

Nederlands Tijdschrift voor Oefentherapie

VAKBLAD VOOR OEFENTHERAPEUTEN CESAR EN MENSENDIECK



In dit nummer

● Corrigeer de bewegingsketen, niet de beweging

● Feedback voor oefentherapeuten: leren van je eigen zorgdata

● De onderzoeker vertelt: meer inzicht in richtlijngebruik

COLOFON

Het Nederlands Tijdschrift voor Oefentherapie is een uitgave van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM).

Overname van artikelen en beeld is alleen toegestaan na schriftelijke toestemming van VvOCM.

Eindredactie

Dieuwke de Boer, D-taled.nl

VvOCM

Orteliuslaan 750
3528 BB Utrecht
Tel. 030-2625627
E-mail: redactie@vvocm.nl

Informatie voor auteurs

Ingezonden stukken en tips kunt u mailen naar redactie@vvocm.nl. De redactie behoudt zich het recht voor bijdragen niet te plaatsen, te redigeren of in te korten. Eventuele auteursrechten blijven berusten bij de schrijver.

Uitgever, drukwerk en vormgeving

Performis BV
Postbus 2396
5202 CJ 's-Hertogenbosch
Tel. 073-6895889

Coverbeeld

Ontworpen door Performis

Advertenties

Voor reserveringen of meer informatie over adverteren kunt u contact opnemen met Performis BV via mail oefentherapie@performis.nl of per telefoon 073-6895889. De redactie behoudt zich het recht voor, zonder opgave van reden, advertenties te weigeren.

ISSN nummer 1871-2290

Mag het ietsje minder?

Mag het ietsje minder? Onder dat motto leggen we je deze editie van het Nederlands Tijdschrift voor Oefentherapie (NTvO) voor. Een dunnere uitgave en ook nog eens digitaal. Maar zeker niet minder interessant!

O nrust is voelbaar in onze maatschappij en wereldwijd zijn er spanningen, waardoor vanzelfsprekendheden op alle fronten lijken weg te vallen. Dat geeft de nodige druk en stress en dat kan weer funest zijn voor onze gezondheid. Oefentherapeuten weten dat als geen ander en kunnen laagdrempelig, in de omgeving van de patiënt én met het betrekken van de context het antwoord bieden op een hulpvraag. Verstaan we de kunst om te genieten van de kleine dingen, zoals de natuur om ons heen die verandert in de overgang van herfst naar winter? Kunnen we accepteren dat er lege schappen zijn in de supermarkt en dat de bakker alleen nog taart bakt op bestelling?

Helaas hebben we eind vorig jaar moeten besluiten de uitgave van NTvO tot nader order op te schorten. We zijn blij onze leden en lezers dit jaar, ondanks het ontbreken van een redactie, toch nog een digitale uitgave aan te bieden met een aantal interessante en wellicht prikkelende artikelen. De meeste artikelen komen voort uit zelf geïnitieerd onderzoek en eigen bevindingen.

Zo worden de resultaten van de enquête 'Netwerk Oefentherapie & Onderzoek' gedeeld, schrijft Mathilde Roelofs in haar onderzoek naar gebruik van de Landelijke Database Oefentherapie (LDO) over 'leren van je eigen zorgdata' en delen Hein Halfschepel en Caspar Vos hun kijk op bewegen en de beweegketen.

In de rubriek 'De onderzoeker vertelt' gaat Gijs van Gils in op het onderzoek naar het gebruik van richtlijnen dat hij in opdracht van VvOCM uitvoerde onder begeleiding van Daniëlle Conijn. Tot slot vertelt Thea Kooiman samen met collega's binnen de learning community over haar ervaring met het samen ontwikkelen van richtlijnen.

Ben je enthousiast en wil je dat het NTvO weer vaker verschijnt?

Misschien is een rol als redactielid iets voor jou. Want zonder redactie kan VvOCM geen tijdschrift uitgeven. Heb je interesse? Laat dat dan weten via redactie@vvocm.nl.



Veel leesplezier!

Viola Zegers, directeur VvOCM 

INHOUD



4

Corrigeer de bewegingsketen, niet de beweging

Een optimale bewegingsketen loopt van proximaal naar distaal. Wat is het belang van dit principe en hoe kun je het als oefentherapeut toepassen?

7

Feedback voor oefentherapeuten: leren van je eigen zorgdata

Oefentherapeut kunnen data aanleveren voor de Landelijke Database Oefentherapie (LDO) en op basis van die data hun eigen zorg evalueren

10

Resultaten enquête Netwerk 'Oefentherapie & Onderzoek'

Is er behoefte aan een Netwerk 'Oefentherapie & Onderzoek' en waar moeten de activiteiten van dit netwerk zich dan op richten?

12

De onderzoeker vertelt: richtlijn-gebruik door oefentherapeuten

Wat zijn de belemmerende en bevorderende factoren voor het gebruik van richtlijnen?

15

Learning community: samen ontwikkelen van richtlijnen

In de learning community deelt KNGF haar kennis van en ervaring met het ontwikkelen van richtlijnen met andere beroepsverenigingen, zodat de betrokkenen in hun rol van richtlijnadviseur zelfstandig richtlijnprojecten kunnen begeleiden

Corrigeer de bewegingsketen, niet de beweging

Een optimale bewegingsketen loopt van proximaal naar distaal, zo legden we uit in het NTvO van september 2021. Dit keer vertellen we over het belang van dit principe en hoe je het als oefentherapeut kunt toepassen. Observeer en corrigeer de bewegingsketen, niet de beweging!



**Hein Halfschepel
en Casper Vos**

hebben een praktijk voor oefentherapie Cesar (Oefentherapie Utrecht) en een opleidingsinstituut voor paramedici (Interfysiek)

In de (top)sport is er veel aandacht voor 'het verbeteren van de techniek'. Het doel hiervan is tweeledig: optimaliseren van het resultaat en blessurepreventie. Een tennisser met een goede techniek kan zuiverder en harder slaan en heeft minder risico op blessures dan iemand met een gebrekkige techniek. Zo kun je elleboogklachten krijgen door het te vroeg strekken van de elleboog bij de backhand. Een goede trainer corrigeert niet de beweging van de elleboog, maar observeert de hele bewegingsketen. Staat de speler op de juiste manier voor de bal? Gebruikt de speler heupen en benen om de beweging in te zetten, en roteert deze vervolgens de schoudergordel? De volgorde van bewegen zorgt er namelijk voor dat de elleboog **volgt** in de beweging in plaats van dat de elleboog de beweging **start**. Het draait om het optimaliseren van de bewegingsketen.

Bewegingsketen optimaliseren

Ook bij heel andersoortige activiteiten, zoals bijvoorbeeld pianospelen, wordt voor de kwaliteit van het spel en om blessures te voorkomen gewerkt aan het optimaliseren van de bewegingsketen. Zo blijkt uit onderzoek dat bij toppianisten de bewegingsketen beter verloopt dan bij beginnende pianospelers (Furuya, Kinoshita, 2007). Het lijkt aannemelijk dat ook bij dagelijkse bewegingen zoals stofzuigen, afwassen, boodschappen doen, typen, fietsen en autorijden de bewegingsketen een rol kan spelen in het ontstaan van fysieke klachten. Verreweg de meeste oefentherapeuten zijn het erover eens dat een 'verkeerde manier van bewegen' de oorzaak kan zijn voor het ontstaan en in stand houden van fysieke klachten. Vaak denken oefentherapeuten dat ze de bewegingsketen corrigeren. Maar is dat ook zo? Er is namelijk een verschil tussen het corrigeren van een beweging en het corrigeren van een bewegingsketen.

Corrigeren van een beweging

Denk bijvoorbeeld aan het optrekken van de schoudergordel bij een eenvoudige armbeweging. Als het

'optillen van de arm' gepaard gaat met het optrekken van de schoudergordel in plaats van dat de beweging zuiver plaatsvindt in het glenohumeraal gewricht, dan heeft dit consequenties voor het spiergebruik. Ga je nu iemand leren om zijn schouder niet meer op te trekken, dan corrigeer je een beweging. Een ander voorbeeld is het wegzakken van het bekken in het heupgewricht van het standbeen tijdens het lopen. Bij elke stap die de patiënt zet, zakt het bekken naar beneden aan de contralaterale kant waardoor bijvoorbeeld klachten in de rug of heupen kunnen ontstaan. Als je insteekt op het niet meer wegzakken in de heup of oefeningen gaat geven om de heupspijeren te versterken, dan steek je in op een beweging en niet per se op de bewegingsketen.

Observeren van verstoorde bewegingsketen

Om een bewegingsketen te kunnen observeren moet je eerst onderscheid kunnen maken tussen een goed verlopende en een verstoorde bewegingsketen. Een zeer bruikbare wetenschap hierin is het principe van bewegen van proximaal naar distaal. Uit diverse onderzoeken en experimenten blijkt dat een effectieve bewegingsketen verloopt van proximaal naar distaal (Serien en Baeyens, 2016). Bij bewegingen als werpen, schoppen, springen en slaan, maar ook bij pianospelen, reiken en grijpen zijn metingen en analyses van de timing van de pieksnelheid in de op elkaar volgende gewrichten gedaan en metingen van spieractiviteit. Hierbij is gebruik gemaakt van EMG, waaruit de proximale naar distale sequentie blijkt (Park et al. 2001, Park et al. 2004).

In het geval van het optrekken van de schouder bij een armbeweging, zou je dan eerst een observatie van de volledige bewegingsketen moeten doen voordat je gaat corrigeren. Je zou dan bijvoorbeeld kunnen waarnemen dat een armbeweging start met dorsaalflexie in de pols, gevolgd door pronatie en flexie van de elleboog, gevolgd door adductie en exorotatie van het glenohumeraal gewricht – wat uiteindelijk resulteert in elevatie van de schouder-



gordel. In deze casus is er sprake van een distale, in plaats van een proximale inzet. Dit is een patroon dat vaak voorkomt bij klachten aan de bovenste extremiteiten zoals bijvoorbeeld schouder- of elleboogklachten.

Van proximaal naar distaal

Door te observeren hoe een beweging wordt uitgevoerd, kun je zien of deze verloopt van proximaal naar distaal. Een bruikbaar punt om naar te kijken is de vorm van de wervelkolom. Over het algemeen kun je stellen dat de keten functioneert vanuit een basis van proximale steun en dan verloopt naar distaal. De proximale steun wordt geleverd door de fysiologische curven van de wervelkolom. De eerste zichtbare beweging vindt dan plaats in de heupen of het glenohumeraal gewricht, aangezien dit het meest *proximale gewricht* is van respectievelijk de benen en de armen.

Je zou het volgende kunnen zien bij een proximaal ingezette bewegingsketen van iemand die iets gaat pakken. De wervelkolom staat in de fysiologische

curven, waarbij de schoudergordel ontspannen op de thorax rust. De beweging begint in het glenohumeraal gewricht, en wordt gevolgd door extensie van de elleboog en ten slotte supinatie in de elleboog met stabilisatie van de pols.

Functionele sequentie armbeweging

- Wervelkolom in fysiologische curven (proximale basis)
- Schoudergordel rust ontspannen op de thorax
- Inzet armbeweging: anteflexie/abductie glenohumeraal gewricht
- Gevolgd door extensie van de elleboog
- Ten slotte supinatie in elleboog met stabiliteit van de pols tot gevolg

Als we het voorbeeld nemen van het wegzakken van het bekken in het heupgewricht bij het lopen dan zou je de volgende verstoring kunnen zien in het sagittale vlak. Bij het naar voren brengen van het been in

Lees verder ➞

de zwaafase vindt als eerste extensie van de MTP-gewrichten en dorsaalflexie van het bovenste spronggewricht plaats, gevolgd door verminderde flexie van de knie en verminderde flexie van het heupgewricht. Ook dit is een verstoring van de proximale naar distale sequentie. Een dergelijke verstoring is vaak zichtbaar in het lopen als de lumbale wervelkolom in hyperextensie staat, gecombineerd met retractie van de schoudergordel. Als gevolg hiervan verplaatst het lichaamszwaartepunt naar achter waardoor het lastig wordt om de heupgewrichten functioneel te gebruiken. Dit geldt voor lopen, maar ook voor bijvoorbeeld bukbewegingen. De verstoring van deze sequentie in combinatie met het gebrek aan proximale stabiliteit is biomechanisch te koppelen aan het wegzakken van het bekken in het frontale vlak. In de gecorrigeerde keten zou de beenbeweging starten in het heupgewricht, direct gevolgd door de knie en als laatste het bovenste spronggewricht. Als proximale basis staat de wervelkolom in de fysiologische curven met een ontspannen schoudergordel.

Functionele sequentie achterste zwaafase

- Wervelkolom in fysiologische curven (proximale basis)
- Start beenbeweging: flexie heup
- Direct gevolgd door flexie knie
- BSG en MTP bewegen 'ontspannen' langs standbeen

Functionele sequentie voorste zwaafase

- Wervelkolom in fysiologische curven (proximale basis)
- Vervolg beenbeweging: flexie heup
- Gevolgd door extensie knie
- Ten slotte dorsaalflexie BSG vlak voor hielcontact

“

Een klacht in de rechterheup kan het gevolg zijn van een doorgezakt voetgewelf in de linkervoet.

”

Wanneer de bewegingsketen verloopt zoals hiernaast beschreven zullen de heupabductoren het bekken functioneel kunnen stabiliseren in de loopbeweging.

Verband tussen observaties en klachten

Door middel van analyse kun je nagaan of er een verband bestaat tussen hetgeen je hebt geobserveerd en de klachten. Zo zou een klacht in de rechterheup het gevolg kunnen zijn van een doorgezakt voetgewelf in de linkervoet. Een doorgezakt voetgewelf kan bijvoorbeeld een endorotatie en adductie in de contralaterale heup tot gevolg hebben bij staan en lopen (Renan A. Resende et al., 2015). Het is hierbij een interessante discussie wat oorzaak en wat gevolg is. Is het doorgezakte voetgewelf de oorzaak van de verstoorde beweging in de heup, of andersom? Of zit de oorzaak in de verstoring van de fysiologische curven van de wervelkolom (proximale basis)? Hier kom je achter door goed te observeren en te analyseren. Vervolgens kun je corrigeren, waarna je opnieuw observeert en analyseert. Het kan lastig zijn om een patiënt goed te observeren terwijl deze 'live' een beweging uitvoert. Als je een filmpje maakt, kun je de 'bewegende patiënt' rustig verschillende keren, en ook in vertraging bekijken. Samen het filmpje bekijken kan ook verhelderend werken voor de patiënt. Dit kan tevens de eerste stap zijn in het corrigeren van de bewegingsketen. 🔄

Referenties

1. Michael C. Park, Abderraouf Belhaj-Saïf, Michael Gordon and Paul D. Cheney. Consistent Features in the Forelimb Representation of Primary Motor Cortex in Rhesus Macaques. *Journal of Neuroscience*, 15 April 2001, 21(8).
2. Michael C. Park, Michael Gordon and Paul D. Cheney. Properties of primary motor cortex output to forelimb muscles in rhesus macaques. *Journal of Neurophysiology*, 2004 Nov;92(5).
3. Shinichi Furuya, Hiroshi Kinoshita, Roles of proximal-to-distal sequential organization of the upper limb segments in striking the keys by expert pianists. *Neuroscience Letters*, 2007 Jun 29;421(3).
4. B. Serien en J.P. Baeyens, The proximal-to-distal sequence in upper-limb motions on multiple levels and time scales. *Human Movement Science*, 2017 Oct;55:156-171
- Resende et.al. Increased unilateral foot pronation affects lower limbs and pelvic biomechanics during walking. *Gait and posture*, 2015.



Mathilde Roelofsen,
MSc Klinisch
Gezondheidsweten-
schapper



Jesper Dros,
promovendus routine
zorgdata voor
passende zorg Nivel



Daniëlle Conijn,
beleidsmedewerker
(richtijadviseur)
Koninklijk Nederlands
Genootschap
Fysiotherapie (KNGF).
Tot maart 2022
beleidsmedewerker
Kwaliteit en
Wetenschap VvOCM



Willemijn Meijer,
senior onderzoeker
paramedische zorg
Nivel



Robert Verheij,
programmaleider
Nivel en bijzonder
hoogleraar Tranzo,
Tilburg University

Feedback voor oefentherapeuten: leren van je eigen zorgdata

De laatste jaren wordt er ook in de gezondheidszorg steeds meer digitale data beschikbaar gemaakt, zoals data uit het elektronische patiëntendossier (EPD). Dergelijke data kunnen worden gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek én om de kwaliteit van de door zorgprofessionals geleverde zorg te verbeteren. Als oefentherapeut is het mogelijk om data aan te leveren voor de Landelijke Database Oefentherapie (LDO) en op basis van die data je eigen zorg te evalueren.

VvOCM zag al vroeg de waarde in van zorgdata en ontwikkelde daarom vijf jaar geleden de Landelijke Database Oefentherapie (LDO). Het Nivel (Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg) verzamelt in opdracht van VvOCM data over oefentherapeutische zorg voor deze registratie. De LDO geeft deelnemers inzicht in hun eigen data en in de landelijke cijfers. Zo kun je een benchmark doen. Daarnaast helpt de LDO ook om het vak van de oefentherapeut beter te kunnen profileren en onderbouwen.

Indicatoren voor zorgevaluatie

De indicatoren die de LDO momenteel gebruikt, zijn vijf jaar geleden gekozen door de beleidsmedewerkers van VvOCM en onderzoekers van het Nivel. Het zijn indicatoren als: gemiddelde behandel frequentie, aantal patiënten per maand, VAS-p uitkomsten, gemiddelde leeftijd en geslacht van cliënten. Tot nu toe was nog niet onderzocht welke indicatoren oefentherapeuten graag zouden willen kunnen gebruiken om hun eigen zorg te evalueren. Daarom deden we onderzoek naar de informatiebehoeften van de oefentherapeuten. We brachten in kaart welke indicatoren oefentherapeuten willen gebruiken om hun zorg te evalueren op basis van hun zorgdata.

Onderzoeksoopzet

Door het invullen van een vragenlijst konden alle oefentherapeuten die lid zijn van VvOCM bijdragen aan het onderzoek. De vragenlijst bevatte 47 indicatoren, geselecteerd op basis van wetenschappelijke literatuur en met hulp van de onderzoekers van het Nivel en beleidsmedewerkers van VvOCM. We vroegen de respondenten om voor elke indicator op een zes-puntschaal aan te geven hoe belangrijk zij die indicator vinden voor het evalueren van hun eigen

Tabel 1. Therapeut karakteristieken

Therapeut karakteristieken	Studie populatie (N = 96)
Leeftijd, gemiddelde ± SD	45.6 ± 11.1 (N = 95)
Werkjaren, gemiddelde ± SD	22.6 ± 11.0
Vrouw, n (%)	92 (95.8%)
Aangesloten bij de LDO, n (%)	34 (35.4%)
Algemeen en specialisaties, n (%)	
- Algemeen	49 (51.0%)
- Geriatrie	1 (1.0%)
- Psychosomatisch	11 (11.5%)
- Bekken	10 (10.4%)
- Kinderen	25 (26.0%)
Werk setting, n (%)	
- Revalidatie centrum	0 (0%)
- Meermanspraktijk	23 (24.0%)
- Eenmanspraktijk	59 (61.5%)
- Ziekenhuis	1 (1.0%)
- Verpleeghuis	0 (0%)
- Maatschap	8 (8.3%)
- Anders	5 (5.2%)

SD = Standaard Deviatie, LDO = Landelijke Database Oefentherapie

zorg. De vragenlijst is vooraf getoetst in een focusgroep, waarbij oefentherapeuten onder leiding van VvOCM-beleidsmedewerkers en Nivel-onderzoekers met elkaar in gesprek gingen over de vragenlijst. In februari 2021 verscheen de eerste uitnodiging voor het invullen van de vragenlijst in de digitale VvOCM-nieuwsbrief.

Resultaten

De vragenlijst is door 96 oefentherapeuten ingevuld. Dit is circa 5,6% van de 1.700 VvOCM-leden. 34 respondenten (35,4%) waren al aangesloten bij de LDO. Zie Tabel 1 voor verdere specificatie van de respondenten.

Om alle indicatoren te analyseren, werden deze eerst in drie categorieën opgesplitst: patiëntvariabelen (zoals gezondheidsvaardigheden, werkverzuim en gebruik van medicatie), behandelvariabelen (zoals gemiddelde behandel frequentie, DTO of verwijzing, aantal patiënten per aandoening) en klinimetrie (zoals de Nijmeegse Hyperventilatie Lijst, de PSK en

Lees verder ➔

Tabel 2. Verdeling van antwoorden patiëntvariabelen

Variabelen	Erg onbelangrijk	Onbelangrijk	Enigszins onbelangrijk	Enigszins belangrijk	Belangrijk	Erg belangrijk	Positieve houding*	Al beschikbaar
Slaapgedrag	2	14		45		39	98%	Nee
Gezondheidsvaardigheden	3	4	23		52	18	93%	Nee
Minuten beweging per dag/week	3	6	21		47	23	91%	Nee
Mate van uitval op werk	3	3	4	15	42	29	86%	Nee
Eerder oefentherapie gehad voor dezelfde klacht	1	6	6	25	55	5	85%	Nee
Relevante comorbiditeiten	10	6	24		48	12	83%	Nee
Beroep	3	5	1	20	43	28	82%	Nee
Gebruik van overige medicatie	1	10	5	30	47	5	82%	Nee
Patiënt tevredenheid	1	6	8	23	47	15	81%	Nee
Gebruik van verslavende middelen	1	7	4	23	40	18	81%	Nee
Gebruik van pijnmedicatie	1	10	3	23	47	16	81%	Nee
Woonsituatie	1	11	13		43	26	73%	Nee
Gemiddelde leeftijd		19	14		29	30	60%	Ja
Percentage man/vrouw		23	14		36	15	54%	Ja
Volgt patiënt een dieet	1	27	19		32	16	50%	Nee
Sociaal economische positie		25	21		34	13	48%	Nee

*De antwoordopties 'enigszins belangrijk', 'belangrijk' en 'erg belangrijk' worden gezien als een positieve houding jegens de variabele wanneer het gaat om informatiebehoefte.

Tabel 3. Verdeling van antwoorden behandelvariabelen

Variabelen	Erg onbelangrijk	Onbelangrijk	Enigszins onbelangrijk	Enigszins belangrijk	Belangrijk	Erg belangrijk	Positieve houding*	Al beschikbaar
Gemiddelde behandel frequentie	1	8	10	28	39	8	75%	Ja
DTO** of verwijzing	1	11	5	30	35	9	74%	Nee
Patiënten per maand	1	10	13	24	34	15	73%	Ja
Gemiddeld aantal behandelingen per behandelcode	1	7	13	25	33	14	72%	Ja
Patiënten per behandelcode	1	10	13	29	24	16	69%	Ja
Aantal gebruikte diagnostische meetinstrumenten	1	10	19	40	19	8	63%	Nee
Aantal gebruikte evaluatieve meetinstrumenten	1	10	20	39	18	5	62%	Nee
Aantal gebruikte prognostische meetinstrumenten	1	13	24	35	16	8	54%	Nee
Patiënten per maand per verzekeraar		17	16	24	19	11	54%	Ja

*De antwoordopties 'enigszins belangrijk', 'belangrijk' en 'erg belangrijk' worden gezien als een positieve houding jegens de variabele wanneer het gaat om informatiebehoefte.
 ** DTO = Directe Toegankelijkheid Oefentherapie

de VAS-p). Per variabele kon men in de vragenlijst aangeven of zij deze 'erg belangrijk', 'belangrijk', 'enigszins belangrijk', 'enigszins onbelangrijk', 'onbelangrijk' of 'erg onbelangrijk' vonden. De eerste drie positieve antwoordopties werden beschouwd als een positieve houding ten aanzien van het gebruik van die variabele bij het evalueren van zorg. Als voor een variabele 50% of meer van de antwoorden positief was gescoord, werd deze geïnccludeerd als 'variabele die de oefentherapeut zou willen inzetten in de LDO'. Dit was het geval bij 41 van de 47 indicatoren. Van deze 41 indicatoren waren er toen het onderzoek plaatsvond elf beschikbaar in de LDO. Van de zes indicatoren waarop niet 50% of meer positief gescoord werd, zijn er vijf klinimetrische variabelen. Let wel, de klinimetrische variabelen zijn met verschillende aantallen berekend omdat men hier

ook voor de optie 'niet van toepassing' kon kiezen. Omdat er geen inzicht is in waarom een therapeut voor 'niet van toepassing' kiest, is het lastig te interpreteren of en welke klinimetrische variabelen meegenomen zouden moeten worden in de LDO (zie Tabellen 2, 3 en 4).

Daarnaast keken we in dit onderzoek ook naar wat de oefentherapeuten vonden van het ontvangen van feedback op hun handelen en het verbeteren van de door hen geleverde zorg. We namen hiervoor extra vragen op die ook beantwoord moesten worden via de zes-puntschaal. Een positieve houding werd op dezelfde manier gescoord als eerder beschreven bij de andere indicatoren. 88% van de respondenten gaf aan positief te staan tegenover het verbeteren van de door hen geleverde zorg. 78% gaf aan het belangrijk te vinden om feedback te ontvangen over de door hen geleverde zorg.

Tabel 4. Verdeling van antwoorden klinimetrie

Variabelen	Erg onbelangrijk	Onbelangrijk	Enigszins onbelangrijk	Enigszins belangrijk	Belangrijk	Erg belangrijk	Positieve houding*	Al beschikbaar
Nijmegense Hyperventilatie Lijst (N = 77) ^{*,†}	5	28	54	13	0	0	95%	Nee
PSK (N = 87)	5	17	45	32	0	0	94%	Ja
VAS Pijn (N = 94)	5	15	46	34	0	0	93%	Ja
4 Dimensionale Klachten Lijst (N = 71)	5	9	39	45	0	0	86%	Nee
Straight Leg Raise/Laseque Test (N = 80)	5	8	28	48	19	0	86%	Nee
Quebec Back Pain Disability Scale (N = 74)	5	8	22	39	26	0	83%	Nee
Pijn Coping Inventarisatielijst (N = 87)	5	8	24	40	23	0	82%	Nee
6 Minuten Wandel Test (N = 61)	5	10	38	37	10	0	79%	Ja
Tampa Schaal voor Kinesiofobie (N = 72)	5	11	24	40	20	0	78%	Nee
Short Form-36 (N = 61)	5	13	34	36	12	0	74%	Nee
NPRS (N = 59)	5	17	31	34	13	0	72%	Ja
BORG Rating of Perceived Exertion schaal (N = 61)	5	21	28	26	20	0	70%	Nee
Timed Up and Go (N = 62)	5	16	27	32	20	0	69%	Nee
Berg Balance Scale (N = 68)	5	14	28	32	21	0	68%	Nee

Wat kunnen we doen met deze uitkomsten?

De uitkomsten van het onderzoek laten zien dat de LDO momenteel beperkt voorziet in de indicatoren die oefentherapeuten zouden willen kunnen gebruiken. Voor een deel is dit momenteel ook niet direct mogelijk omdat de verschillende EPD's waar oefentherapeuten mee werken ook niet alle indicatoren vastlegt die men als therapeut terug wil zien in de LDO. Een eerste stap zou dus kunnen zijn dat er gekeken wordt welke indicatoren nog verder opgenomen kunnen worden in de LDO, kijkend naar de mogelijkheden in de EPD's. Ook kan er gekeken worden naar andere oorzaken die bijdragen aan ontbrekende indicatoren in de LDO.

We willen wel opmerken dat er met voorzichtigheid moet worden omgegaan met de uitkomsten van dit onderzoek. Zo omvat het aantal respondenten maar een klein deel van alle oefentherapeuten die lid zijn van de VvOCM en kunnen de uitkomsten van dit onderzoek dus niet gegeneraliseerd worden voor alle oefentherapeuten. Ook is onder respondenten de ene

oefentherapiespecialisatie meer vertegenwoordigd dan de andere. Het is bijvoorbeeld aannemelijk dat een oefentherapeut die werkt in de ouderenzorg andere informatiebehoeften heeft dan een oefentherapeut die werkt met kinderen.

Conclusie

Samenvattend kunnen we stellen dat het onderzoek laat zien dat de oefentherapeuten die de vragenlijst hebben invulden graag veel informatie zouden willen inzien over de door hen geleverde zorg. Op basis van een breder scala aan indicatoren kunnen zij dan kijken waar zij goed in zijn en waar hun zorg nog verder kan worden geoptimaliseerd. Door nog meer te leren van onze zorgdata, kunnen wij als zorgprofessionals de kwaliteit van zorg nog verder verbeteren. Daarom is VvOCM in contact met het Nivel om de uitkomsten van dit onderzoek verder te bespreken.

Meer weten over de LDO? Op de VvOCM-website vind je meer informatie en kun je je aanmelden om mee te doen. Wil je het volledige artikel lezen? Klik dan [hier](#). ➔

Referenties

- Mehta, N., & Pandit, A. (2018). Concurrence of big data analytics and healthcare: A systematic review. *International journal of medical informatics*, 114, 57-65.
- Asante-Korang, A., & Jacobs, J. P. (2016). Big Data and paediatric cardiovascular disease in the era of transparency in healthcare. *Cardiology in the Young*, 26(8).
- Ivers, N., Jamtvedt, G., Flottorp, S., Young, J. M., Odgaard-Jensen, J., French, S. D., & Oxman, A. D. (2012). Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane database of systematic reviews*, (6).
- Flottorp, S. A., Jamtvedt, G., Gibis, B., & McKee, M. (2010). Using audit and feedback to health professionals to improve the quality and safety of health care. *World Health Organization*.

Resultaten enquête Netwerk 'Oefentherapie & Onderzoek'

In 2021 is het Wetenschappelijk College Oefentherapie (WCO) opgezet. Het WCO richt zich op het stimuleren van onderzoek binnen het vakgebied Oefentherapie. Een belangrijke manier om dat te doen is het opzetten van een netwerk 'Oefentherapie & Onderzoek'. In het najaar van 2021 is via een enquête geïnventariseerd of er behoefte is aan een dergelijk netwerk en waar de activiteiten van dit netwerk zich op zouden moeten richten.

Thea Kooiman,
Daniëlle Conijn,
Matthijs Tuijt,
Daphne Koopmans,
Ilse Schaffers,
Cindy Veenhof
en Bart Visser

De enquête is ingevuld door wetenschappelijke onderzoekers oefentherapie en door oefentherapeuten, die affiniteit hebben met of actief betrokken zijn bij wetenschappelijk onderzoek. Van de 32 deelnemers was 88% oefentherapeut, 35% heeft een afgeronde master, 32% is docent(-onderzoeker), 22% volgt een PhD-traject of heeft dit afgerond en 13% is postdoctoraal onderzoeker.

“

Een netwerk kan zorgen voor ontwikkeling in beweegzorg en verbinding tussen praktijk, onderwijs, onderzoek.

”

Wie zitten er in het Wetenschappelijk College Oefentherapie?



Prof. dr. Cindy Veenhof,
lector innovatie van
beweegzorg, Hogeschool
Utrecht en hoogleraar
Fysiotherapiewetenschap,
UMC Utrecht

Daphne Koopmans, MSc.
Kinderoefentherapeut en
beleidsmedewerker
Kwaliteit en Ontwikkeling,
VvOCM



Dr. Bart Visser,
voorzitter WCO, lector
Oefentherapie – Dagelijks
Bewegen! Hogeschool
van Amsterdam en
Wetenschappelijk
Directeur Centre of
Expertise Urban Vitality

Dr. Matthijs Tuijt, oefen-
therapeut en bewegings-
wetenschapper, docent/
curriculumontwikkelaar,
Hogeschool Windesheim en
Hogeschool Utrecht, senior
onderzoeker lectoraat
'Innovatie van Beweegzorg'



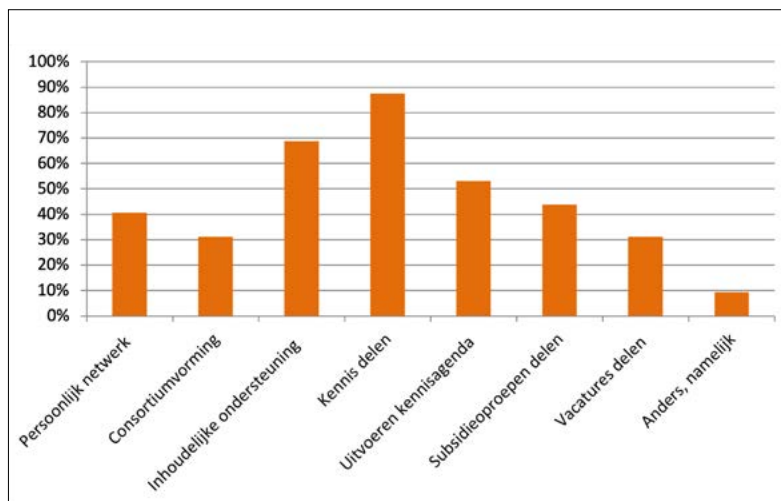
Ilse Schaffers, MSc.
Bewegingswetenschapper,
beleidsmedewerker
Kwaliteit en Wetenschap,
VvOCM

Dr. Thea Kooiman,
oefentherapeut en
bewegingswetenschapper,
beleidsmedewerker/
richtlijnadviseur, VvOCM



Netwerkbehoefte en voorkeuren

Ruim 90% van de deelnemers gaf aan behoefte te hebben aan een netwerk 'Oefentherapie & Onderzoek'. 84% zou ook willen deelnemen aan dit netwerk. Bijna alle deelnemers (97%) willen webinars/online bijeenkomsten binnen het netwerk. Daarnaast is er een ruime meerderheid voor een nieuwsbrief/ mailing (66%) en een kleine meerderheid voor fysieke bijeenkomsten (53%). Gemiddeld willen de deelnemers 2 tot 3 keer per jaar aan een bijeenkomst deelnemen. Voor 42% van de deelnemers is een LinkedIn-pagina belangrijk om het netwerk uit te kunnen dragen.



Figuur 1. Doelen van het netwerk

“

Ik wil graag verder in het onderzoek, maar mis het netwerk om me hierin te helpen.

”

Inhoud van het netwerk

Figuur 1 laat zien waar het netwerk voornamelijk voor zou moeten dienen. De grootste behoefte ligt op het gebied van kennis delen (87%) en inhoudelijke ondersteuning voor onderzoekers (68%). Op de vraag aan wat voor inhoudelijke ondersteuning behoefte is, noemde 72% 'Informatie/presentaties over relevant onderzoek' en 59% 'Scholing over specifieke onderwerpen of thema's'. Verdieping van het hele vak, effect van houdingstherapie, leefstijl,

psychosomatiek en gedragssleer zijn voorbeelden die deelnemers noemden.

Het stimuleren van onderzoek binnen de oefentherapie zou voornamelijk moeten gebeuren door het verspreiden van kennis van onderzoekers naar de beroepspraktijk (65%). Eén deelnemer gaf als extra suggestie om een overzicht te maken van alle onderzoeksprojecten waar oefentherapeuten aan kunnen deelnemen of kennis uit kunnen ophalen.

Conclusie en vervolg

Hoewel de resultaten zijn gebaseerd op een beperkte respons, blijkt uit de enquête dat er behoefte is aan een netwerk 'Oefentherapie & Onderzoek'. Wel zou deze behoefte nog verder moeten groeien in het aantal deelnemers, om het netwerk goed te kunnen laten functioneren. Er is met name behoefte aan het verspreiden van wetenschappelijke kennis naar de praktijk. Sommige deelnemers geven juist ook het belang aan van het opzetten van een fundament – het netwerk – zodat er een impuls ontstaat in het opzetten en uitvoeren van onderzoek op het gebied van oefentherapie.

Het netwerk kan een rol vervullen bij de uitvoering en het actueel houden van de *Kennisagenda Oefentherapie* (VvOCM, 2018). Ook de doorwerking van het onderzoek naar de praktijk is gebaat bij een netwerk waarin vanuit gedeelde interesse in het 'kennisdomein oefentherapie' wordt gewerkt aan onderzoek en innovatie. Waarbij opgemerkt kan worden dat wetenschappelijk onderzoek nadrukkelijk gepositieerd wordt als praktijkgericht onderzoek, waarin vragen uit de praktijk samen met de praktijk worden opgepakt. Het is hierbij belangrijk onderwerpen te bespreken die de identiteit van de oefentherapie benadrukken, zoals het gebruik van het bio-psycho-sociale model en de gedragsmatige benadering door oefentherapeuten.

Het netwerk zou kunnen bestaan uit een brede kerngroep van onderzoekers of wetenschappelijk geschoolde oefentherapeuten met daaromheen een betrokken schil van zowel in de praktijk werkzame oefentherapeuten als oefentherapie-studenten. Op deze manier kunnen er – naast het verspreiden van wetenschappelijke kennis – ook vragen uit de praktijk worden opgehaald of mogelijke vragen vanuit (docent-)onderzoekers worden besproken. Op deze manier worden oefentherapeuten in een vroeg stadium al betrokken bij wetenschappelijke vragen, wat op een later moment ook de participatie van oefentherapeuten in praktijkgericht onderzoek kan bevorderen. ➡

DE ONDERZOEKER VERTELT

Richtlijngebruik door oefentherapeuten

In deze rubriek vertelt een onderzoeker over het onderzoek dat hij/zij heeft uitgevoerd in samenwerking met VvOCM. Deze keer staan de resultaten van de enquête over richtlijngebruik door oefentherapeuten centraal, uitgevoerd door Gijs van Gils.



Daniëlle Conijn,
beleidsmedewerker
(richtlijnadviseur)
Koninklijk Nederlands
Genootschap
Fysiotherapie (KNGF).
Tot en met maart
2022 beleidsmede-
werker Kwaliteit
& Wetenschap VvOCM



Gijs van Gils,
project consultant
Mediquest

Een richtlijn is een document met aanbevelingen dat tot doel heeft de kwaliteit van zorg te verbeteren. Richtlijnen komen tot stand op basis van systematische samenvattingen van wetenschappelijk onderzoek en afwegingen van de voor- en nadelen van de verschillende zorgopties, aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers.¹ Als beroepsvereniging zet VvOCM zich in voor het ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden, zoals richtlijnen. Zo stellen we onze leden in staat om kwalitatief hoogstaande, 'evidence based' zorg te bieden. In 2018 maakten oefentherapeuten bij 73% van de behandelingen geen gebruik van een richtlijn, zo bleek uit onderzoek. Om inzicht te krijgen in wat het gebruik van richtlijnen in de oefentherapiepraktijk belemmert én kan bevorderen, hielden we eind 2020 een enquête onder onze leden. Met de uitkomsten gaan we een strategie ontwikkelen om het gebruik van richtlijnen te verbeteren.² Tweehonderddertig leden vulden de enquête in. We willen hen hartelijk bedanken voor de waardevolle feedback.

Gezamenlijke richtlijnontwikkeling

Om meer eenheid en structuur aan te brengen in het ontwikkelen en implementeren van richtlijnen heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in 2009 de Regieraad Kwaliteit van Zorg opgericht. Deze raad stelde een 'Richtlijn voor richtlijnen' op die gebruikt kan worden als leidraad bij het ontwikkelen van kwalitatief goede richtlijnen.³ De Regieraad Kwaliteit van Zorg pleit voor een continue cyclus van ontwikkeling, implementatie, evaluatie, herziening en onderhoud van richtlijnen. VvOCM is verantwoordelijk voor het proces van ontwikkelen en herzien van richtlijnen voor de oefentherapeut. Er zijn nu 18 VvOCM-richtlijnen. Sinds 2018 ontwikkelt VvOCM samen met het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie

(KNGF) de zogenoemde KNGF-richtlijnen. In 2019 stelden KNGF en VvOCM samen de tweede versie op van de KNGF-richtlijnenmethodiek voor het ontwikkelen en implementeren van richtlijnen.⁴ Het doel van deze methodiek is om door middel van een efficiënt proces uniforme, praktijkgerichte, kwalitatief hoogstaande en toepasbare richtlijnen te ontwikkelen die voldoen aan de (inter)nationale standaarden en (wettelijke) eisen en de criteria van de AQUA-leidraad.

De KNGF-richtlijnenmethodiek 2019 omvat acht fasen, waarvan de eerste zes de aanloophase, voorbereidingsfase, ontwikkelfase, commentaarfase, redactiefase en autorisatiefase zijn. Na het autoriseren van de richtlijn door de besturen van KNGF en VvOCM wordt de richtlijn in fase zeven, de disseminatie- en implementatiefase, op de websites van de beroepsverenigingen gepubliceerd. Daarnaast wordt via nieuwsbrieven en social mediakanalen bekend gemaakt dat er een nieuwe richtlijn gepubliceerd is. Ook verschijnt er altijd een artikel over de nieuwe richtlijn in de vakbladen van KNGF en VvOCM – gezamenlijk geschreven door een richtlijnexpert en een inhoudsdeskundige. Als laatste stellen de beroepsverenigingen een voorbeeld nieuwsbericht op dat stakeholders/relaties, zoals het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), kunnen gebruiken om hun achterban te informeren.

Gebruik stimuleren

Onder de disseminatie- en implementatiefase valt ook het ontwikkelen van producten die het gebruik van de richtlijn stimuleren. Voorbeelden hiervan zijn het ontwikkelen van een e-learning of scholingsactiviteiten. Het doel is het vergroten van de kennis van de inhoud over de richtlijn en het kunnen toepassen van de nieuwe kennis in de (eigen) praktijk. Bij elke nieuwe richtlijn wordt patiënteninformatie opgesteld, vaak in samenwerking met een



specifieke werkgroep waarin patiënten participeren. Ook wordt de richtlijn aangeboden voor opname in het Register van Zorginstituut Nederland. De achtste, de laatste fase, is de doorlopende onderhoudsfase. In die fase wordt feedback verzameld uit het werkveld, worden publicaties en ontwikkelingen gemonitord, en behoeftepeilingen gedaan bij stakeholders en wetenschappers. Uit onderzoek van Van den Dool (in opdracht van Nivel) blijkt dat in 2018 bij 73% van de behandelingen door de oefentherapeut geen richtlijn gebruikt werd, terwijl er in 2014 bij 58% van de behandelingen geen richtlijn gebruikt werd. In 2018 was de richtlijn 'Aspecifieke rugklachten' de meest gebruikte richtlijn.⁵ Richtlijngebruik is afhankelijk van richtlijnimplementatie. De implementatie van richtlijnen zorgt ervoor dat een bundeling van de beste weten-

“

De implementatie van richtlijnen zorgt ervoor dat de beste wetenschappelijke evidentie in de beroepspraktijk terecht komt.

”

Lees verder ➔



De inzichten uit de enquête vormen de basis voor het bevorderen van richtlijngebruik.



schappelijke evidentie in de beroepspraktijk terecht komt. Daarmee kan de oefentherapeut een 'evidence based' behandeling vormgeven. Om ervoor te zorgen dat meer oefentherapeuten richtlijnen gaan gebruiken in de praktijk wilde VvOCM graag inzicht in de factoren die het gebruik ervan belemmeren of juist bevorderen. In de periode oktober tot en met november 2020 is een enquête verspreid onder de VvOCM-leden. Daarnaast zijn er interviews afgenomen met VvOCM-beleidsmedewerkers.

Belangrijkste resultaten enquête

- Van de ongeveer 1.700 aangeschreven leden, vulden 230 leden (14%) de enquête in.
- Meer dan de helft van de respondenten (n=109, 55%) geeft aan dat zij soms gebruik maakt van richtlijnen.
- Ruim driekwart van de respondenten (n=148, 77%) vindt dat de richtlijnen goed vindbaar zijn.
- Het overgrote deel van respondenten weet waar VvOCM de richtlijnen publiceert, slechts 9% is daar niet van op de hoogte.
- Van de ruim 200 respondenten geeft 65% aan dat zij geen fysieke scholing over de richtlijnen wil volgen, waarbij 76% aangeeft wel een e-learning te willen volgen.

Factoren die het gebruik van richtlijnen **belemmeren**

De belangrijkste genoemde belemmerende factoren zijn:

- De richtlijnen zijn teveel gericht op de gemiddelde patiënt die de therapeut behandelt in de praktijk.

- De therapeut handelt liever op basis van eigen ervaring, waarbij een richtlijn niet noodzakelijk wordt geacht.
- De richtlijn bestaat uit te veel tekst.
- Het ontbreekt in de praktijk aan tijd voor kwaliteitsverbetering van de zorg.
- De richtlijnen zijn gedateerd.
- De richtlijnen zijn niet aan de EPD-systemen gekoppeld.
- Er zijn onvoldoende verschillende richtlijnonderwerpen.

Factoren die het gebruik van richtlijnen **bevorderen**

De belangrijkste genoemde bevorderende factoren zijn:

- Het is een bevestiging van het handelen van de therapeut.
- Richtlijnen geven een overzicht van het 'evidence based' handelen.
- Richtlijnen vergroten de kennis.

Inzichten basis voor nieuwe strategie

Wij hebben de inzichten die uit de enquête en interviews naar voren kwamen gebundeld en geprioriteerd. Dit vormt de basis voor nieuwe strategieën en interventies om het gebruik van richtlijnen te bevorderen. Zo is de VvOCM in gesprek gegaan met diverse EPD-leveranciers om de aansluiting van de richtlijnen in het EPD te bevorderen. ➔

Wie is Gijs van Gils?

Oefentherapeut Gijs van Gils liep in 2020/21 een half jaar stage als beleidsmedewerker bij VvOCM in het kader van zijn master Klinische Gezondheidswetenschappen, richting Fysiotherapie-wetenschappen aan Universiteit Utrecht/UMC Utrecht. In augustus 2021 studeerde Gijs af als fysiotherapiewetenschapper. Hij werkt nu als project consultant bij Mediquest.

Referenties

1. Nederlands Zorginstituut. AQUA Leidraad. Ten behoeve van de ontwikkeling van een richtlijn, module, norm, zorgstandaard of organisatiebeschrijving, die betrekking heeft op (een deel van) een zorgproces en vastlegt wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de cliënt goede zorg te verlenen. Zorginstituut Nederland; 2021.
2. Mensendieck VvOCM. Strategisch beleidsplan 2021-2023. Vanuit eigen identiteit slim samenwerken. 2020.
3. Hilbink MO, M; Kool, T. De HARING-tools. Dertien instrumenten voor ondersteuning bij het opstellen, herzien, implementeren en evalueren van richtlijnen 2013.
4. KNGF. KNGvF. KNGF-richtlijnenmethodiek 2019. Ontwikkeling en implementatie van KNGF-richtlijnen. Versie 2. Amersfoort; 2019.
5. Dool J. vd, Meijer, W. Zorg door de Fysiotherapeut. Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn, Jaarcijfers 2019 en trendcijfers 2016-2019. Nivel; 2021.

Dit artikel is
eerder gepubliceerd
in FysioPraxis

KENNIS EN ERVARING DELEN

Samen ontwikkelen van richtlijnen

In de learning community deelt KNGF haar kennis van en ervaring met het ontwikkelen van richtlijnen met andere beroepsverenigingen, zodat de betrokkenen in hun rol van richtlijnadviseur zelfstandig richtlijnprojecten kunnen begeleiden. We werken in dit project samen met de verenigingen voor diëtetiek (NVD), ergotherapie (EN), huidtherapie (NVH), logopedie (NVLF) en oefentherapie (VvOCM). FysioPraxis vroeg aan drie betrokkenen naar het belang van en hun rol bij dit project.



Wat is de aanleiding voor de learning community?

Nynke Swart, projectleider learning community: "Paramedische beroepsverenigingen willen investeren in kennis en expertise van richtlijnontwik-

keling. Het KNGF heeft hiervoor samen met de andere verenigingen in 2021 een learning community (LC) opgezet. Onder begeleiding van het KNGF participeren nieuwe richtlijnadviseurs in de LC en worden kennis en ontwikkelde tools beschikbaar gesteld. De activiteiten binnen de LC lopen parallel aan de te nemen stappen voor het ontwikkelen en implementeren van de richtlijn Paramedische Zorg voor Kwetsbare Ouderen."

Gewenst resultaat

"Aan het einde van dit project zijn de nieuwe richtlijnadviseurs in staat om zelfstandig de rol van richtlijnadviseur uit te voeren. Dit stelt de beroepsverenigingen in staat zelfstandig te werken aan het ontwikkelen en/of actualiseren van (multidisciplinaire) richtlijnen en andere kwaliteitsstandaarden volgens (inter)nationale standaarden. Dat komt ten goede aan het continu borgen van de kwaliteit van de paramedische zorg. De paramedische beroepsverenigingen zullen met de verkregen kennis en expertise beter in staat zijn om de kwaliteitscyclus te doorlopen en opgebouwde richtlijnkennis verder te borgen binnen de beroepsgroep en/of vereniging. Daarnaast wordt een visie ontwikkeld (beschreven in een visiedocument) over eventuele voortzetting van de LC of een andere wijze van samenwerking op het vlak van richtlijnontwikkeling in de paramedische zorg."

Borgen van kennis en expertise

"Voor het KNGF en de betrokken paramedische beroepsverenigingen is het van belang om de kennis

en expertise op het gebied van de ontwikkeling van richtlijnen binnen de eigen beroepsvereniging maar ook paramedisch breed te kunnen borgen. Daarmee kan verder gebouwd worden aan de capaciteit en de omvang van opgeleide richtlijnadviseurs. Dat komt weer ten goede aan de kwaliteit van niet alleen de fysiotherapeutische zorg, maar de (para)medische zorg in z'n geheel."

Voortouw

"Binnen dit project vervul ik de rol van projectleider. Dit houdt in dat ik inhoudelijk verantwoordelijk ben en de dagelijkse leiding heb over het project. De LC komt wekelijks bij elkaar om afwisselend inhoudelijke en project-organisatorische onderwerpen te bespreken. Ik neem als projectleider het voortouw in de te behandelen onderwerpen, die parallel lopen aan stappen van de richtlijnontwikkeling. Daarnaast volgen de leden van de LC verschillende (externe) cursussen en instructies en presentaties van externe experts die in de bijeenkomsten worden voor- en nabesproken. Ik bied ook individuele begeleiding op verzoek. Tot slot is er maandelijks een open 'vragenuurtje' waar deelnemers een vraag kunnen inbrengen en andere deelnemers naar behoefte bij aan kunnen sluiten."

Het KNGF werkt in dit project samen met:

- de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH)
- de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)
- Ergotherapie Nederland (EN)
- de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF)
- de Vereniging voor Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM)

Lees verder ➔



Waarom is de VvOCM betrokken?

Thea Kooiman, beleidsmedewerker bij de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM): "De VvOCM vindt het belangrijk om kwalitatief goede richtlijnen/

kwaliteitsstandaarden te ontwikkelen voor oefentherapeuten en hiermee de wetenschappelijke evidentie van oefentherapie te verbeteren. Ook vindt de VvOCM samenwerking met andere paramedische beroepsverenigingen en overige stakeholders van groot belang. Dit sluit precies aan op het doel van de learning community."

Ontwikkeling voorheen

"De VvOCM ontwikkelt sinds 2001 richtlijnen voor oefentherapeuten, voor een reeks van verschillende patiëntgroepen. Sinds 2017 werkt de VvOCM hiervoor intensief samen met het KNGF. We waren betrokken bij de ontwikkeling van de KNGF-Richtlijnen-methodiek en er is afvaardiging van de VvOCM in het KNGF-richtlijnteam. Hierbij ontwikkelden we gezamenlijk meerdere richtlijnen die gelden voor zowel fysiotherapeuten als oefentherapeuten. Voorbeelden zijn de richtlijn Artrose heup-knie, de richtlijn Zelfmanagement en de richtlijn Lage rugpijn en lumbosacraal radiculair syndroom. De samenwerking leidde tot een betere erkenning van de richtlijnen doordat deze nu beter aansluiten op geldende criteria."

Inzicht en hulp

"Het is erg leuk en leerzaam om met richtlijnadviseurs uit verschillende beroepsgroepen samen te werken. Het geeft inzicht in elkaars werkwijze. Het is leuk om te leren van elkaar en elkaar te helpen bij bijvoorbeeld het scherp krijgen van beroepsspecifieke uitgangsvragen. Op deze manier hoeven we niet allemaal zelf het wiel uit te vinden."

Het project van de learning community is opgesplitst in twee delen:

1. De learning community gedurende de knelpuntanalyse, uitgevoerd en afgerond in 2021.
2. De learning community gedurende de ontwikkeling van de richtlijn Kwetsbare ouderen, het project waar dit artikel zich op richt. Het project wordt gefinancierd door ZonMw vanuit de gelden die beschikbaar zijn gesteld in de Bestuurlijk Afspraken Paramedische Zorg.



Wat betekent het gezamenlijk ontwikkelen van een richtlijn voor de NVH?

Myrthe van Zon, richtlijnadviseur, Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH): "Door de

toenemende vergrijzing krijgen we te maken met een toename van (kwetsbare) ouderen. Voor de paramedische zorg, waaronder huidtherapie, bestaan nog geen richtlijnen over hoe kwetsbare ouderen met complexe zorgvragen het beste behandeld kunnen worden. Zelfmanagement wordt een belangrijk onderdeel van het zorgproces. Maar hoe kunnen wij daar als huid- en oedeemtherapeuten zo goed mogelijk in ondersteunen? Ook huidproblematiek is een veelvoorkomend probleem bij kwetsbare ouderen. Huidaandoeningen bij deze doelgroep zijn wonden zoals skin tears, decubitus en ulcera, maar ook huidinfecties. Routinematig screenen en signaleren van huidproblematiek bij kwetsbare ouderen wordt nog onvoldoende door de huidtherapeut toegepast. Door de symptomen in een zo vroeg mogelijk stadium te herkennen kunnen (ernstige) complicaties voorkomen worden. Door het ontwikkelen van deze richtlijn kunnen aanbevelingen worden gedaan om een richting te geven in complexe (huidtherapeutische) zorg."

NVH-zorgmodules

"Vanuit traditionele richtlijnontwikkeling zijn we in 2021 gestart met de ontwikkeling van NVH-zorgmodules. Dit zijn kwaliteitsinstrumenten waarin aanbevelingen worden gedaan over kwalitatief goede huidzorg. Hiermee willen we patiënten een effectieve en doelmatige ondersteuning en/of behandeling bieden, die hun gezondheidsuitkomsten verbetert. Het uitgangspunt is dat deze NVH-zorgmodules voldoen aan het Toetsingskader kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten en worden aangeboden aan het Register van het Zorginstituut."

Nieuw vakgebied

Richtlijnontwikkeling is een nieuw vakgebied voor mij en ik vind het prettig en leerzaam dat ik mij kan aansluiten bij deze leeromgeving. Door de samenwerking met mensen met verschillende studieachtergronden en ervaringen is er veel informatie uit te wisselen en op te steken. De presentaties, cursussen en begeleiding over het zoeken, beoordelen en verwerken van literatuur zijn nog een extra aanvulling." ➡