**Doelgroep:**

Medinello revalidatie (<https://www.medinello.nl/>) biedt multidisciplinaire behandelingen aan chronische pijnpatiënten. Er zijn vestigingen op 15 verschillende locaties. De teams bestaan uit een revalidatiearts, psychologen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten en een maatschappelijk werker in Haarlem. Medinello streeft naar uniformiteit en landelijke afstemming in behandelinhoud en klinimetrie. Daarnaast zijn de teams ook zelfsturend, in elk geval wat betreft hun onderlinge samenwerking.

Aantal deelnemers: 150

Kernwoorden voor de dag: Uniformiteit, Inspiratie, Samenkomen, Verbinding, Betrokkenheid, Energie, Samen en van elkaar leren.

Deelnemers worden op 3 niveaus aangesproken:

1. Als individu in het onderdeel positieve psychologie (ik)
2. Als teamlid in het onderdeel teamdynamiek (op basis van ACT) (wij)
3. Als professional in het onderdeel vakmanschap (ik als ….)

De doelgroep van deze congresdag zijn algemeen fysiotherapeuten, psychosomatische fysiotherapeuten, ergotherapeuten, psychologen, revalidatieartsen en Cesar-therapeuten werkzaam binnen 2e lijns revalidatiecentrum voor chronisch pijn en chronische vermoeidheid. Deze zorgprofessionals zijn werkzaam binnen een multidisciplinair team.

**Doelstellingen congresdag Medinello 2019:**

* De cursussen en workshops die worden aangeboden ondersteunen het Medinello concept op zorginhoudelijk niveau.
* De cursussen en workshops hebben een hoge mate van relevantie voor nagenoeg alle zorgprofessionals (psycholoog, revalidatiearts, ergotherapeut, fysiotherapeut).
* De inhoud van de cursussen en workshops zijn ontwikkeld op basis van belangrijke en recente ontwikkelingen binnen het werkgebied van pijnrevalidatie Nederland.
* Er is sprake van een goede balans tussen plenaire sessie en praktisch workshops om de concentratie en alertheid te stimuleren.

**Programma**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tijd | Groep 1 | Groep 2 |
| 8.30 - 9.00 | Inloop en opening | Inloop en opening |
| 9.00-10.00 | Plenair Positieve Gezondheid | Plenair Positieve Gezondheid |
| *10.00-10.30* | *Pauze* | *Pauze* |
| 10.30-11.30 | Workshop Positieve Gezondheid | Subplenair ACT in teams |
| 11.30-12.30 | Subplenair ACT in teams | Workshop Positieve Gezondheid |
| *12.30-13.30* | *Lunchpauze* | *Lunchpauze* |
| 13.30-14.00 | Atletic skills model | Atletic skills model |
| 14.00-15.00 | Workshop ACT in teams | Subplenair Vakmanschap |
| *15.00-15.30* | *Pauze* | *Pauze* |
| 15.30-16.30 | Subplenair Vakmanschap | Workshop ACT in teams |
| 16.30-17.00 | Terugkoppeling en afsluiting dag | Terugkoppeling en afsluiting dag |

**Onderdeel ACT in teams**

**Annick Seysen en Prof Dr. Karlein Schreurs**

**Omschrijving**

Het ACT-model is een gedragstherapeutisch model wat intussen in de wereld van de behandeling van chronische pijnpatiënten op heel wat bijval mag rekenen. Men zal ervaren dat het model veel breder toepasbaar is. De zorgprofessional maakt kennis met de mogelijkheden van ACT bij het samenwerken in zijn of haar team. De lezing en workshop zijn gevuld met oefeningen, inzichten en vraagstellingen die de deelnemer en het team rijker kunnen maken.

Onderdeel teamdynamiek

Op alle locaties wordt met ACT gewerkt. Meer dan de helft van de deelnemers hebben een training in ACT gehad, de andere helft komt het tegen in het werk, maar heeft geen theoretische onderbouwing hiervoor mee. In het (sub-)plenaire gedeelte zal daarom de nadruk liggen op het kennismaken met ACT vanuit aanstipping van theoretische kaders maar vooral met de bedoeling kennis te maken met de ACT processen vanuit experiëntieel niveau.

Doel van het onderdeel ACT in teams:

* Bevorderen van teaminteracties op grond van teamwaarden
* Afspraken over hoe het team een vervolg gaat geven aan de activiteiten van vandaag

Leerdoelen plenaire lezing:

* De zorgprofessional herkent automatische gedachten en gedragingen in teaminteracties die niet helpen
* De zorgprofessional is zich bewust van het belang en nut van teamwaarden

Leerdoelen workshop:

* De zorgprofessional herkent zijn of haar eigen automatische gedachten en gedragingen in teaminteracties.
* De zorgprofessional heeft inzicht in gewenste teaminteracties: hoe geven we elkaar feedback?
* De zorgprofessional formuleert teamwaarden: wat vinden wij als team belangrijk?
* De zorgprofessional maakt concrete afspraken over het vervolg: hoe gaan we hiermee verder op onze eigen locatie?

Uitvoering:

* Plenaire lezing: Annick Seys.
* Workshop: 3 parallelle groepen van ieder 25 deelnemers in 3 verschillende ruimtes. Start en afronding gebeurt plenair. Bij de start krijgen de deelnemers opdrachten waaraan ze in kleine groepjes zelfstandig werken. Annick Seys en Karlein Schreurs begeleiden deze workshop en zijn beschikbaar voor ondersteuning, verdieping en vragen. Afronding gebeurt plenair geleid door Annick Seys in samenwerking met Karlein Schreurs.

**Achtergrond sprekers:**

Prof. Dr. Karlein M.G. Schreurs is Hoogleraar van de Vakgroep Psychologie, Gezondheid en Technologie bij de Universiteit Twente te Enschede. Daarnaast is ze senior GZ-psycholoog bij Roessingh, Centrum voor Revalidatie en senior onderzoeker bij Roessingh Research & Development, beide gelegen in Enschede.

Annieck Seys:

Annick Seys publiceerde samen met Jacqueline A-Tjak het boek *Intervisie met ImpACT* (2018, Hogrefe BV Uitgevers). Daarnaast werkte ze mee aan het boek: *The ACT Matrix. A New Approach to Building Psychological Flexibility Across Settings and Populations*, onder redactie van Kevin L. Polk, Bejamin Schoendorff en Kely Wilson (2014, Context press).

Zij geeft inmiddels 8 jaar opleiding in ACT.

**Samenvatting**

Wanneer pijn chronisch is geworden, helpen behandelingen gericht op pijnbestrijding niet meer of niet meer afdoende. Sterker nog: blijven streven naar pijncontrole zonder het gewenste resultaat, vergroot het lijden van chronische pijnpatiënten omdat het frustreert en er ondertussen geen aandacht meer is voor de waardevolle aspecten van het leven. In Acceptance en Commitment Therapy (ACT) bij chronische pijn ligt het accent op het realiseren van waardevolle doelen met aanvaarding van onvermijdelijke pijn of beperkingen. Met deze nadruk op een waardevol leven, past ACT goed in de traditie van positieve psychologie. In dit artikel wordt eerst een overzicht gegeven van chronische pijn en de gevolgen ervan voor het leven van patiënten. De theorie waarop ACT is gebaseerd, de klinische processen, het meten ervan en de toepassing bij chronische pijnpatiënten vormen de hoofdmoot van dit artikel.

Biomedical treatments aimed at pain control are insufficient in chronic pain. Even worse, fruitlessly aiming at pain control, enhances suffering of pain patients because they get frustrated and lose contact with the valued aspects of life. The aim of ACT is to help patients realize valued goals with acceptance of inevitable pain or disabilities. ACT fits well within the tradition of positive psychology with its focus on a valued life. In this article, we first give an overview of chronic pain and its consequences in daily life. The principle part of this article consist of the theory underlying ACT, the clinical processes, their measurement and use in chronic pain.

Acceptance & Commitment therapie (ACT) is een ontwikkeling in de gedragstherapie, maar het is ook een positief psychologische therapie. De positieve psychologie richt zich op het bestuderen en verhogen van het emotioneel, psychisch en sociaal welbevinden van mensen zonder daarbij tegenslag en lijden in het leven te ontkennen, weg te poetsen of te negeren (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Bohlmeijer et al., 2013). Ook in ACT ligt de nadruk op het aanvaarden van dit lijden om ruimte te maken voor een waardevol leven waarin iemand optimaal kan functioneren vooral op psychologisch en sociaal vlak. ACT wordt toegepast bij verschillende diagnosegroepen en past goed bij de behandeling van chronische klachten als pijn en vermoeidheid. In dit artikel wordt eerst een overzicht gegeven van chronische pijn en de gevolgen ervan voor het leven van patiënten. De theorie waarop ACT is gebaseerd, de klinische processen, het meten ervan en de toepassing bij chronische pijnpatiënten vormen de hoofdmoot van dit artikel. Chronische pijn

Ongeveer een op de vijf Nederlanders heeft regelmatig en langdurig pijn (Breivik et al., 2006). Pijn wordt chronisch genoemd als het langer duurt dan drie tot zes maanden. Door arbeidsongeschiktheid en ziekteverzuim is chronische pijn een van de aandoeningen met de hoogste maatschappelijke kosten (Lambeek et al., 2011). Het heeft echter ook grote gevolgen voor de patiënt en zijn omgeving. Pijn heeft invloed op de kwaliteit van leven, de dagelijkse activiteiten, het vermogen tot arbeid en persoonlijke relaties en verhoogt de kans op depressiviteit (Reid et al., 2011).

Biologische, psychische en sociale factoren spelen een rol bij het chronisch worden en blijven van pijnklachten. Pijn is onaangenaam, trekt de aandacht **en wordt beschreven in termen van weefselschade (**International Association for the Study of Pain (**IASP), 1986). Weefselschade kan doorgaans echter de chronische pijn niet of niet helemaal verklaren. De laatste decennia weten we steeds meer van sensitisatie van het zenuwstelsel bij chronische pijn. Onder invloed van pijnprikkels treden veranderingen op in het brein en de perifere zenuwen waardoor de ervaren intensiteit van pijnprikkels toeneemt, er pijn op andere locaties in het lichaam wordt gevoeld en de pijndrempel verlaagt (Wilgen & Nijs, 2010). We weten ook dat de ervaring van pijn** wordt beïnvloed door cognities, emoties, gedrag en omgeving.

Als pijn chronisch is geworden helpen biomedische behandelingen niet of niet afdoende om de pijnklachten te verminderen en zal behandeling gericht moeten zijn op het verbeteren van het functioneren van patiënten (Turk et al., 2011). Cognitieve gedragstherapie (CGT) is hierbij tot nu toe de meest effectieve behandeling (Williams et al., 2012). CGT grijpt in op het gedrag dat pijnklachten in stand houdt. Leertheoretische modellen van chronische pijn laten zien hoe cognities, emoties en gedragingen op elkaar inwerken waardoor op den duur beperkingen ontstaan en er meer pijn wordt ervaren. Het fear-avoidance model legt de nadruk op catastroferende cognities die samengaan met angst voor pijn en bewegen en die leiden tot pijnvermijdend gedrag (Vlaeyen et al., 2012). Het avoidance-endurance model voegt daaraan het pad toe van juist minimaliserende of ontkennende cognities die gepaard kunnen gaan met boosheid, maar ook met depressie, en met overactief gedrag om de pijnsignalen niet op te merken (Hasenbring & Verbunt, 2010). Zowel vermijdend als overactief gedrag leidt op den duur tot beperkingen. CGT behandelingen gebaseerd op deze modellen grijpen in op dit gedrag en op inadequate catastroferende of minimaliserende cognities.

Deze behandelingen bevatten echter vaak een inherente paradox. Om beter te kunnen functioneren is gedragsverandering noodzakelijk. Afname van pijn is de rationale en bekrachtiger van gedragsverandering. Pijn neemt echter niet lineair af met ander gedrag en iemand kan spontaan pijn ervaren zonder dat dit verband houdt met zijn gedrag. Hierdoor is de kans groot dat de patiënt concludeert dat de behandeling niet heeft geholpen wanneer hij weer meer pijn ervaart en zoekt hij zijn heil opnieuw in biomedische of alternatieve behandelingen die hem van de pijn kunnen afhelpen. Op aanvaarding gerichte behandelingen kunnen een uitweg bieden uit deze paradox omdat een patiënt kan ervaren dat beter functioneren mogelijk is, ook als de pijn regelmatig blijft opspelen. Acceptance & Commitment Therapy (ACT) biedt hiervoor een helder kader en werkt goed bij chronische pijnpatiënten.

**Literatuur**

A-Tjak, J. (red). (2015). *Acceptance & Commitment Therapy: Theorie en praktijk* (tweede herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

A-Tjak, J.G.L., Davis, M.L., Morina, N., Powers, M.B., Smits, J.A.J., & Emmelkamp, P.M.G. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics 84,* 30-36.

Batink, T., & Delespaul, P. (2015). Meten van psychologische flexibiliteit - De Flexiibiliteits Index Test (FIT-60). Tijdschrift voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie, 4, 310-332.

Bekkering, G.E., Bala, M.M., Reid, K., Kellen, E., Harker, J., Riemsma, R., Huygen, F.J., & Kleijnen, J. (2011). Epidemiology of chronic pain and its treatment in The Netherlands. *Netherlands Journal of Medicine, 69,* 141-153.

Bohlmeijer, E.T., Bolier, L., Westerhof, G.J., & Walburg, J. (red.) (2013). *Handboek positieve psychologie: Theorie, onderzoek en toepassingen.* Amsterdam: Boom.

Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain, 10*, 287–333.

Dahl, J., Plumb, J., Stewart, I., Lundgren, T. (2009). *The Art and Science of valuing in Psychotherapy*. Oakland: New Harbinger.

Hasenbring, M.I., Verbunt, J.A. (2010). Fear-avoidance and endurance-related responses to pain: new models of behavior and their consequences for clinical practice. *Clinical Journal of Pain, 26,* 747-753.

Hayes, S.C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: the Process and Practice of Mindful Change.* Guilford Press: New York.

International Association for the Study of Pain subcommittee on Taxonomy (1986). Classification of chronic pain. *Pain (suppl),* 1-226.

Jacobs, N., Kleen, M., Groot, F. de, & A-Tjak, J. (2008). Het meten van experiëntiële vermijding. De Nederlandstalige versie van de Acceptance and Action Questionnaire – II (AAQ-II). *Gedragstherapie, 41,* 349-361.

Jansen, G., & Batink, T. (2014). *Time to ACT! Het basisboek voor professionals.* Zaltbommel: Thema.

Lambeek, L.C., van Tulder, M.W., Swinkels, I.C., Koppes, L.L., Anema, J.R., & Mechelen, W. van (2011). The trend in total cost of back pain in The Netherlands in the period 2002 to 2007. *Spine, 36:* 1050-1058.

McCracken, L.M., Vowles, K.E., & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. *Pain, 107*, 159-166.

Reid, K.J., Harker, J., Bala, M.M., Kellen, E., Kleijen, J. (2011). Epidemiology of non-cancer pain in Europe: narrative review of prevalence, pain treatments and pain impact. *Current Medical Research & Opinion, 27,* 449-462.

Reneman, M.F., Kleen, M., Trompetter, H.R., Schiphorst-Preuper, H.R., Köke, A., Baalen, B. van & Schreurs, K.M.G. (2014). Measuring avoidance of pain: validation of the Acceptance and Action Questionnaire II-pain version. *International journal of rehabilitation research, 37*, 125-129.

Schreurs, K., & Hulsbergen, M. (2011). *Leven met pijn: Praktijkboek.*e-boek. Amsterdam: Boom.

Schreurs,K., & Westerhof, G. (2013). In: E.T. Bohlmeijer, L. Bolier, G.J. Westerhof, & J . Walburg, J. (red.). *Handboek voor positieve psychologie. Theorie, onderzoek en toepassingen.* Amsterdam: Boom; 2014.

Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist 55,* 5-14.

Thorsell J., Finnes A., Dahl J., Lundgren T., Gybrant M., Gordh T. (2011). A comparative study of 2 manual-based self-help interventions, acceptance and commitment therapy and applied relaxation, for persons with chronic pain. *Clinical Journal of Pain, 27,* 716-723.

Törneke, N. (2010). *Learning RFT: An Introduction to Relational Frame Theory and Its Clinical Application.* Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.

Trompetter, H.R., Klooster, P.M. ten, Köke, A. & Schreurs, K.M.G. (2011). Acceptatie van pijn: Problemen met de factoriële validiteit van de Nederlandse vertaling van de Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ). *Psychologie & Gezondheid*, *39,* 292-300.

Trompetter, H.R., Klooster, P.M. ten, Schreurs, K.M.G., Fledderus, M., Westerhof, G.J. & Bohlmeijer, E.T. (2013). Measuring values and committed action with the Engaged Living Scale (ELS): Psychometric evaluation in a nonclinical and chronic pain sample. *Psychological Assessment.*

Trompetter, H.R., Bohlmeijer, E.T., Veehof, M.M. & Schreurs, K.M.G. (2014). Internet-based guided self-help intervention for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy: A randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine 38,* 66-80.

Trompetter, H.R., Bohlmeijer, E.T., Fox, J.-P., & Schreurs, K.M.G. (2015). Psychological flexibility and catastrophizing as associated change mechanisms during online Acceptance & Commitment Therapy for

chronic pain. *Behaviour Research and Therapy, 74,* 50-59.

Turk, D.C., Wilson, H.D., & Cahana, A. (2011). Treatment of chronic non-cancer pain. *The Lancet, 377:* 2226-2235.

Veehof, M., Schreurs, K., Hulsbergen, M., Bohlmeijer, E. (2010). *Leven met pijn. De kunst van het*

Veehof, M.M., Trompetter, H.R., Bohlmeijer, E.T., & Schreurs, K.M.G. (2016). Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cognitive Behaviour Therapy, 45,* 5-31.

Vlaeyen, J., Morley, S., Linton, S., Boersma, K., & Jong, J. de (2012). *Pain-related fear: Exposure-Based treatment for chronic pain.* Seattle: IASP Press.

Wetherell, J.L., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J.T., Stoddard, J.A., Petkus, A.J., Solomon, B.C., Lehman, D.H., Liu, L., Lang, A.J., Hampton Atkinson, J.H. (2011). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain, 152*, 2098-2107.

Wicksell , R.K., Melin, L., Lekander, M., & Olsson, G.L. (2009). Evaluating the effectiveness of exposure and acceptance strategies to improve functioning and quality of life in longstanding pediatric pain - A randomized controlled trial. *Pain ,141,* 248-257.

Wilgen, C., Nijs, J. (2010). *Pijneducatie - een praktische handleiding voor (para)medici.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Williams, A.C.D.C., Eccleston, C., & Morley, S. (2012). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews 11*, 1-108.

**Athletic skills methode; de betekenis voor revalidatie   
Drs. Gerard Heijnen**

**Omschrijving**Het ASM is een praktisch en wetenschappelijk onderbouwd talentontwikkelingsmodel voor de topsport, de breedtesport en ongeorganiseerde sport, het bewegingsonderwijs, de gezondheidszorg en de sector kunst en cultuur. De optimale ontwikkeling vindt plaats als alle partijen vanuit eenzelfde, gefundeerde visie werken, met de beweger centraal. Deze nieuwe manier van denken over bewegen is de basis van kwalitatieve beweegprogramma’s.

### **Beweegarmoede Kinderen en volwassenen zijn minder motorisch vaardig en minder fit**

#### Door technologische ontwikkelingen als mobiele telefoons, spelcomputers en digitale media groeien kinderen op in een andere beweegcultuur, waarin het buitenspelen geen hoofdrol meer speelt. Kinderen sporten minder en zitten vaker. Zij missen het **plezier in bewegen**. Kinderen stoppen eerder met sport en zijn ook op latere leeftijd minder gemotiveerd om te bewegen.

#### We bewegen niet alleen te weinig, maar vaak ook te eenzijdig. Dit is een maatschappelijk probleem dat gevolgen heeft voor belangrijke zaken zoals **gezondheid**, **fitheid**, **creativiteit** , maar ook voor **prestaties in de sport**. Dit leidt tot een verstoorde motorische ontwikkeling hierdoor hebben zij een verhoogde kans op gezondheidsproblemen en blessures

#### In plaats van alleen te kijken naar de smalle topsport, richt het ASM zich op alle bewegers, van elk niveau. Talentontwikkeling geldt voor iedere beweger. Een vroegtijdige eenzijdige belasting of specialisatie zorgt voor een grotere kans op blessures, overbelasting en uitval. Voor een gezonde en kwalitatieve ontwikkeling is het goed om zo veel mogelijk verschillende basisvaardigheden binnen sporten, spelvormen, oefenvormen en activiteiten te doen. Dit zorgt voor **betere prestaties**, **minder blessures**, **meer creativiteit** en **meer plezier** in sport en bewegen.

**Leerdoelen**

* De zorgprofessional is op de hoogte van de principes van de Athletic skills methode.
* De zorgprofessional is op de hoogte van de twee principes van (motorisch) leren.
* De zorgprofessional is in staat om deze principes te beschouwen naar eigen werksituatie.
* De zorgprofessional is instaat in revalidatiesetting nieuwe inzichten toe te passen bij het aanbieden van oefentherapie aan de cliënt (met chronisch pijn).

**Achtergrond spreker**

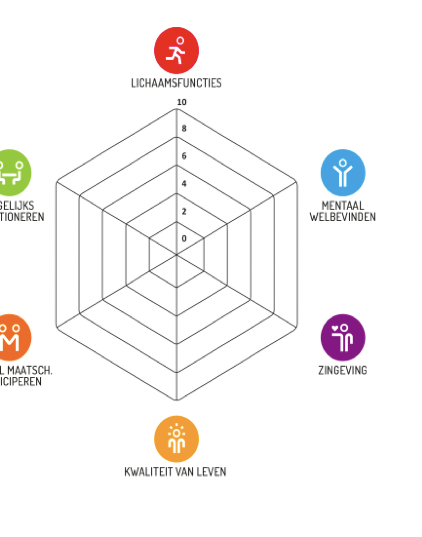
Drs. Gerard Heijnen is revalidatiearts sinds jaar in dag binnen verschillende ziekenhuizen en revalidatiecentra in Nederland. Grondlegger van het huidige Medinello en momenteel werkzaam als revalidatiearts binnen RoessinghMedinello.

**Positieve Gezondheid; wat is het en wat kan ik ermee?**

**Drs. Rogier Berghauser Pont en Drs. Machteld Huber**

**Omschrijving**Wat is gezondheid? Volgens de Wereld Gezondheid Organisatie (WHO) is dat een toestand van compleet lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden. Machteld Huber en  
collega's stellen een andere benadering voor: “Gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven”. Hierbij staan termen als functioneren, veerkracht, zelfmanagement en betekenisvol leven centraal.

Positieve Gezondheid is de uitwerking in zes dimensies van de bredere kijk op gezondheid, zie hieronder. Het concept is voortgekomen uit verkennend wetenschappelijk onderzoek.

page1image22718016

In een inspiratiesessie (van één uur) wordt deze nieuwe visie verder uitgediept. Want wat betekent dit in de praktijk en hoe stel je mensen in staat om ook daadwerkelijk hun potentieel te benutten?  
In een workshop (van één uur) gaan alle deelnemers hun gezondheid in kaart brengen met behulp van ‘het spinnenweb’. Er ontstaat een eigen beoordeling van de persoonlijke situatie (‘gezondheidsoppervlak’). Vervolgens zal worden geoefend met het voeren van ‘het andere gesprek’. In deze workshop gaan we aan de slag om je positieve gezondheid te beïnvloeden.

Ervaar zelf de impact:   
Werken met Positieve Gezondheid vraagt om een andere houding en manier van begeleiden. Om het verschil te begrijpen, is het nodig om zelf te voelen hoe het werkt en wat het met je doet. Mis je die persoonlijke ervaring, dan blijft het iets buiten jezelf, een trucje. Je hebt de persoonlijke ervaring nodig om het toe te passen.

**Leerdoelen:**

* De zorgprofessional ervaart zelf wat Positieve Gezondheid is en oefenen van “het andere gesprek”.
* De zorgprofessional verkrijgt nieuwe inzichten in een nieuwe en bredere kijk op gezondheid naast ziekte.
* De zorgprofessional verkrijgt meer inzicht in kansen die Positieve Gezondheid met zich mee brengt.

**Competenties:**

* Kennis/wetenschap en leren/ ontwikkelen
* Maatschappelijk handelen en preventie
* Professionaliteit en kwaliteit

**Literatuur:**

Huber, M., Van Vliet, M., & Boers, I. (2016). Heroverweeg uw opvatting van het begrip ‘gezondheid’ [Reconsider your notions on the concept of health]. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 160(A7720).

Huber M, Van Vliet, M., Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y.,Dagnelie, P.C., Knottnerus, J.A. (2016). Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. BMJ Open, 6(1):e010091.

Huber, M., Knottnerus JA, Green L., et al. How should we define health? BMJ 2011;343 (4163):235-237.

**Achtergrond sprekers:**

Drs. Rogier Berghauser Pont heeft twee studies succesvol afgerond: Fysiotherapie en Gezondheidswetenschappen (Doctoraal en Master’s Degree, Arbeid & Gezondheid). Sport is zijn passie, kijken en doen. Hij zet zich graag in om (zorg)professionals op te leiden in het aannemen van een brede blik op gezondheid. Hij coacht graag mensen naar een beter leven. Met plezier is hij daarom als trainer/ spreker verbonden aan iPH.

Liselot Anne Schiphorst is van huis uit fysiotherapeut en klassiek zangeres. Als fysiotherapeut begeleidt ze graag mensen met vragen rondom vitaliteit. Ze is gefascineerd door de impact van zingeving en regie op de veerkracht van de mens. Met het zingen verzorgt ze haar eigen zingeving. Liselot traint voor iPH zorgprofessionals in het werken met positieve gezondheid.

Drs. Machteld Huber (voormalig huisarts en onderzoeker) is de grondlegger van Positieve Gezondheid en initiatiefnemer van iPH (Institute for Positive Health).

**Ontwikkeling van het professionele systeem.**

**Ingeborg Weltevrede**

Het onderwerp van deze workshop is tot ontwikkeling gekomen in samenwerking met Manon Ruijters, zij is adviseur, lector en hoogleraar in leren en ontwikkelen. Haar theorie over vakgenootschappen en cirkels heb zijn verrijkt en aangepast door ervaringen uit de praktijk en deze is nog steeds in ontwikkeling.

**Algemene doel en de globale inhoud van deze scholingsactiviteit**

Het doel van deze workshop is het netwerk van professionals (professionele systeem) een eigen impuls geven. Het draait om hernieuwd eigenaarschap van het eigen vak, de eigen professionaliteit. Het is van belang om professionals en professionaliteit in organisaties meer kracht bij te zetten. Met een andere vorm die buiten de officiële leersituaties valt (zoals een opleiding of een workshop). Het is een introductie in professionele ontwikkeling in vakcirkels, wat iets anders is dan professionaliseren.

**Globale inhoud**

Kennismaken met de vorm vakcirkels en de randvoorwaarden die in de organisaties aanwezig zouden moeten zijn. Valkuilen en succesfactoren worden besproken. We maken een begin met professionele ontwikkeling in pril te vormen vakcirkels om de werking te ervaren.

**Doelstelling van de workshop**

De doelstelling is kennismaken met het begrip vakcirkels en aanwakkeren van mogelijke interesse in deze vorm van professionele ontwikkeling.

Het is een manier van vakontwikkeling voor en door de professionals zelf.

Na theoretische introductie van het onderwerp vakcirkels (kennis verwerven) is het de bedoeling dat de deelnemers er zelf in groepen met vakgenoten mee gaan werken (ontdekken, zelf uitvinden wat werkt). De deelnemers gaan met de eigen vakgenoten in gesprek over zelf gevormde stellingen over het eigen vak.

**Leerdoelstellingen**

* De zorgprofessional herkent de vakcirkels; wat zijn ze, hoe werkt het, wat kan het je brengen om een vakcirkel te beginnen?
* De zorgprofessional maakt kennis met de vorm vakcirkels als mogelijkheid van professionele ontwikkeling
* De zorgprofessional krijgt handvaten om zelf te kunnen starten met vakgenoten. CanMEDS rollen kunnen daar een interessante inspiratiebron voor zijn. Het starten van vakcirkels kan na deze workshop door professionals zelf geïnitieerd worden, het initiatief daartoe kan hooguit aangewakkerd worden vanuit de organisatie. Vakcirkels kunnen wel begeleid worden in welke vorm of opzet ze kiezen.
* De zorgprofessional is in staat om bij te dragen in de ontwikkeling van het eigen vak.

**Publicaties (boeken):**

* [Mijn binnenste buiten](https://www.managementboek.nl/boek/9789462762855/mijn-binnenste-buiten-manon-ruijters) - over professionele identiteit
* [Over Vakgenootschappen](https://goodworkcompany.nl/wp-content/uploads/2019/03/Over-Vakgenootschappen.pdf) – Voor organisatoren bedenkers manager en geïnteresseerden
* [Voor Vakcirkels](https://goodworkcompany.nl/wp-content/uploads/2019/03/Voor-Vakcirkels.pdf) – voor professionals en professional leaders

**Achtergrond spreker:**

Ingeborg Weltevrede is een communicatieadviseur en spreker met ruime ervaring in teamcoaching en verandermanagement in het hoger onderwijs en (semi)overheid en het bedrijfsleven. Haar aandachtspunt is het begeleiden van professionals in organisaties en het professionele systeem te versterken. Met het opstarten van vakgenootschappen ontwikkelt zij samen met de deelnemers binnen deze organisaties kennis en inzichten in het vormgeven daarvan. Deze veranderopgave is steeds in nauwe samenwerking met experts: Manon Ruijters, en Cees Anton de Vries, Hans Vermaak, Xenia Vegter en meer.

**Kosten:**

Voor de zorgprofessional zijn geen kosten verbanden aan dit symposium.

Organiserende instelling met telefoonnummer, plaats, data, docenten en leiding

**Scholingsaanbieder:**

Stichting Medinello Revalidatie Zorg

Databankweg 2A

3821 AL Amersfoort

[www.medinello.nl](http://www.medinello.nl)

**Samenstelling:**

Drs. Josemiek Pesch – Batenburg / Inhoudsverantwoordelijke

## Medisch directeur, Revalidatiearts Medinello

Eelko Barnhoorn, MSc / Dagvoorzichter

Fysiotherapeut / Master Manueel therapeut / Bewegingswetenschapper

Docent SOMT University

Simone Fens, MSc / Organisatorisch verantwoordelijke

Programmamanager Medinello, Fysiotherapeut / Master Manueel therapeut

**Sprekers:**

Prof. Dr. Karlein Schreurs

Annieck Seys

Drs. Gerard Heijnen

Drs. Rogier Berghauser Pont

Drs. Machteld Huber

Ingeborg Weltevrede