catharina Ziekenhuis, Eindhoven & Greg Laclé, fysiotherapeut, Catharina Ziekenhuis, Eindhoven

Workshop 13 – Zaal: Dexter 30
Het gebruik van humor in je behandeling
Marcellino Bogers, verpleegkundige en cabaretier

Abstracts

De patiënt als persoon

Jan A.M. Kremer, gynaecoloog, hoogleraar patiëntgerichtheid, Radboudumc, Nijmegen

Het worden spannende tijden. De vraag naar betere en betaalbare zorg zal botsen met de krimpende financiële en personele ruimte. Ook in de zorg voor mensen met claudicatio klachten. We moeten op zoek naar innovaties, die gebaseerd zijn op nieuwe paradigma's, waarmee we ook straks persoonlijke en goede zorg voor iedereen bereikbaar kunnen houden.
Tijdens deze presentatie zal duidelijk worden dat niet langer de zorg als systeem, maar de patiënt als persoon het vertrekpunt is van ons handelen. Een aantal ontwikkelingen pleiten in deze richting:
Ten eerste de breed gedragen roep om de menselijke maat. We hebben een gestandaardiseerd systeem ingericht, dat geen middel maar een doel dreigt te worden. Als we niet uitkijken wordt het systeem dominant en verworden zorgverleners tot robotten die procedures en richtlijnen naleven en patiënten tot versnipperde objecten die lijdzaam de zorg ondergaan.
Ten tweede is er de toenemende spanning tussen het stijgende zorgvolume en de krimpende financiële en personele ruimte. Nieuwe paradigma's zijn nodig om het eenvoudiger en betaalbaarder te maken. Betrokkenheid van de patiënt is daarbij broodnodig. Niet alleen als zelfmanager of als rode draad in het systeem, maar ook als burger voor het nodige politieke draagvlak.
Ten derde de technologische en sociale revolutie. We zitten er midden in. De ene nieuwe technologie buitelt over de andere. Smartphones, internet en social media veranderen in sneltreinvaart ons leven. Kennis wordt minder exclusief en verbindingen worden gemakkelijker en goedkoper. Er ontstaan vluchtige netwerken van participerende gebruikers, die steeds betere tools krijgen om zelf de relaties en verbindingen met aanbieders te beheren.
Ten vierde de ontwikkelingen in de geneeskunde. Deze gaan razendsnel, vooral in de moleculaire biologie. Door gerichte individuele diagnostiek wordt therapie steeds meer maatwerk. Geen ongewis schot hagel op een groep van patiënten, maar een gerichte aanval op die ene ziekte van die ene unieke persoon. Dus steeds meer 'Person Based Medicine' in plaats van 'Group Based Medicine'.
Tot slot de toenemende behoefte aan zingeving bij professionals. Het moderne antwoord op de secularisering is voor veel mensen niet voldoende. Een handeling is niet alleen maar goed omdat het kosten bespaart of productie oplevert. Mensen zijn meer op zoek naar handelingen die intrinsiek goed zijn. En dat heeft vaak te maken met de redenen waarom ze indertijd kozen voor hun vak.
Op basis van dit paradigma zullen we met elkaar de volgende stappen moeten maken, ook binnen de claudicatiozorg. Het is een ontdekkingsreis, op basis van een kompas dat richting geeft en gebaseerd is op de "patiënt als persoon".

Chronisch Gezond zonder Zorg?

Nico van Meeteren, hoogleraar fysiek functioneren bij chronische aandoeningen, Maastricht University, Maastricht

Een jaar kent op de kop af 8.760 uren, schrikkeljaren uitgezonderd. In dié uren leven we ons leven. Functioneren we. Jaar na jaar. Goeddeels intuïtief, 'gestuurd' door onze drives, gewoonten en omgeving. Grotendeels onbewust van wat goed en slecht is voor onze, soms broze, gezondheid. Ons functioneren veranderen is o zo lastig. Zó lastig dat we ons goed moeten afvragen of gedragsverandering wel kan? En of die verandering duurzaam kan worden. Én… of de spaarzame uurtjes zorg per jaar ons hierbij behulpzaam kunnen zijn? Denkelijk niet. Maar wat dan? Chronisch gezond, zonder zorg!

Aangename en motiverende groepslooptraining voor claudicanten

Toine van de Goolberg, Conditie/Hersteltrainer, Docent IIT (International Institute for Training), Hogeschool Avans+ Breda/NPI (Nederlands Paramedisch Instituut), Erasmus Universiteit

De PowerPoint presentatie is een verslaglegging van een try out training te Eindhoven.
Naast beeldmateriaal wordt, aan de hand van een aantal dia's, de aanpak besproken.
De lezing geeft een goed beeld van hoe de organisatie wordt neergezet en welke belastingsvariabelen er van belang zijn. Het geheel wordt vanuit een praktisch protocol uitgevoerd. Zo kan op elk moment het programma worden aangepast. Te denken valt aan hartslag (online), Borgscore, pijnschaal (ACSM), saturatie, herstel tussen de series en natuurlijk de belasting (loopafstand, tijd en snelheid). Naast loopseries worden ook wat speelse loopvormen aangeboden, zoals een tikspelletje en dobbelsteenloop. Tenslotte worden er patiënten reacties weergegeven en tips voor de fysiotherapiepraktijken, die deze patiënten in training hebben.

Een kijkje in de pillendoos van een vaatpatiënt en determinanten van medicatie adherence

Bas Bredie, internist , vasculair geneeskundige, Radboudumc, Nijmegen &
Angelien Sieben, MANP Verpleegkundig Specialist Vaatchirurgie, Radboudumc, Nijmegen

Sedert enkele jaren zijn hart- en vaatziekten niet meer doodsoorzaak nummer 1 in Nederland[1]. Dit heeft alles te maken met een sterker bewustzijn van risicofactoren voor cardiovasculaire aandoeningen, zowel bij zorgverleners en patiënten en de komst van sterke cholesterol- en bloeddrukverlagers. De afgelopen 2 decennia werden grote landmarkstudies verricht die onomstotelijk hebben aangetoond dat LDL cholesterolverlaging bij alle denkbare patiëntengroepen, maar ook in het kader van primaire preventie leidt tot risicoreductie. Hetzelfde geldt voor het gebruik van middelen die de bloeddruk verlagen.

In de workshop zal nader worden ingegaan op de pathofysiologische mechanismen die betrokken zijn bij de ontwikkeling van atherosclerose en het ontstaan van een myocardinfarct, herseninfarct of perifeer vaatlijden. Hierbij wordt toegelicht hoe de verschillende middelen werken en welke evidence er bestaat voor de behandeling van verschillende risicogroepen.

Een gezonde leefstijl (niet roken, gezonde voeding, voldoende beweging), een laag cholesterol en bloeddruk en het gebruik van een bloedverdunner, geven dus een verlaging van het risico op een (nieuwe) hart- of vaatziekte[2]. Echter ongeveer 50% van de mensen met een chronische ziekte, zoals een cardiovasculaire ziekte, gebruiken een jaar na start hun medicatie niet of niet meer goed[3]. De betekent dat de verwachtte positieve effecten op het cardiovasculaire risico lager is dan uit klinische studies is gebleken[4].

Er zijn veel verschillende determinanten die een rol spelen bij medicatie therapie ontrouw. Een veel gebruikte benadering is die van Horne waarbij de determinanten grofweg indeeld worden in intentional (opvattingen en ideeën van de patiënt over hun ziekte en medicatie) en unintentional (praktische belemmeringen zoals vergeetachtigheid, moeilijkheden om recepten af te halen)[5]. Bij intentional non-adherence heeft de patiënt een afweging gemaakt waarbij de voordelen van het innemen van zijn medicatie niet opwegen tegen de nadelen hiervan[6]. Zeker het gebruik van cardiovasculaire medicatie kan door patiënten ervaren worden als niet voldoende bijdragend omdat ze zich niet beter voelen door het innemen van de medicatie[7].

Er is op dit moment geen gouden standaard voor een interventie die de medicatie therapietrouw kan verbeteren. Herinneringen sturen en het bevorderen van zelf management lijken wel veelbelovend[8]. Juist omdat cardiovasculaire medicatie levenslang gebruikt moet worden is van belang om zowel de praktische bezwaren te bespreken en op te lossen als aandacht te hebben voor de opvattingen en ideeën van de patiënten ten opzichte van hun medicatie. Om de rest van zijn of haar leven preventieve medicatie te gaan gebruiken, moet de patiënt wel overtuigd zijn van de noodzaak van deze medicatie voor behoud van gezondheid.

1. Hart- en vaatziekten in Nederland 2013 Nederlandse Hartstichting/CBS.
2. Multidisciplinaire richtlijn cardiovasculair risicomanagement. (herziening 2011). Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG). 2011.
3. Adherence to long term therapies. Evidence for action. World Health Organization 2003.
4. Ho PM, Bryson CL, Rumsfeld JS. Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes. Circulation. 2009;119(23):3028-3035.
5. Horne R WJ, Barber N et al. Concordance, adherence and compliance in medicine taking. London: national Coordinating Centre for NHS Service and Organisation R&D (NCCSDO);2006.
6. Clifford S, Barber N, Horne R. Understanding different beliefs held by adherers, unintentional non-adherers, and intentional non-adherers: application of the Necessity-Concerns Framework. J Psychosom Res. 2008;64(1):41-46.
7. Baroletti S, Dell'Orfano H. Medication Adherence in Cardiovascular Disease. Circulation. 2010;121(12):1455-1458.
8. McDonald Hp GAXHR. Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: Scientific review. JAMA: The Journal of the American Medical Association. 2002;288(22):2868-2879.

“Looptherapie? Ik had liever een stent.” (Motivational Interviewing)

Stijn van Merendonk, expert/trainer Motivational Interviewing

Hoe voer je een eerste gesprek met een patiënt die door de vaatchirurg is gestuurd voor looptherapie, maar daar zelf het nut niet van inziet?

Hoe start je zo’n gesprek? Wat kan averechts werken? Wat zou je wel kunnen doen om toch resultaten te bereiken? Hoe kun je ervoor zorgen dat de intrinsieke motivatie van de patiënt steeds groter wordt?

Ontdek de kracht van motiveren bij dit ‘soort’ gesprekken. Tijdens deze workshop krijg je praktische tips en werken we toe naar concrete stappen die je de volgende dag meteen in de praktijk kunt toepassen.

Nieuwste inzichten rondom perifeer vaatlijden

Ilse Mesters, Anne Conijn & Marijn van den Houten, onderzoekers

I Ziekte-inzicht en behandelverwachtingen bij claudicatio intermittens; wat weten patiënten er eigenlijk van?
II Wat zijn de gevolgen van multimorbiditeit op de fysiotherapeutische behandeling van patiënten?
III Loopafstanden bij claudicatio intermittens: komen loopbandmeting, buiten lopen en eigen inschatting overeen?

Wat zijn de gevolgen van multimorbiditeit op de fysiotherapeutische behandeling van patiënten?

Ilse Mesters, onderzoeker, Maastricht University, Maastricht

In de richtlijnen van het KNGF worden landelijk geldende, vakinhoudelijke aanbevelingen voor de optimale fysiotherapeutische zorg voor patiënten beschreven. Iedere KNGF-richtlijn richt zich op één specifieke aandoening en vormt het uitgangspunt voor de dagelijkse behandeling. Treden bij een patiënt echter meerdere ziekten en/of beperkingen tegelijk op, dan is die ene ziekte specifieke benadering niet langer toereikend. Richtlijnen voor de optimale behandeling van patiënten met multimorbiditeit ontbreken en zolang deze evidentie ontbreekt, vormen ervaring en verstand van de fysiotherapeut en de patiënt nog de beste richtlijn. In de bijdrage zal een onderzoek worden gepresenteerd dat onderzoekers van de Universiteit Maastricht verricht hebben met als doel in kaart te brengen hoe patiënten met sPAV en comorbiditeit in de praktijk behandeld worden. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat ongeveer de helft van de therapeuten de KNGF richtlijn CI volgt ongeacht de aanwezigheid van comorbiditeit en de andere helft van de aan dit onderzoek deelnemende therapeuten een individueel behandelplan voor mevrouw Jansen opstelt. Het doel is om aan de hand van dit onderzoek duidelijk te maken dat vooralsnog de wetenschappelijke onderbouwing over hoe de optimale fysiotherapeutische zorg van patiënten met multimorbiditeit eruit zou moeten zien ontbreekt. Echter, werd duidelijk dat de behandeling van multimorbide patiënten niet gebaseerd kan zijn op een gestandaardiseerde aanpak die voor iedere patiënt hetzelfde is, maar dat er vraag is naar een ziekte overstijgende aanpak met als centraal punt ‘de patiënt als geheel’.

Ziekte-inzicht en behandelverwachtingen bij claudicatio intermittens; wat weten patiënten er eigenlijk van?

Anne Conijn, onderzoeker, AMC, Amsterdam

A.P. Conijn[1,2], J.L.C. Lokin[1], P.J. Hengeveld[1], P.T. Nieuwkerk[3], M.J.W. Koelemay[1]
[1]afdeling vaatchirurgie, AMC, Amsterdam
[2]afdeling interventieradiologie, AMC, Amsterdam
[3]afdeling medische psychologie, AMC, Amsterdam

Achtergrond

Over het ziekte-inzicht en het begrip van de bijdrage van leefstijl aan hun aandoening van patiënten met claudicatio intermittens (CI) is weinig bekend. Ook is onduidelijk welk type behandeling zij verwachten bij een eerste bezoek aan de vaatchirurg, en welke resultaten ze hiermee hopen te behalen. Echter, leefstijladviezen worden waarschijnlijk niet opgevolgd als patiënten de noodzaak niet inzien, en onrealistische verwachtingen over te behalen resultaten kunnen uitmonden in teleurstelling. Het doel van dit onderzoek was daarom inzicht te verkrijgen in de kennis van patiënten omtrent de aard en etiologie van CI en hun verwachtingen over de behandeling en het resultaat te exploreren.

Methode

We namen semigestructureerde interviews af bij 19 patiënten met CI uit 6 verschillende ziekenhuizen die deelnemen aan de SUPER studie, en die allen gesuperviseerde looptraining (SET) of een dotterbehandeling

(PTA) hadden ondergaan. De interviews werden uitgewerkt, en karakteristieke interviewsegmenten werden gecodeerd en gesorteerd, om een overzicht te verkrijgen van de verschillende inzichten.

Resultaten
Hoewel de meeste patiënten (79%) inzagen dat roken een belangrijke risicofactor was, werd erfelijkheid of familiaire belasting ook opvallend vaak genoemd als oorzaak. Ongeveer de helft van de patiënten zag geen enkele link met hun beweegpatroon of voeding. Van het feit dat CI een uiting is van gegeneraliseerd atherosclerotisch lijden was slechts 20% van de patiënten zich bewust.
Vrijwel alle patiënten verwachtten een PTA te krijgen, en niet één patiënt gaf aan SET te verwachten. De eigen bijdrage voor SET werd vaak genoemd als een belemmering. De resultaten die patiënten verwachtten te behalen liepen ver uiteen, van 200 meter tot 4 uur wandelen. Echter, het overgrote deel was achteraf tevreden met het doorlopen behandeltraject, inclusief patiënten die na tegenvallend resultaat van de looptraining met een PTA werden behandeld..

Conclusie
De geïnterviewde patiënten met CI bleken weinig inzicht te hebben in de oorzaak, natuur en behandelmogelijkheden van hun aandoening. Dit is opvallend, want men zou verwachten dat zij extra goed geïnformeerd zijn aangezien zij deelnemen aan een wetenschappelijk onderzoek. SET is een voor patiënten onbekende interventie, die meer onder de aandacht moet worden gebracht. Om behandeling te optimaliseren en lifestyle aanpassingen succesvol te laten zijn is het van belang dat de counseling effectiever wordt gebruikt. Zorgverleners doen er goed aan te exploreren wat de verwachtingen zijn die en patiënt heeft van de behandeling, om eventueel onrealistische verwachtingen te kunnen bijstellen.

Loopafstanden bij claudicatio intermittens: komen loopbandmeting, buiten lopen en eigen inschatting overeen?

Marijn van den Houten, onderzoeker, Catharina Ziekenhuis, Eindhoven

De ernst van claudicatio intermittens (CI) wordt mede bepaald aan de hand van de bij anamnese verkregen maximale loopafstand, ondersteund door de behaalde loopafstand bij een loopband testprotocol. Doel van deze studie is om de overeenkomst te bepalen tussen de daadwerkelijk buiten gelopen en gemeten loopafstand, de bij twee loopbandprotocollen gemeten loopafstand en de door de patiënt geschatte loopafstand.

Patiënten met CI (Rutherford 1-3) werd gevraagd hun maximale loopafstand (MWD; maximum walking distance) te schatten (ED; estimated distance) en de 'Walking Impairment Questionnaire' (WIQ) in te vullen. Vervolgens voerde iedere patiënt, in willekeurige volgorde, op één dagdeel drie testen uit: het Gardner-Skinner protocol (GS, loopbandtest met 0% hellingshoek, elke 2 minuten 2% stijging, loopsnelheid 3,2 km/u), een vlakke loopbandtest (VL; eigen voorkeurssnelheid, hellingshoek 0%) en buiten lopen (BL; eigen voorkeurssnelheid, op straat, vlakke ondergrond). Bland-Altman (BA) grafieken met lineaire regressieanalyse en de coefficient of variation (COV) werden gebruikt om verschillen tussen de testen te bepalen. Secundaire uitkomstmaten waren loopsnelheid (km/u) en WIQ-uitkomsten.

Uit 34 bereidwillige claudicanten konden 30 worden geïncludeerd (gemiddelde leeftijd: 67 j, 63% man, exclusie: >1600m lopen(n=3), COPD als limiterende factor (n=1). De mediane MWDs tijdens GS, VL en BL waren respectievelijk 250, 317 en 309 meter (P=0.12). De BA-grafiek toonde minimale discrepantie tussen het BL en GS protocol (gemiddeld verschil 35m) en een COV van 42%. De door de patiënt geschatte maximale loopafstand bleek ruim 30% hoger vergeleken met de tijdens het BL objectief vastgestelde afstand (ED: 400m vs BL: 309m; P=0.02). De BA grafiek toonde een groot verschil en spreiding tussen BL en ED (gemiddeld verschil: 122m; COV: 55%). Buiten liepen patiënten sneller dan tijdens de loopbandtesten (medianen: BL=3.8 km/u, GS=3.2, VL=2.8; P<0.001). De WIQ vertoonde een sterke correlatie met de ED (r=0.81) en de gemeten afstanden (GS, r=0.80; VL, r=0.73; BL, r=0.77).

Conclusies
Patiënten met claudicatio intermittens overschatten hun maximale loopafstand. Loopafstand gemeten met het Gardner-Skinner protocol geeft het meest betrouwbare beeld van de afstand die daadwerkelijk buiten gelopen wordt, in vergelijking met een vlak loopbandprotocol en patiëntschatting. Op individueel niveau worden er aanzienlijke verschillen gezien. Dit zet vraagtekens bij de bruikbaarheid van maximale loopafstand als maat voor de ziektelast.

Belangrijk voetwerk: podotherapie

Ralph Hermanns, podotherapeut, Podotherapie Hermanns & Kim Meeuwissen, podotherapeut, Podotherapie Verhoeven, Weert

Deze workshop gaat over het herkennen van (risico)factoren op het gebied van voeten en looppatronen bij patiënten met perifeer arterieel vaatlijden.

De vraag die gesteld wordt is hoe men zich op de meest efficiënte manier van A naar B verplaatsen kan. Hierbij zal de ganganalyse aan bod komen waar u als fysiotherapeut op in kunt spelen bij het herkennen en eventueel behandelen van een inefficiënt looppatroon.
Tevens wordt aandacht besteed aan andere factoren waar patiënten met PAV verhoogde risico's lopen zoals bijvoorbeeld verhoogde drukken onder de voet. De kenmerken van deze risico's en van een (inefficiënt) looppatroon kunt u eenvoudig opsporen aan de hand van de schoenslijtage. Het is van belang dat hierop volgend een juist schoenadvies gegeven wordt.

In het praktische gedeelte van de workshop wordt er schoeisel beoordeeld zodat u, uw patiënten hierna goed kan informeren. U zult leren het slijtpatroon van de schoenen te beoordelen in relatie tot een bepaald looppatroon en/of mogelijke risicofactoren.
Uiteraard wordt ook de rol en de samenwerking met de podotherapeut besproken.

Als mijn knieën meer lawaai maken dan de radio…

Frans Brooijmans, fysiotherapeut, B-Sis Fysiotherapie, Eindhoven

In de workshop wordt stilgestaan bij de begeleiding van mensen met artrose en de plaats van de ganganalyse in het behandelproces van mensen met knie artrose, een veel voorkomende co-morbiditeit bij mensen met claudicatio intermittens.
Artrose (OA) is een progressieve functionele stoornis van een gewricht welke wereldwijd het meest voorkomt en wel bij mensen van middelbare leeftijd en bij ouderen.
Klachten die bij artrose horen zijn pijn en een gewrichtsbeperking welke veroorzaakt worden door kraakbeen degeneratie, ontsteking van het synoviale weefsel en veranderingen in het subchondrale bot.
Recente gepubliceerde evidence based aanbevelingen voor de diagnostiek van OA zijn:
- De aanwezigheid van persisterende pijn;
- Startpijn;
- Functionele beperkingen met aanvullingen uit het klinisch onderzoek (crepitatie,bewegingsbeperkingen, palpeerbare osteofyten).

Wij werken in een setting waarbij de patiëntenpopulatie voor 90% bestaat uit mensen die last hebben van hun knie en zien dus eigenlijk alleen maar kniepatiënten. Je ontwikkelt jezelf als een specialist en weet van een klein stukje menselijk lichaam heel veel.
We zien dus ook heel veel mensen met knie artrose. Er zijn verschillende vormen van knie artrose en iedere vorm vraagt om een specifieke aanpak.
In de workshop gaan we in op de verschillende vormen van knie artrose:
- Unicompartimentale artrose;
- Muticompartimentale artrose;
- Patellofemorale artrose;
- Combinatievormen.

De conservatieve behandeling van knie OA vind je onder andere terug in richtlijn van McAlindon et al., recent gepubliceerd in Osteoarthritis and Cartilage (2014) en de KNGF-richtlijn Artrose Heup-Knie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (2010).

Zorgstandaard cardiovasculair risicomanagement

Cor Spreeuwenberg, emeritus hoogleraar innovatie chronische ziekten, Universiteit Maastricht, Maastricht

Deze interactieve workshop wil verhelderen wat werken volgens de zorgstandaard Cardiovasculair risicomanagement beoogt en inhoudt. Omdat het in essentie gaat om de vraag hoe patiënt en zorgverlener effectief kunnen samenwerken, wordt de workshop door een patiënt en zorgverlener geleid.

Uitgangspunt voor de aanpak is dat claudicatio intermittens een expressie is van een chronische, dat wil zeggen nooit overgaande, aantasting van het gehele vaatstelsel. De aanpak daarvan berust op een aantal pijlers:

- De patiënt bewust te laten worden dat het last hebben van claudicatio inhoudt dat hij zijn levenlang zijn gedrag op een aantal punten (roken, voeden, bewegen, hanteren van stress) fundamenteel zal moeten aanpassen.
- De taak van de zorgverlening is de patiënt daarbij door informatie, diagnostiek, behandelen en begeleiden bij die aanpassing te ondersteunen.
- Het is voor die ondersteuning noodzakelijk de betreffende patiënt goed te kennen en te begrijpen en dus een relatie met hem op te bouwen.
- Patiënt en zorgverlener moeten zorgvuldig werken aan het opstellen van een individueel zorgplan dat op de situatie van de patiënt is afgestemd en regelmatig wordt bijgesteld.
- Alle bij de zorg aan de patiënt betrokken zorgverleners moeten het individueel zorgplan kennen, weten wat hun specifieke taak daarbij is en zich inspannen om de in het individuele zorgplan gemaakte afspraken na te komen.

De begeleiders zullen een korte inleiding houden over hun visie op claudicatio en de aanpak daarvan en de taak en verantwoordelijkheid van patiënt en zorgverleners om de aanpak te realiseren. Vervolgens zullen aan de hand van een discussie over stellingen handvatten worden aangereikt voor de fysiotherapeut die betrokken is bij looptrainingen om effectieve zorgverlening aan mensen met claudicatio intermittens te realiseren.

GLT: van theorie, naar praktijk, naar thuis

Steven Kleinveld, fysiotherapeut, Fysiomaatwerk Veghel, Veghel & Simon van der Voort, fysiotherapeut, Tergooiziekenhuizen, Hilversum

Door middel van een aantal casussen wordt interactief voorbeelden gegeven hoe vorm te geven aan de behandeling. Wanneer gebruik je welke methode en hoe stel je je therapie in? Hoe maak je een behandeling patiëntspecifiek? Loop je vast in een eigen casus: breng hem in!

Crossmediale Marketing
Een gezonde praktijk in het online tijdperk

Robert Hoogland, fysiotherapeut en eigenaar Phytalis & InFysio

De fysiotherapie staat onder druk, er wordt minder behandeld, tarieven worden lager, waardoor omzetten dalen. Zorgverzekeraars worden machtiger én dwingerder. Voor een gezonde praktijkvoering met ruimte voor groei zijn meer cliënten nodig. Om meer cliënten te krijgen is investeren in praktijkmarketing en communicatie een must. Hoe pak je dat in deze tijd van onbeperkte online en offline mogelijkheden aan? Dat ervaar je tijdens deze workshop.

Inhoud en doel van de bijeenkomst

Na deze lezing weet u onder andere:
- Wat internet betekent voor uw praktijk en dienstverlening.
- Waar uw website aan moet voldoen om succesvol te zijn.
- Leert u keuzes maken in het gebruik van Facebook en Twitter.
- Weet u welk belang drukwerk heeft in deze tijd.

Theorie en praktijk worden gecombineerd. U kent de mogelijkheden om uw cliënten (nog) beter te bereiken.

Verzorging
De workshop wordt verzorgd door Robert Hoogland, voormalig sportfysiotherapeut, eigenaar van InFysio en Phytalis, bureau voor Marketing & Communicatie. Met het concept Mijn MarCom worden ruim 60 praktijken fysiotherapie begeleid in marketing & communicatie voor de fysiotherapie.

Wat als looptherapie niet werkt?
Een kijkje op de OK en de interventiekamer

Xander Tielbeek, interventieradioloog, Catharina Ziekenhuis, Eindhoven

Atherosclerotische vernauwingen of occlusies in het bekken en bovenbeen arteriën kunnen leiden tot claudicatio intermittens en zelfs tot kritieke ischemie. Indien gesuperviseerde looptraining en behandeling van de risicofactoren (diabetes, hypertensie, hypercholesterolemie etc.) onvoldoende helpen is een revascularisatie noodzakelijk en in nagenoeg de meeste gevallen wordt dan een zgn. dotterbehandeling verricht. Van te voren wordt de plaats en de ernst (lengte stenose en/of occlusie) van de obstructie bepaald met behulp van duplex-echografie Dit wordt gedaan op het vaatlaboratorium. De klinische verschijnselen en de bevindingen van het vaatlaboratorium worden besproken in de vaatbespreking: een multidisciplinaire bespreking waarin interventieradiologen en vaatchirurgen het behandelplan van de patiënt bespreken. Het behandelplan wordt vervolgens met de patiënt besproken.
Een dotterbehandeling (synoniem: PTA, angioplastiek en genoemd naar Charles Dotter die deze ingreep voor het eerst uitvoerde in 1964) van bekken en been arteriën vereist geen narcose en kan worden uitgevoerd door de interventieradioloog of de vaatchirurg. Complicaties kunnen optreden maar zijn i.h.a. zeldzaam en bestaan o.a. uit beschadiging van de vaatwand zelf (te verhelpen met een stent), een nabloeding/hematoom van de punctieplaats en (zelden) afsluiten van het bloedvat door embolieën. De voordelen van de dotterbehandeling, geen narcose, geen grote incisie, snel herstel, zijn dermate groot dat ze ruim opwegen tegen de risico's. De dotterbehandeling gebeurt nagenoeg altijd in dagbehandeling en de patiënt kan dus dezelfde dag naar huis.
De procedure wordt na lokale verdoving verricht via een arteriële punctie in de lies. Een dun buisje (5 Fr of 6 Fr = 5 x 1/3 mm resp 6 x 1/3 mm doorsnede) wordt via een voerdraad ingebracht en er wordt allereerst een opname gemaakt van de hele arteria femoralis of iliaca. De plaats van de obstructie wordt exact bepaald en allereerst wordt een ballondilatatie verricht. De maat van de ballon hangt af van de doorsnede van het aangrenzend normaal gelegen arteriële segment en de lengte wordt bepaald door de lengte van de laesie. Nadat de ballondilatatie is verricht wordt opnieuw een angiografie , d.w.z. een opname met contrastvloeistof, gemaakt. Bij onvoldoende resultaat, door bijvoorbeeld terugveren van de vernauwing, wordt een stent geplaatst. Dit gebeurt bij dotteren van vernauwingen ongeveer in 11% (1.) Bij occlusies wordt veel vaker een stent geplaatst, tot wel in 90% van de procedures. Er zijn vele soorten stents in de handel en ieder heeft zo zijn eigen voor- en nadelen. Er is geen ideale stent, dit ondanks dat er al onderzoek wordt gedaan sinds de eerste studies over stents begin tachtiger jaren.
Ook stents kunnen weer vernauwen door littekenvorming vanuit de aangrenzende vaatwand , dan wel kan de stent weer in zijn geheel tromboseren. Bij het gebruik van stents in het bovenbeen zijn breuken in stents geen uitzondering.
Vernauwingen in de stent in het bovenbeen treden in het eerste jaar tussen de 19-37% (1) op. Deze vernauwingen kunnen wel weer opnieuw gedilateerd worden. De dotterbehandeling van vernauwingen in de bekkenvaten zijn veel succesvoller. Klinisch succes is na 1 jaar 81% en na drie jaar 67% (2). Dit in tegenstelling tot behandeling van de arteria femoralis. Het klinisch succes hiervan is na 1 jaar 63%. Echter, het succes percentage van de procedure is sterk afhankelijk van de type laesie (stenose of occlusie). Het lange termijn succes hangt ook nauw samen het type laesie en de co morbiditeit van de patiënt (diabetes, hypertensie etc.). Het blijvend succes wat in veel studies niet is meegewogen , hangt natuurlijk ook af van de gesuperviseerde looptraining en lifestyle interventies.

1. Laird et al. Nitinol stent implantation vs. balloon angioplasty for lesions in the superficial femoral and proximal popliteal arteries of patients with claudication; three year follow-up from the RESILENT randomised trial.
   J Endovasc Ther. 2012;19:1-9
2. Kudo T1, Chandra FA, Ahn SS. Long-term outcomes and predictors of iliac angioplasty with selective stenting.
   J Vasc Surg. 2005 Sep;42(3):466-75.

Stoppen met roken of is de e-sigaret een alternatief?

Annet Janssen, longverpleegkundige, stoppen met roken ondersteuner, Catharina Ziekenhuis, Eindhoven

Aanleiding
Er is veel, maar vaak tegenstrijdige informatie, dat blijkt uit onderzoeken afhankelijk wie deze uitvoert en ook in de media. Om met rokers in gesprek te gaan is voldoende kennis noodzakelijk om goede adviezen te kunnen geven

Aanpak
Kennis over de verschillende tabaksproducten en e-sigaret. Samenvatting uit diverse onderzoeken. De wetgeving over de e-sigaret is een actueel thema, In sommige landen is de positie al bepaald, in Nederland is dit nog niet gebeurd.

Discussie
Waar wordt je in de praktijk mee geconfronteerd.
In gesprek met elkaar om leefstijlverandering op een positieve manier in te zetten.

Actuele informatie
www.trimbos.nl & www.rokeninfo.nl

Inspanningstraining bij ernstig COPD: minder hard trainen geeft meer effect

Peter Klijn, klinisch inspanningsfysioloog, Behandelcentrum Heideheuvel, Hilversum

COPD is een veel voorkomende comorbiditeit bij patiënten met claudicatio intermittens. Inspanningstraining is bewezen effectief bij patiënten met chronisch obstructieve longziekte (COPD) en een essentieel onderdeel van longrevalidatie. Echter, de meeste effectieve vorm van trainen voor de individuele patiënt met COPD is niet bekend. Recentelijk is aangetoond dat niet-lineair geperiodiseerde inspanningstraining superieur is ten opzichte van de standaard gehanteerde training in het verbeteren van uithoudingsvermogen en ziekte-specifieke kwaliteit van leven van patiënten met ernstig COPD. Een belangrijk kenmerk van niet-lineair geperiodiseerde inspanningstraining is de continue variatie in de opgelegde belasting: intensiteit en volume.
Er bestaat een grote overeenkomst tussen de systemische consequenties van COPD en chronische hartziekte, en de effecten op de inspanningscapaciteit en gezondheidgerelateerde kwaliteit van leven. Intense symptomen van dyspneu en vermoeidheid van de benen vormen belangrijke beperkingen van de inspanningstolerantie. Het wordt algemeen aangenomen dat de belangrijkste effecten op de inspanningscapaciteit bij zowel COPD als hartziekte beter tot stand komen via spier-georiënteerde dan via cardiovasculair-georiënteerde inspaningstraining. U gaat kennis maken met de basis principes van niet-lineair geperiodiseerde inspanningstraining. De respons op een trainingsprikkel is individueel bepaald. Constante monitoring van de subjectieve en objectieve respons is een belangrijk onderdeel binnen de trainingsbegeleiding. Het aanpassen van een trainingsplan is vervolgens essentieel voor een optimaal resultaat.

“How to do (H)IT”: Hoog intensieve interval training bij patiënten met Chronisch Hartfalen

Ruud Spee, cardioloog in opleiding, arts onderzoeker ,Catharina Ziekenhuis, Einhoven & Greg Laclé, fysiotherapeut, Catharina Ziekenhuis, Eindhoven

Chronisch hartfalen kenmerkt zich door een verminderde inspanningstolerantie. Dit komt niet alleen door een verminderde pompfunctie van het hart, maar ook de spieren zijn aangedaan.
Het is daarom niet verwonderlijk dat fysieke training een positief effect heeft op de overleving en de kwaliteit van leven. Daarnaast leidt het tot een afname van het aantal ziekenhuisopnames.
Het is nog niet duidelijk welke trainingsintensiteit de voorkeur heeft bij patiënten met Chronisch Hartfalen.

Hoog Intensieve Interval Training, ook wel HIT genoemd, wordt al langere tijd in de sportwereld gebruikt met veel succes. Sinds een paar jaar, wordt HIT ook toegepast bij hartpatiënten. Uit onderzoek bleek dat bij patiënten met hartfalen die een HIT programma doorliepen, niet alleen het inspanningsvermogen sterk verbeterde, maar ook de pompfunctie van het hart, in tegenstelling tot patiënten die een continue duurtraining verrichten. Deze resultaten beiden een potentieel nieuwe behandelmethode voor patiënten met Chronisch hartfalen.

De workshop bestaat uit twee delen. Eerst zullen de achtergronden van HIT worden toegelicht. In het tweede gedeelte zal worden ingegaan op de praktische “tips and tricks” en wordt een actieve deelname gevraagd aan de deelnemers.

Het gebruik van humor in je behandeling

Marcellino Bogers, verpleegkundige en cabaretier, mede-eigenaar Congresbureau Congressen MetZorg, Utrecht

Onderwerpen
- Definitie van humor
- Humor als interventie
- Lichamelijke aspecten
- Psychische aspecten
- Sociale aspecten
- Foute humor
- Humor werkt

Definitie van humor
- Humor is oog en gevoel hebben voor vrolijkmakende tegenstrijdigheden (Van Dale)
- Humor is communicatie. Het middel om onderlinge relaties te versterken (Pasquali)
- Humor is overwonnen droefheid (G.Bomans)

Bulechek en Mccloskey
- Het helpen van de patiënt om datgene wat grappig, vermakelijk of belachelijk is waar te nemen, op waarde te schatten en uit te drukken met de bedoeling relaties aan te gaan, spanningen te verlichten, boosheid te laten afvloeien, leren mogelijk te maken of om te leren leven met pijnlijke gevoelens.
- Uit: Handbook of nursing interventions classification, Bulechek & Mccloskey, 2002

Theorie
Van Woerden/Bogers
- Met humor wordt de relatie zorgverlener/patiënt gedecodeerd.
- Zowel de patiënt als de hulpverlener stappen even uit hun vaste rol om elkaar als het ware in een soort niemandsland op een gelijkwaardige manier te ontmoeten.

Lichamelijke aspecten
- Stijging van serotonine
  – Vrolijkmakend en antidepressief effect
- Stijging van endorfine
  – Lustverhogend
  – Ontspannend
  – Pijnstillend (Zillman 1993)
- Concentratie imuunoglobuline A stijgt
  – Waardoor afweer toeneemt (Dillon 1985)
- Longventilatie neemt toe
  – Waardoor zuursstofgehalte in bloed toeneemt (Fry&Stoft 1971)

Psychische aspecten
- Ondersteunt eigenwaarde
- Stress-verminderend
- Relativeert
- Angstverlagend (copingmechanisme)

Sociale aspecten
- Ijsbreken/ spanning breken
- Situatie meester zijn
- Contact-aanmoedigend
- Binding, versoepelt
- Glij- en bindmiddel

Foute humor
- Lachen om
- Seksistische humor
- Rasistische humor

Geen humor bij
- Manische patiënten
- Paranoïde patiënten
- Patiënten die tegenstrijdig reageren
- Patiënten na een buikoperatie
- Cataplexie

Foute humor
- Slachtofferende humor
- Seksistische humor
- Racistische humor

Humor Werkt
- Moedig dwaasheid aan
- Zoek het tweede antwoord
- Logisch denken remt
- Team met humor is creatief
- Ga uit het karrenspoor
- Humor verankert
- Cruisen en smoezen
- Verjaardagen en Funcommissie
- De kip

Kortom
Humor is gratis en
- verlicht
- relativeert
- ontwapent
- ontspant
- verbindt
- bevrijdt
- doorbreekt
- ontgift
- ontstrest

Blijf dus op zoek naar de lach in je werk!

Verpleegkundige en cabaretier Marcellino Bogers schreef het boek Humor als verpleegkundige interventie. Hij gaat in dit boek in op de werking, effecten en de mogelijkheden van het gebruik van humor. Marcellino Bogers: “Humor relativeert, ontwapent, ontspant, verbindt, bevrijdt, doorbreekt, ontgift, ontstresst, verlicht en is nog gratis ook. Door je alleen al bewust te zijn van de impact en effecten van humor, kan de verpleegkundige zichzelf en de patiënten een dienst bewijzen.”
Marcellino Bogers.
ISBN 9789035229648 / Elsevier Gezondheidszorg / 2007/ 1e druk/ 100 blz./

Over de auteur
Marcellino Bogers was ziekenverzorger, verpleegkundige en verpleegkundig docent. Van 1991 tot 2000 was hij beleidsmedewerker en woordvoerder bij NU’91, de beroepsorganisatie voor verpleegkundigen. Sinds 1992 maakt hij deel uit van het cabarettrio Ernesto, Marcellino en Wilfried Finkers (www.ernesto-marcellino.nl). Sinds 2011 is Marcellino Bogers mede-eigenaar van congresbureau Congressen MetZorg.

De nieuwe senior en het nieuwe ouder worden

Arjan in 't Veld, Directeur/eigenaar, Bureauvijftig, Utrecht

Algemene informatie

Het ClaudicatioNet 4e jaarcongres wordt mede mogelijk gemaakt door:

CME Online

- De Hart & Vaatgroep
- Disporta
- Electro Medico
- Monitored Rehab Systems – FysioRoadMap
- ProCare

ENRAF NONIUS

Partner for Life

- Sensamove
- Softmedia
- Wave Medical
- World of Health

Doelgroep
Fysiotherapeuten, hart- en vaatverpleegkundigen, nurse practitioners/ PA vaatchirurgie, (vaat)chirurgen (i.o.), vasculair geneeskundigen (i.o.), huisartsen (i.o.)

Parkeren 1931 Congrescentrum Brabanthallen
U kunt gratis parkeren bij de congreslocatie en u heeft geen parkeerticket nodig. De slagboom gaat bij vertrek automatisch omhoog.

Kosten Inschrijving

Fysiotherapeut	€ 310,-
Verwijzer	€ 50,-

Annulering
Bij ontvangst van uw schriftelijke annulering vóór 30 januari 2014 vindt restitutie plaats onder aftrek van EUR 25 administratiekosten. Na deze datum kan geen restitutie meer plaatsvinden.

Het ClaudicatioNet 4e jaarcongres is geaccrediteerd door:
Nederlandse Vereniging voor Hart en Vaat Verpleegkundigen (NVHVV) met 5 punten
Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) met 5 punten
Verpleegkundig Specialisten (RSV) met 5 punten
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) met 5 punten

Accreditatie is aangevraagd bij:
Het specifieke deel van het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie voor het register van Algemeen Fysiotherapeut

Contactgegevens ClaudicatioNet
P/a Catharina Ziekenhuis
Afd. Heelkunde, sectie Vaatchirurgie
Postbus 1350
5602 ZA EINDHOVEN
T: 040-2398764
info@claudicationet.nl

Congressecretariaat
congress company
Postbus 2428
5202 CK 's-Hertogenbosch
T: 073-7003500
F: 073-7003505
www.congresscompany.com

Notities

Notities

CME Online

Online nascholingsinstituut
voor de gezondheidszorg

Bij een 2-jarig abonnement

Good To Know

- Ruim en gevarieerd cursusaanbod
- Vakinhoudelijk en praktijkgericht
- Vooraanstaande auteurs
- Online nascholen wanneer het u uitkomt
- Geaccrediteerd door het KNGF

Meer informatie
www.cme-online.nl
030 - 26 44 100

e-WISE
Good To Know