



1 SEPTEMBER 2025

AUTEURSRICHTLIJNEN FYSIOPRAXIS

RUBRIEK: WETENSCHAP



Inhoudsopgave

Proces van aanlevering tot publicatie.....	2
Schrijfadvis en richtlijnen.....	3
Afkortingen	3
Getallen.....	3
Opmaak Lever de tekst aan met paginanummering en doorlopende regelnummers.	3
Referenties/literatuurverwijzingen.....	3
Websites met tips voor aantrekkelijk schrijven.....	3
FORMAT 1: Origineel onderzoek.....	4
FORMAT 2: Promotieonderzoek	5
FORMAT 3: Samengevat	8
Beeldmateriaal aanleveren	10
Tabellen, figuren en grafieken aanleveren	10

Proces van aanlevering tot publicatie

Idee indienen ↓	Heb je een idee voor een artikel/bijdrage? Mail het naar fysiopraxis@kngf.nl 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 en lengte. N.B: lever niet een compleet geschreven artikel aan.
Schrijven ↓	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. Let hierbij goed op het format en de instructies verderop in deze auteursrichtlijnen.
Redactie ↓	Leden van de wetenschapsredactie zullen het artikel reviewen. Zij zullen het artikel beoordelen op inhoud en structuur met als doel de boodschap van jouw artikel waar nodig aan te scherpen en de leesbaarheid voor het lezerspubliek van FysioPraxis te vergroten. Je zult verzocht worden een herziene versie aan te leveren, inclusief een point-to-point reply. Meestal 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.
Eindredactie ↓ Opmaak ↓	Zodra jij en de wetenschapsredactie het eens zijn dat het artikel zo klaar is, gaat het naar de eindredactie. Daar wordt de tekst onder andere doorgenomen op lengte, compleetheid (waaronder foto's, figuren en grafieken), spelling, stijl, koppen, intro, consistentie, begrijpelijkheid 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.
Publicatie	Zodra de editie van FysioPraxis 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 fysiopraxis@kngf.nl</i>

Schrijfadvice en richtlijnen

Afkortingen

- Gebruik zo min mogelijk afkortingen om de leesbaarheid te vergroten.
- 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).

Getallen

- Getallen onder de twintig, tientallen tot honderd, honderdtallen tot duizend en duizendtallen tot en met twaalfduizend worden in de meeste gevallen als woord geschreven. Begin je een zin met een getal, schrijf het voluit. Maar beter is vaak: zin zo herschrijven dat hij niet met een getal begint.
Bijvoorbeeld: acht patiënten, negentig procent van de deelnemers
- Overige getallen (dus de niet ronde getallen boven de twintig) worden vrijwel altijd in cijfers weergegeven.
- 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](#).

Opmaak

Lever de tekst aan met paginanummering en doorlopende regelnummers.

Referenties/literatuurverwijzingen

Referenties zijn in **Vancouverstijl superscript** en op **volgorde van vermelding**.

In de tekst

- Een referentie zet je in superscript direct achter de naam/namen van de auteur(s) als de referentie verwijst naar een artikel van die auteur(s).
Bijvoorbeeld: 'Mikkelsen et al.¹⁵ onderzochten ...'
- Een referentie zet je direct achter de komma of de punt waarmee het zinsdeel of de zin afsluit.
Bijvoorbeeld: 'Voorbeelden van biopsychosociale behandelingen zijn Graded Activity,^{5,6} Exposure in vivo^{7,8} en Acceptance and Commitment Therapy.⁹'

In de referentielijst

- De volgorde van de referenties in de referentielijst is in overeenstemming met de volgorde van vermelding in de tekst.
- Geef adequate details van de bron in de referentielijst, zodat de bron door de lezer teruggevonden kan worden:
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.

Websites met tips voor aantrekkelijk schrijven

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

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

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

N.B. Bij twijfel of discussie of taalkwesties beslist de eindredacteur.

FORMAT 1: Origineel onderzoek

DOELSTELLING

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

OMVANG

In overleg met wetenschapsredactie.

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**.

De eindredactie schrijft de kop, suggesties zijn uiteraard welkom.

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. **Max. 45 woorden**.

De eindredactie schrijft een intro, suggesties zijn uiteraard welkom.

3. Auteur(s)

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

Opmerking: In het magazine is er in de opmaak ruimte voor **maximaal 3 auteurs**, als er meerdere auteurs zijn geef dan aan welke 3 er genoemd kunnen worden (de eventuele andere auteurs noemen we online, evenals de titels en functies van de auteurs).

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 van wat er is onderzocht (onderzoeksvraag of -doel) en waarom (wat was de aanleiding?). Bespreek **wat de relevantie is van de uitkomsten voor de praktiserend fysiotherapeut**.
- **Methode:** In dit deel bespreek je uitgebreider **wat** is onderzocht en **hoe** dat is gedaan. Methodologische en statistische termen leg je uit zodat 'de fysiotherapeut' kan begrijpen hoe het onderzoek is uitgevoerd.
- **Resultaten:** Beschrijf de **belangrijkste resultaten**. Bevindingen die in tabellen en figuren zijn opgenomen, worden beknopt (en niet alles) benoemd in de tekst, om de lopende tekst goed te kunnen blijven volgen als lezer.
- **Discussie:** Reflecteer op de resultaten en wat deze betekenen voor de fysiotherapeut. Bespreek de beperkingen van je studie en zaken die nog verder moeten worden onderzocht.

5. 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.

6. Referenties

Zie [referenties en literatuurverwijzingen](#).

BEELD

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

FORMAT 2: Promotieonderzoek

Dit format bestaat uit een nieuw geschreven artikel dat informatie van de onderzoeken van jouw proefschrift bevat, en een interview met jouw als promovendus.

DOELSTELLING

De fysiotherapeut op de hoogte houden van de laatste wetenschappelijke ontwikkelingen van wat je onderzocht hebt tijdens jouw promotietraject en de relevantie daarvan voor de praktijk.

OMVANG

In overleg met wetenschapsredactie

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**. De eindredactie schrijft de kop, suggesties zijn uiteraard welkom.

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. **Max. 45 woorden**. De eindredactie schrijft een intro, suggesties zijn uiteraard welkom.

3. Auteur(s)

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

Opmerking: In het magazine is er in de opmaak ruimte voor **maximaal 3 auteurs**, als er meerdere auteurs zijn geef dan aan welke 3 er genoemd kunnen worden (de eventuele andere auteurs noemen we online, evenals de titels en functies van de auteurs).

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. Het is hierbij belangrijk om de relevantie voor de fysiotherapeutische praktijk te bespreken. 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 **voor de fysiotherapeut**.

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. Deze alinea's kunnen wel overeenkomen met de verschillende hoofdstukken uit je proefschrift, maar dit hoeft niet.

- **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. Het artikel moet wel een op zichzelf staand artikel worden. Deel de samenvatting in aan de hand van **voor de fysiotherapeut relevante onderwerpen** van het proefschrift. N.B. schrijf niet in de vorm 'In studie 1 onderzochten we...', 'In studie 2 werd geëvalueerd...'. De lezer moet **voldoende informatie** krijgen om de **methode** en de **resultaten** van het proefschrift te kunnen begrijpen en interpreteren. Methodologie inclusief doelgroep, design, meetinstrumenten en analyse en resultaten inclusief statistieken moeten dus (beknopt) beschreven worden.
- **Discussie:** Bespreek kort wat de resultaten toevoegen aan de huidige evidentie, wat de beperkingen zijn en welk 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.

5. Kader: wat kan de fysiotherapeut met deze resultaten?

Bespreek (**max 150 woorden**) waarom deze resultaten relevant zijn voor de praktiserend fysiotherapeut. Dit kader neemt de essentiële informatie uit de romptekst samengevat weer.

6. Referenties

Zie [referenties en literatuurverwijzingen](#).

7. Interview met de promovendus (totaal rond de 550 woorden)

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)

Beantwoord de volgende vragen (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?

BEELD

- Indien er relevant beeldmateriaal beschikbaar is stuur dit dan **los** 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.

Wetenschap

MOVE FIT

Beweegzorg op maat bij hoofd-halskanker

Bij hoofd-halskanker leidt intensieve behandeling vaak tot verlies van spiermassa, met negatieve gevolgen voor herstel en kwaliteit van leven. Een op maat gemaakt beweegprogramma tijdens chemoradiotherapie biedt perspectief. Maar hoe haalbaar is trainen tijdens deze intensieve fase van de behandeling?

De diagnose hoofd-halskanker (HHK) heeft vaak grote fysieke en emotionele gevolgen. Door pijn, slikproblemen en misselijkheid eten patiënten minder, waardoor spiermassa verloren gaat. Dat verlies is niet alleen nadelig voor de conditie en kwaliteit van leven, maar ook voor het behandelverloop: complicaties, vertraagde wondgenezing en langere ziekenhuisopnames komen vaker voor. Behoud en herstel van spiermassa vereist een combinatie van voldoende voedingsinname én fysieke training.

Intensief traject
De gecombineerde behandeling van lokaal gevorderde HHK bestaat uit zeven weken radiotherapie in combinatie met chemokuren (chemoradiotherapie, CRT). Dit intensieve traject veroorzaakt vaak pijn, kauw- en

slikproblemen, vermoeidheid, eetlustverlies, misselijkheid en braken. Deze klachten leiden regelmatig tot onbedoeld gewichtsverlies – een belangrijk kenmerk van ondervoeding. Op het moment van diagnose heeft al 19 procent van de patiënten te maken met kritisch gewichtsverlies. Tijdens de behandeling kan dit oplopen tot 50 procent, ondanks intensieve voedingsondersteuning.¹ Vooral vetvrij massa, waaronder spiermassa, gaat verloren. Dit is geassocieerd met verminderde kwaliteit van leven, fysieke achteruitgang, een hoger risico op complicaties en lagere overleving.^{2,3}

Fysieke trainingsinterventies
Om spiermassa tijdens en na de behandeling te behouden of te herstellen is voldoende voedingsinname in combinatie met fysieke training

essentieel.⁴ Trainingsinterventies tijdens en na kankerbehandeling verbeteren onder meer fitheid, vermoeidheid, kwaliteit van leven en het voltooien van de behandeling.⁵ Daarnaast hangt een hoger niveau van fysieke activiteit en fitheid samen met langere overleving in verschillende patiëntenpopulaties met kanker of onder behandeling voor kanker.⁶ Het merendeel van dit bewijs is gebaseerd op studies bij patiënten met borstkanker of darmkanker. Mensen met HHK zijn doorgaans minder fysiek actief dan andere kankerpatiënten: vóór diagnose voldoet slechts 30,5 procent aan de beweegrichtlijnen, en na diagnose is dat nog maar 8,5 procent.⁷ Dit sedentair gedrag kan spiermassaverlies verder versnellen. Beweeginterventies gericht op het verbeteren van fysieke activiteit voor

het behoud en herstel van spiermassa zijn daarom noodzakelijk.

Gepersonaliseerde benadering
Vergeleken met andere oncologische patiëntengroepen zijn mensen met HHK gemiddeld ouder, vaker praktisch opgeleid en hebben ze vaker beperkte gezondheidsvaardigheden of een ongezonde leefstijl, waaronder hoger tabaks- en alcoholgebruik.⁸ Daarom zijn de effecten van training bij andere kankerpatiënten niet vanzelfsprekend van toepassing op deze groep. Bovendien richten de beperkte bestaande onderzoeken die er zijn zich vaak op training ná de behandeling. Het blijft daarom onduidelijk of patiënten met HHK tijdens chemoradiotherapie voldoende in staat zijn om een trainingsinterventie te volgen en te voltooien om de gewenste effecten te bereiken. Eerder onderzoek naar trainingsvoorkeuren liet zien dat ongeveer de helft van de HHK-patiënten zich in staat voelt om deel te nemen aan een trainingsprogramma.⁹ Daarbij geven zij de voorkeur aan een gepersonaliseerde benadering met integratie van activiteiten in het dagelijks leven.¹⁰

Move Fit: trainen tijdens de behandeling
Op basis van deze inzichten en klinische ervaring van fysiotherapeuten ontwikkelden onderzoekers het tien-weekse programma Move Fit: een op maat gemaakte kracht- en duurtraining tijdens CRT. Zie figuur 1. Het doel van deze studie was om de haalbaarheid van dit programma te onderzoeken, aan de hand van het inclusiepercentage (hoeveel procent van de benaderde patiënten deel uit nemen), aanwezigheid bij gesuperviseerde trainingssessies, het voltooien van de interventie en protocolnaleving. Daarnaast brachten we via semi-structureerde interview ervaringen, verwachtingen van



Tekst Annemiek Kok. Foto Makiin fotografie

FP - fysiopraxis.nl 31

30 FP - fysiopraxis.nl

Wetenschap

Figuur 2



Geïdentificeerde thema's met quotes uit het kwalitatieve deel van het onderzoek naar de haalbaarheid van een beweeginterventie tijdens CRT voor HHK.

oncologische zorg. Er is wetenschappelijk bewijs dat behoud van spiermassa en fysieke fitheid gunstige effecten heeft op kwaliteit van leven, vermoeidheid, het voltooien van de medische behandeling volgens plan en herstel na de behandeling. Om effecten van een beweegprogramma te kunnen onderzoeken, is het belangrijk dat het beweegprogramma haalbaar is voor de deelnemers en zij dit voldoende kunnen volhouden om de gewenste effecten van het programma te kunnen bereiken. Voor mensen met HHK, die een intensieve CRT-behandeling ondergaan, was dit tot nu toe onvoldoende onderzocht.

Onze studie laat zien dat het programma in zijn huidige vorm slechts voor een deel van de patiënten haalbaar is. Om de haalbaarheid te vergroten en de optimale effecten van het programma te bereiken is een meer gepersonaliseerde aanpak nodig, die rekening houdt met individuele barrières en bevorderende factoren. Dat betekent niet dat we moeten wachten tot de perfecte interventie er is, net als voedingszorg verdient beweegzorg een vaste plek in het behandeltraject van mensen met HHK. Waarbij alle patiënten op maat beweegadvies krijgen wat aansluit op hun persoonlijke wensen

en behoeften. Dat kan via een step-by-step benadering – variërend van zelfmanagement en algemeen beweegadvies door zorgprofessionals en specialistische beweegzorg door fysiotherapeuten gespecialiseerd in oncologie. ●

a.kok-4@umcutrecht.nl

Literatuur



34 FP - fysiopraxis.nl

Over de onderzoeken



Titel proefschrift
Move to Eat. Towards personalization of supportive care for patients with head and neck cancer undergoing chemoradiotherapy.

Promotiedatum
10 december 2024

Promotieteam
Prof. Ramco de Bree, hoofd-hals oncologisch chirurg, promotor; Dr. Caroline M. Speksnijder, bewegingswetenschappen, epidemioloog, orofaciaal fysiotherapeut, co-promotor.



Annemiek Kok behaalde haar bachelor voeding en diëtetiek en master voeding en gezondheid aan de Wageningen Universiteit. Ze werkt als diëtist en onderzoeker in het UMC Utrecht, met als aandachtsgebied hoofd-halskanker. Daarnaast is ze is bestuurslid van de Landelijke Werkgroep Diëtenisten Oncologie. Op 10 december promoveerde ze aan Universiteit Utrecht.

Hoe ben je tot dit promotietraject gekomen?
Mijn promotietraject bestond uit twee onderdelen. Het eerste deel was de ontwikkeling van een voorspelmodel voor het plaatsen van een PEG bij mensen met hoofd-halskanker die behandeld worden met chemoradiotherapie. Een PEG is een sonde die via de buikwand in de maag wordt gebracht om voeding, vloeistof en medicijnen toe te dienen. We zijn hier eigenlijk in een gat gesprongen: de medische richtlijn raadde af om standaard een PEG te plaatsen, maar de indicaties waren onduidelijk. We ontwikkelden daarom op basis van dossieronderzoek een praktisch predictiemodel. In samenwerking met Maastricht Universitair Medisch Centrum. Het tweede onderdeel was de haalbaarheidsstudie naar Move Fit, dat we samen met de collega's van het Antoni van Leeuwenhoek uitvoerden.

Waarom heb je voor dit onderwerp gekozen?
De behandeling met chemotherapie en bestraling is enorm intensief: de bijwerkingen, het grote aantal afspraken met zorgverleners en de dagelijkse reistijd naar het ziekenhuis vragen veel van patiënten. Vroeger kreeg iedere patiënt standaard een preventieve PEG-sonde, maar in de praktijk bleek dat sommigen die uiteindelijk niet nodig hadden. Het is dan waardevol om

op basis van bestaande patiëntdata te onderzoeken wie er wel baat bij heeft, zodat we onnodige plaatsingen – en de bijbehorende risico's en zorgkosten – kunnen voorkomen. In de spreekkamer krijg ik bovendien vaak de vraag: wat kan ik zelf doen om de behandeling goed door te komen? Naast voeding is beweging daarbij van groot belang, maar dat is nog geen vast onderdeel van het zorgpad. Juist omdat voeding en beweging elkaar versterken, vond ik het mooi om als diëtist de haalbaarheid van een beweeginterventie te onderzoeken.

Wat was de grootste uitdaging?
De coördinatie van de beweeginterventie, naast mijn overige werkzaamheden. Voor de start van de studie was er veel papierwerk voor de METC-toetsing. Tijdens de studie was het veel afstemmen met de fysiotherapeuten, diëtenisten en de deelnemers om afspraken te (her)plannen en om de onderzoeksgegevens te verzamelen. Gelukkig zijn de lijntjes met de collega's kort, ondanks dat we in een groot ziekenhuis werken.

Hebben de uitkomsten je verrast?
Ja, ik was verrast dat het deelnamepercentage hoger lag dan we van tevoren hadden verwacht. Patiënten krijgen in korte tijd ontzettend veel informatie over zich heen, terwijl ze net de diagnose hebben gekregen en starten met een intensief behandeltraject. Dan is het best veel gevraagd om ook nog aan een beweegprogramma deel te nemen. Hoewel een aanzienlijk deel het programma niet volhoudt, zijn de ervaringen van deelnemers overwegend positief – zou van mensen die na actief waren, als van degenen die van nature juist minder sportief zijn. Wat opviel is dat deelnemers niet alleen fysieke voordelen noemen, maar ook mentaal veel baat hebben bij het bewegen.

FP - fysiopraxis.nl 35

FORMAT 3: 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 artikel.

OMVANG

Romptekst: **max 400 woorden**

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**.

De eindredactie schrijft de kop, suggesties zijn uiteraard welkom.

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. 45 woorden**.

De eindredactie schrijft een intro, suggesties zijn uiteraard welkom.

3. Auteur(s)

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

Opmerking: In het magazine is er in de opmaak ruimte voor **maximaal 3 auteurs**, als er meerdere auteurs zijn geef dan aan welke 3 er genoemd kunnen worden (de eventuele andere auteurs noemen we online, evenals de titels en functies van de auteurs).

4. Romptekst

Onderzoeksvraag

De onderzoeksvraag die de studie probeert te beantwoorden.

Samenvatting

Overzicht van de methode van de studie en de belangrijkste resultaten waarbij met name aandacht besteed wordt aan klinisch relevante resultaten voor de fysiotherapeut. **Circa 250 woorden**

Conclusie

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

Samenvatting van de publicatie:

Geef hier de originele titel van de publicatie.

Voeg een link toe naar de originele publicatie.

BEELD

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

Plexus brachialis letsel: meer dan alleen armklachten

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.

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

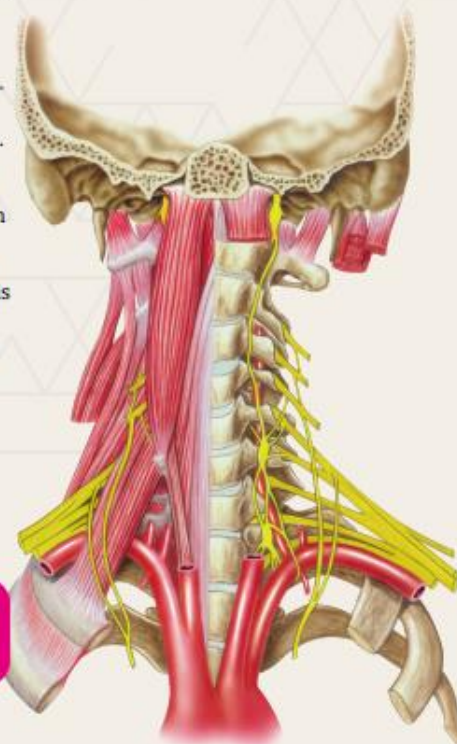
van ervaren beperkingen en minder functie van de aangedane arm. We adviseren (para)medici om actief te vragen naar musculoskeletale klachten op andere locaties dan de aangedane arm en ervaren beperkingen bij patiënten met plexus brachialis letsel.

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:



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**.

In het magazine is er beperkt ruimte voor beeld. Mocht het niet passen dan plaatsen we in overleg een deel van de figuren/tabellen online.

N.B: We ontvangen beeldmateriaal graag als losse bestanden.

Tabellen, figuren en grafieken aanleveren

Tabellen

- Lever tabellen altijd aan als bewerkbare tekst (**geen afbeelding, scan of screenshot**).
- Gebruik een eenvoudige, duidelijke opmaak (geen bonte kleuren verzameling, schaduwen of complexe stijlen).
- Voorzie elke tabel van een **korte, duidelijke titel** boven de tabel.
- Licht afkortingen en gebruikte symbolen toe onder de tabel.

Figuren (grafieken, schema's, foto's, illustraties)

- Lever figuren aan als apart bestand, **niet geplakt in het tekstbestand van het artikel**. [eventueel wel klein invoegen als plaatsbepaler]
- Bestandsformaten: bij voorkeur **.jpg, .eps, .png of .tif** (min. 300 dpi, minimaal 1500 px breed).
- Grafieken/diagrammen: lever waar mogelijk ook het **onderliggende Excel- of waardetabel** mee, zodat de vormgever zo nodig nog kan bewerken.
- Voorzie elke figuur van een **onderschrift**: korte titel/omschrijving + uitleg van gebruikte afkortingen/symbolen.
- Controleer dat alle tekst in de figuur (assen, legenda) goed leesbaar is.

Algemeen

- Houd tabellen en figuren zo overzichtelijk en eenvoudig mogelijk: ze moeten de boodschap ondersteunen, niet ingewikkelder maken.
- Zorg dat er in de tekst altijd een verwijzing staat naar de betreffende tabel of figuur.
- Stuur grafieken los mee (niet ingebed in het tekstbestand van het artikel).

Bij twijfel neem contact op met de redactie via fysiopraxis@kngf.nl