

# VvOCM Kennisagenda

## Verandering in beweeggedrag en onderzoek

Vereniging van Oefentherapeuten  
Cesar en Mensendieck



©2018 Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en mensendieck

Kaap Hoordreef 28

3563 AT Utrecht

Tel.: 030 262 5627

E-Mail: [info@vvocm.nl](mailto:info@vvocm.nl)

Website: [www.vvocm.nl](http://www.vvocm.nl)

---

## **Initiatief**

De Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM)

## **In samenwerking met**

Nederlands Paramedisch Instituut (NPI)

## **Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck**

M.H.T. Post, MSc; Auteur en Projectleider

Drs. G. de Witte; Eindredactie

De Wetenschapsraad VvOCM

Dr. T. Oosterhuis

Dr. M. Tuijt

M.M. Wentink, PhD

M.S.H. Wortman, PhD

## **Met dank aan**

De andere paramedische beroepsverenigingen (PPN) voor de samenwerking in de ontwikkeling van de VvOCM kennisagenda. Alle personen die kennishiaten hebben aangeleverd of hebben deelgenomen aan de verschillende bijeenkomsten.

## **Financiering**

ZonMw

## **Ontworpen door**

eHealth88

*Alle rechten voorbehouden. Teksten, delen van teksten en/of artikelen uit deze uitgave mogen, na verkregen toestemming van de VvOCM, worden overgenomen of worden veeleelvoudig onder strikte voorwaarde van bronvermelding. Toestemming kan schriftelijk per e-mail worden aangevraagd. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u uitsluitend schriftelijk of per e-mail bij de VvOCM aanvragen.*

## | Voorwoord

Met veel trots presenteren wij de VvOCM kennisagenda “Verandering in beweeggedrag en onderzoek”. De VvOCM kennisagenda laat zien welke oefentherapeutische interventies (kosten) effectief zijn en waar wij als vereniging vinden waar de prioriteit zou moeten liggen voor verder onderzoek.

Om de (kosten)effectiviteit aan te tonen heeft de onafhankelijke partij Nederlands Paramedisch Instituut (NPI) het literatuuronderzoek uitgevoerd. Wij zijn heel erg blij met het werk dat zij hebben verzet. Dit onderzoek liet ons al zien dat er veel bewijslast is voor oefentherapie, zoveel dat er keuzes gemaakt moesten worden in het type onderzoek dat is meegenomen in het overzicht. De evidencetabel in deze kennisagenda laat zien wat bekend is in de literatuur op het gebied van systematische reviews met meta-analyses. Dit betekent dat wat er in dit overzicht staat, nog maar het topje van de ijsberg is qua bewijslast voor oefentherapie.

In de huidige samenleving heeft de definitie van positieve gezondheid van Machteld Huber een prominente plek gekregen binnen de gezondheidszorg in Nederland. Als oefentherapeuten passen wij, met onze visie op de mens in zijn totaliteit en zijn omgeving, geweldig binnen deze nieuwe kijk op gezondheidszorg. Om het domein van oefentherapie eenduidig en duurzaam te (blijven) positioneren, is een goede wetenschappelijke onderbouwing van het oefentherapeutisch handelen essentieel.

Dat er (kosten)effectiviteit is aangetoond voor oefentherapie, betekent niet dat verder onderzoek niet meer nodig is. Verder onderzoek draagt immers bij aan nieuwe inzichten en transparantie over het vak. Het schept duidelijkheid over de waarde van oefentherapie ten opzichte van andere vakgebieden en zorgt voor kwaliteitsverbetering van het vak. Maar ook voor patiënten is het onderzoek van belang. Het maakt duidelijk waarom en wanneer ze welke zorg nodig hebben, om zo lang mogelijk te kunnen blijven functioneren.

Om deze kennisagenda op te stellen is gebruik gemaakt van input van diverse stakeholders, zoals onderzoekers, promovendi, lectoren en hoogleraren, patiëntenverenigingen en zorgverzekeraars. Daarnaast is ook input verzameld vanuit oefentherapeuten, verschillende (oefentherapeutische) netwerken en andere beroepsverenigingen. Al deze input en de inzet van deze mensen heeft ervoor gezorgd dat we prioriteiten hebben kunnen stellen. Hierbij willen we dan ook al deze mensen bedanken voor zijn of haar inzet. In het bijzonder willen we de Wetenschapsraad bedanken voor hun inzet het afgelopen jaar. Jullie hebben ons ontzettend goed geholpen in het proces en jullie wetenschappelijke kennis en vaardigheden waren van onschatbare waarde om diverse keuzes te maken om deze kennisagenda op te stellen.

Met deze kennisagenda gaat een lang gekoesterde droom in vervulling; hiermee kunnen we oefentherapie wetenschappelijk verder onderbouwen. Nader onderzoek is nodig om meer kennis en effectiviteit te vergaren op het specifieke gebied van de oefentherapeut, namelijk ‘beweeggedrag’. Andere vormen van onderzoek zijn nodig om dit uit te voeren. Kortom: VvOCM kennisagenda ‘Verandering in beweeggedrag en onderzoek’!

*Frans Koornberg, Voorzitter VvOCM 2018 en Marleen Post, Beleidsmedewerker VvOCM 2018.*

# | Inhoudsopgave

<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1. Inleiding: Verandering in bewegen en onderzoek</b>	<b>8</b>
1.1 Doel	9
1.2 Oefentherapie Cesar/Mensendieck	10
1.3 Gedragsverandering en motorisch leren	10
<b>2. Totstandkoming en opbouw kennisagenda</b>	<b>11</b>
2.1 Proces	11
2.2 Inventarisatie kennishiaten	11
2.2.1 Identificatie van kennishiaten uit literatuuronderzoek	11
Zoekstrategie	12
Criteria	12
Evidence tabel	13
2.2.2. Koppeling literatuur aan de kennisvragen	14
2.2.3 Identificatie van kennishiaten door stakeholders	14
2.3 Prioritering kennishiaten	15
2.3.1 Criteria	15
2.3.2 Prioriteringsbijeenkomst	15
2.3.3 Methodiek definitieve prioritering kennisagenda	16
2.4 Afstemming met andere kennisagenda's en programma's	16
2.5 Afronding kennisagenda	17
<b>3. Resultaten</b>	<b>18</b>
3.1 Thema 1: Gedragsverandering en zelfmanagement	19
3.1.1 Mogelijke samenwerkingsverbanden	20
3.2 Thema 2: Effectiviteit en doelmatigheid	20
3.2.1 Mogelijke samenwerkingsverbanden	21
3.3 Thema 3: Innovatie van beweegzorg door technologie	22
3.3.1 Mogelijke samenwerkingsverbanden	23
<b>Bijlagen</b>	<b>24</b>
Bijlage 1: Uitkomsten literatuuronderzoek	24
Bijlage 2: Vraagstellingen voor het literatuuronderzoek	31
Bijlage 3: Literatuurlijst	32
Evidence tabel	32
Bijlage 4: Betrokken stakeholders in de ontwikkeling van de VvOCM kennisagenda	47
Bijlage 5: Uitnodiging bijdrage kennisagenda Stakeholders VvOCM	49
Bijlage 6: Kennishiaat inventarisatie onder stakeholders VvOCM	50
Bijlage 7: Uitnodiging bijdrage kennisagenda Stakeholders PPN-VvOCM	52
Bijlage 8: Kennishiaat inventarisatie onder stakeholders PPN-VvOCM	54
Bijlage 9: Overzicht aangeleverde kennishiaten	56

## | Samenvatting

De gezondheid verandert. We worden steeds ouder met meerdere aandoeningen, mensen moeten steeds langer werken en we weten steeds meer over een (on)gezonde leefstijl. Maatschappelijk zien we dan ook dat een bredere kijk op gezondheid is ontstaan. De focus is verschoven van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag. Dit maakt dat de zorg nu als doel heeft dat mensen in de context van een ziekte zo goed mogelijk moeten (blijven) functioneren. Oefentherapie Cesar/Mensendieck sluit hier perfect op aan, omdat dit erop gericht is om de mensen optimaal te laten bewegen en functioneren in zijn/haar eigen context ongeacht de aandoening.

De oefentherapeutische interventie bestaat uit het (her)leren/stimuleren van optimaal beweeggedrag en om het geleerde tijdens de dagelijkse handelingen toe te passen en te behouden. Doordat de cliënt een ander beweeggedrag aanleert, verdwijnen klachten voor de lange termijn of kunnen mensen beter functioneren (functies, activiteiten & participeren) ongeacht de aanwezigheid van (chronische) aandoeningen. Om een verandering in beweeggedrag en mate van zelfmanagement te bereiken, gebruikt de oefentherapeut daarbij principes vanuit het motorisch leren en gedragsverandering.

Wetenschappelijk onderzoek is nodig, zodat kennis over effectieve oefentherapeutische interventies wordt vergroot en verder ontwikkeld kunnen worden. Daarom heeft de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM) deze kennisagenda ontwikkeld door middel van een subsidie van ZonMw. Deze kennisagenda brengt in kaart waar al effectiviteit van oefentherapeutische interventies is aangetoond en waar de grootste kennisbehoefte ligt voor verder onderzoek.

Om de (kosten)effectiviteit van het oefentherapeutisch handelen aan te kunnen (blijven) tonen, is een verandering in het type onderzoek nodig. De oefentherapeut richt zich immers op gedragsverandering in het bewegen ten behoeve van het functioneren en niet op het medisch probleem waarop huidige onderzoeken zijn gericht. Naast de kwantitatieve methodes (bij medisch onderzoek) is het belangrijk om kwalitatief en praktijkgericht onderzoek uit te voeren om de meerwaarde op het gebied van functioneren, beweeggedrag en zelfmanagement aan te tonen. Dit heeft geleid tot de VvOCM kennisagenda: Verandering in beweeggedrag en onderzoek.

De VvOCM kennisagenda is tot stand gekomen door de volgende activiteiten uit te voeren:

1. Het verzamelen en analyseren van beschikbare wetenschappelijke kennis
2. Het inventariseren van kennishiaten onder stakeholders (hoogleraren, lectoren, onderzoekers, leden, commissies, netwerken, verwijzers en patiëntenverenigingen)
3. Het raadplegen van andere kennisagenda's
4. Het ordenen en prioriteren van kennishiaten
5. Het voorbereiden, organiseren en coördineren van werkzaamheden
6. Het uitwerken van de kennisagenda oefentherapie

De VvOCM kennisagenda bevat drie overkoepelende thema's met daaronder geprioriteerde vragen:

Thema 1: Gedragsverandering & zelfmanagement

Thema 2: Effectiviteit & doelmatigheid

Thema 3: Innovatie van beweegzorg door technologie

De VvOCM Kennisagenda, verandering in beweeggedrag en onderzoek omvat de volgende thema's en (binnen elk thema geprioriteerde) onderzoeksvragen:

Met oefentherapeut(en) wordt bedoeld oefentherapeut(en) Cesar en Mensendieck en met oefentherapie C/M: oefentherapie gegeven door een oefentherapeut Cesar of Mensendieck. Voor de leesbaarheid is de 'hij'- vorm gehanteerd. Daar waar cliënt staat kan ook meestal patiënt worden gelezen en vice versa.

## Thema 1: Gedragsverandering & zelfmanagement



1. Wat zijn valide en betrouwbare meetinstrumenten voor het meten van de kwaliteit van bewegen/belasting-belastbaarheid/determinanten van (beweeg)gedrag/zelfmanagement, in verschillende settings (preventie/curatief)?
2. Wat is de (kosten)effectiviteit, op korte en lange termijn, van beweeginterventies gecombineerd met gedragsinterventies vergeleken met alleen een beweeginterventie op de uitkomstmaten: beweeggedrag/zelfmanagement/participeren?
3. Welke elementen (motorisch leren, gedragsverandering, oefenen in de context) van de oefentherapeutische interventie zijn effectief voor het veranderen van het beweeggedrag bij patiënten en bepalen deze elementen de gewenste behandel-effecten (oplossen van de hulpvraag op activiteiten/participatieniveau)?
4. Leidt een behandeling van een klacht door een oefentherapeut tot minder recidieven/duurzame effecten, ten opzichte van 'usual care'/geen behandeling?
5. Wat zijn (volgens patiënten en therapeuten) belemmerende of bevorderende factoren voor het veranderen van het (beweeg)gedrag van de patiënt door een oefentherapeutische interventie?

## Thema 2: Effectiviteit & doelmatigheid



1. Wat is de (kosten)effectiviteit van oefentherapie C/M in vergelijking met 'usual care' of afwachtend beleid op functioneren (functies, activiteiten, participatie)/self-efficacy/QoL/pijn op korte en lange termijn
2. Welke patiëntkenmerken zijn voorspellend voor de effectiviteit van de oefentherapeutische behandeling?
3. Welke 'core-outcome sets' met voor de patiënt relevante, bij voorkeur generieke, cruciale uitkomstmaten en bijbehorende minimale klinische relevante verbeteringen, moeten gebruikt worden in de dagelijkse oefentherapie praktijk?
4. Wat is de effectiviteit van oefentherapeutische interventies op arbeidsparticipatie, arbeidsverzuim en re-integratie en de daarmee gepaard gaande maatschappelijke kosten?
5. Wat zijn (kosten)effectieve oefentherapeutische interventies op functioneren (functies, activiteiten, participatie)/self-efficacy/QoL/pijn bij aandoeningen waar nog geen effectiviteit is aangetoond?
6. Wat is de (kosten)effectiviteit van kortdurende, intermitterende oefentherapie/beweegadviezen in combinatie met overige (leefstijl)advisering bij patiënten met een lage ziektelast (secundaire/tertiaire preventie)?
7. Wat is de (kosten)effectiviteit van een oefentherapeutische interventie in groepsverband in vergelijking met een individuele behandeling bij (chronische) patiënten?

## Thema 3: Innovatie van bewegezorg door technologie



1. Wat is de meerwaarde van het gebruik van (persoonlijke) data binnen eHealth/blended interventies op zelfmanagement/beweeggedrag/functioneren (functies, activiteiten, participeren), en wat zijn de vereiste competenties voor oefentherapeuten om dit toe te passen?
2. Wat zijn de toepasbaarheid en meerwaarde van technologische hulpmiddelen in het diagnostische of therapeutische proces ter bevordering van zelfmanagement/functioneren/houding- of beweeg(gedrag)?
3. Wat is de (kosten)effectiviteit van een eHealth/blended interventies binnen oefentherapie (C/M) in vergelijking met 'usual care' of afwachtend beleid?
4. Hoe kunnen oefentherapeuten het gebruik en betrokkenheid (engagement) van patiënten/ouders/mantelzorgers bij eHealth vergroten?
5. Wat is de effectiviteit van een 'blended interventie' in de oefentherapeutische behandeling op zelfmanagement/de mate van zelfregulatie vaardigheden van patiënten?
6. Welke patiëntkenmerken zijn voorspellend voor de effectiviteit van een 'blended interventie' binnen de oefentherapeutische behandeling?

## | 1. Inleiding: Verandering in bewegen en onderzoek

De wereld om ons heen verandert snel. Mensen werken langer, we weten steeds meer over (on)gezonde leefstijlen en we worden steeds ouder met meerdere aandoeningen. De algemene kijk op gezondheid is veranderd met het concept 'positieve gezondheid' van Huber et al. (2011), waarbij wordt ingezet op functioneren, veerkracht en eigen regie. Dit maakt dat de blik verschuift van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag. Met de huidige verandering in de zorg draait het erom dat mensen in de context van ziekte zo goed mogelijk functioneren. Het gaat daarbij om het bevorderen, het behoud of het herstel van functioneren in de breedste zin van het woord. De term 'functioneren' is binnen de paramedische zorg en oefentherapie Cesar/Mensendieck (C/M) meer dan alleen het (weer) kunnen uitvoeren van functies (anatomisch/fysiologisch/mentaal). Functioneren betekent ook het kunnen uitvoeren van activiteiten (iemand's handelen in het dagelijks leven) én participatie (deelname aan het maatschappelijk leven) (WHO, 2001). Om de kwaliteit van zorg continu te verbeteren, is gericht wetenschappelijk onderzoek nodig naar paramedische zorg. Huidige onderzoeksprogramma's en fondsen richten zich vaak op specifieke klinische gebieden en medische vraagstukken vanuit een biomedisch perspectief, waardoor onderzoek naar paramedische zorg, dat zich richt op het biopsychosociale vlak, weinig aandacht krijgt. Niet op elke behoefte van mensen past namelijk een medisch antwoord en de beste zorg wordt niet per definitie met medicijnen of in het ziekenhuis gegeven. Binnen de paramedische zorg staat niet alleen het medisch probleem centraal, maar ook het functioneren in de context van de cliënt. Onderzoek met uitkomstmaten gericht op gedragsverandering, zelfmanagement en participatie vraagt om een ander (type) onderzoek dan naar medische vraagstukken. Naast de kwantitatieve methodes die gebruikt worden in medisch onderzoek, is het bij onderzoek naar paramedische zorg belangrijk om kwalitatief en praktijkgericht onderzoek uit te voeren om de meerwaarde van paramedische zorg op het gebied van functioneren (functies, activiteiten, participeren) en zelfmanagement aan te tonen. Dit vraagt om **veranderingen in onderzoek**.

De veranderingen in de zorg waarin de focus licht op het bevorderen van zelfredzaamheid en zelfmanagement, passen bij de basisprincipes van de oefentherapie Cesar/Mensendieck. Oefentherapie Cesar/Mensendieck biedt zorg op het gebied van houding en beweging ter bevordering van het functioneren, inclusief het (blijven) participeren door het vergroten van het zelfmanagement. De oefentherapeut (her)leert de cliënt om zijn beweeggedrag te optimaliseren en te behouden in de context van de cliënt. De oefentherapeut handelt hierbij volgens de principes van gedragsverandering en motorisch leren. Het aanpassen van beweeggedrag kan ingericht worden vanuit de motoriek, cognitie, motivatie of omgeving of combinatie van deze gebieden. Een oefentherapeut kijkt in zijn behandeling verder dan het lichamelijke, hij betreft ook de psychische en sociale context van de cliënt. De therapie sessies zijn er om te oefenen, te reflecteren en de cliënt handvatten te geven, zodat hij in staat is het geleerde zelfstandig in zijn dagelijks leven in te zetten. Oefentherapeuten gaan ervan uit dat deze **verandering in beweeggedrag** ervoor zorgt dat behandelresultaat beklijven op korte en lange termijn.

Nieuw wetenschappelijk onderzoek moet zich richten op het beantwoorden van de meest belangrijke onderzoeksvragen binnen het vakgebied oefentherapie Cesar/Mensendieck. Wat aansluit bij de maatschappelijke en politieke vraag om de gezondheidszorg nader te onderbouwen en te optimaliseren. Echter, vraagt dit niet alleen onderzoek naar het (effect van) veranderen van beweeggedrag, maar ook om een verandering in het type onderzoek, voor de onderbouwing van het vak. Daar richt deze VvOCM Kennisagenda zich op: **verandering in beweeggedrag en onderzoek**.

## 1.1 Doel

De VvOCM kennisagenda biedt een overzicht van de belangrijkste thema's en onderzoeksvragen die de komende jaren aandacht vragen. De kennisagenda bevat kennishiaten op basis van een literatuuronderzoek naar de effectiviteit van oefentherapie Cesar/Mensendieck maar ook op basis van onderzoeks- en praktijkrelevante vragen van stakeholders. In de ontwikkeling is betrokkenheid van diverse stakeholders van belang geweest om al co-creërend tot deze agenda te komen. Stakeholders waren onder andere vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen, zorgverzekeraars, beroepsvereniging, onderwijs, onderzoek en de oefentherapeutische praktijk (Oefentherapeuten vanuit commissies en netwerken) (zie bijlage 4 voor een overzicht van de betrokken stakeholders).

De VvOCM kennisagenda is bedoeld als ruggensteun voor financiers van onderzoek, onderzoekers en overige stakeholders. Daarnaast zal het ondersteunend zijn in het wetenschapsbeleid van de VvOCM. Financiers van onderzoek en onderzoekers kunnen de kennisagenda benutten als ze de praktische relevantie willen afwegen van hun onderzoek. Ook kan het onderzoekers ondersteunen in het kiezen van onderwerpen van nieuwe projecten. Bij het schrijven van subsidieaanvragen kunnen onderzoekers dan aangeven dat dit onderwerp als zeer belangrijk naar voren is gekomen uit een brede inhoudelijke analyse en stakeholdersbeoordeling. Verder kan de VvOCM kennisagenda een verschil maken in het beleid van onderzoeksinstellingen en de overheid, bijvoorbeeld in het kader van initiatieven in het ontwikkelen van een meerjarig onderzoeksprogramma paramedische zorg bij ZonMw. Zulke initiatieven zijn van groot belang gezien de ontwikkelingen in de (eerstelijns)gezondheidszorg en de betaalbaarheid daarvan. Door gebruik te maken van reguliere subsidieaanvragen via ZonMw en andere bronnen wordt verwacht dat financiering van de geprioriteerde onderzoeken wordt gehonoreerd. Hiertoe zullen gesprekken met relevante potentiële subsidiegevers worden opgestart.





## 1.2 Oefentherapie Cesar/Mensendieck

De oefentherapeut is inzetbaar op vele terreinen in de gezondheidszorg en daarbuiten, omdat alle handelingen die de mens verricht via motorische activiteit worden gerealiseerd. Een oefentherapeut wordt zowel curatief als preventief ingezet bij verstoring of bedreiging van het bewegend functioneren. Kenmerkend voor oefentherapie C/M is de holistische benadering waarbij de oefentherapeut niet alleen naar de klacht van de cliënt kijkt, maar mens en houding in zijn omgeving als geheel benadert. Oefentherapeuten betrekken in hun behandelingen alle aspecten van het biopsychosociale model. Met deze benaderingswijze gaat de oefentherapeut ervan uit dat een combinatie van factoren heeft geleid tot het ontstaan of het in standhouden van de aanwezige klachten (in termen van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen). Dit kunnen zowel fysieke factoren zijn als persoonlijke en sociaal-maatschappelijke factoren. Door inzicht te krijgen in de verschillende factoren kan worden bepaald in welke mate deze factoren de aanwezige klachten in stand houden en in welke mate ze ook beïnvloedbaar zijn. De oefentherapeut definieert het gezondheidsprobleem dan ook in relatie tot alle ICF-domeinen. De oefentherapeutische interventie bestaat uit het (her)leren of optimaliseren van het beweggedrag van de cliënt om bij te dragen aan het beantwoorden van de hulpvraag. Ook richt de interventie zich erop om het geleerde tijdens de dagelijkse handelingen toe te passen en te behouden (transfer van gedrag). Dit aanpassen van beweggedrag kan ingericht worden vanuit de motoriek, cognitie, motivatie, omgeving of een combinatie van deze gebieden. De keuze voor de behandelinterventie is afhankelijk van wat de cliënt daadwerkelijk nodig heeft en welke gebieden beïnvloedbaar zijn.





### 1.3 Gedragsverandering en motorisch leren

van het biopsychosociale model niet los van elkaar worden gezien. Uitsluitend de medische kennis is niet afdoende om iemand in optimaal leren/beweedgedrag te krijgen. De therapie sessies zijn er om te oefenen, te reflecteren en de cliënt handvatten te geven, zodat hij in staat is het geleerde zelfstandig in zijn dagelijks leven in te zetten. Wanneer gedragsverandering niet meer mogelijk is, probeert de therapeut zoveel als mogelijk via bewegen, bewegingen uit te lokken, zodat de aanwezige motorische capaciteiten behouden blijven.

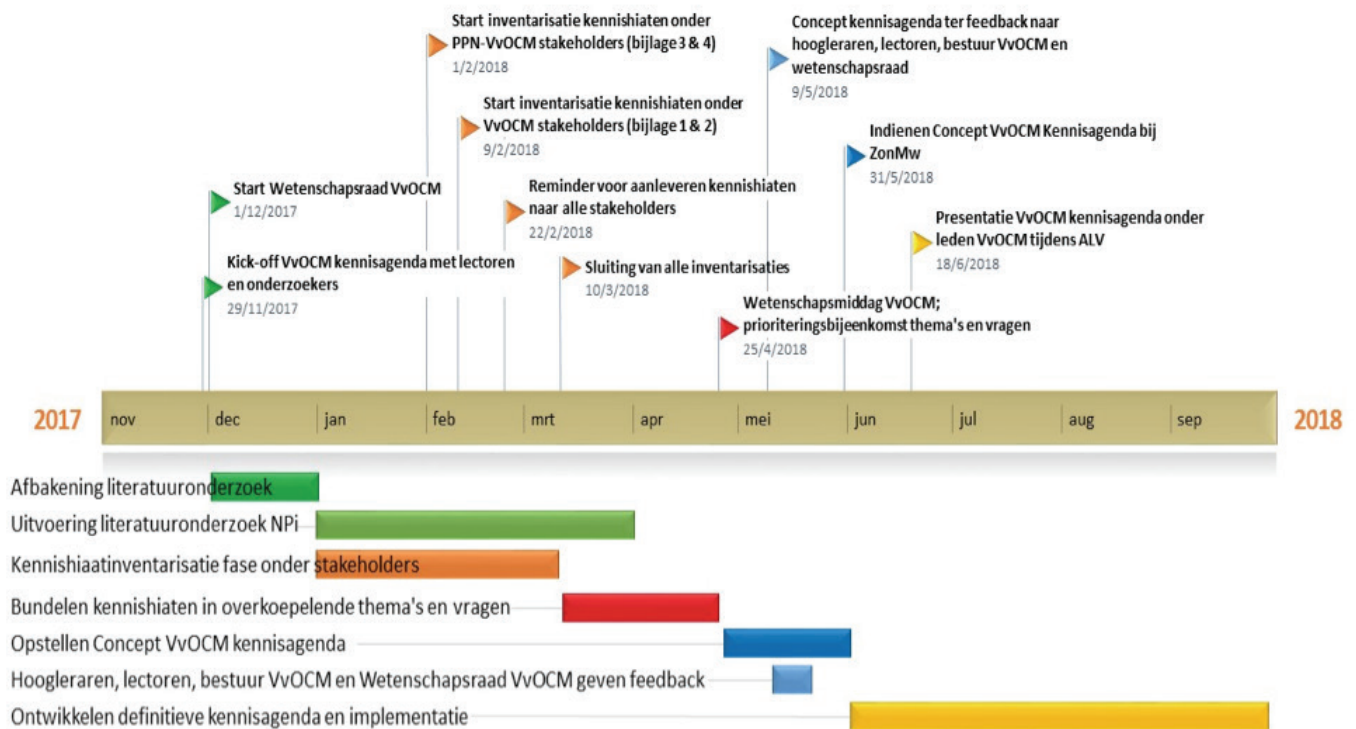
De gedragsveranderingsmodellen waarop de oefentherapeutische behandelingen zijn gebaseerd zijn o.a. het trans-theoretische model van Prochaska en DiClemente (Prochaska, et al., 1992) en het model van Balm (Poelgeest, et al., 2010). De focus van een behandeling is afhankelijk van de fase van het gedragsveranderingsproces waarin de cliënt zich bevindt. Gedragsverklaringsmodellen als het ASE-model ondersteunen de oefentherapeut bij het in kaart brengen van bepalende en beïnvloedbare factoren. Deze modellen geven een handvat om te begrijpen hoever de cliënt is in zijn veranderproces, en om de therapeut de juiste activiteiten in te laten zetten binnen de verschillende fasen van het gedragsveranderingsproces.

Met de start van een behandeltraject gaat de oefentherapeut met een cliënt een proces van (her)leren in. Dit (her)leren geeft de oefentherapeut vorm aan de hand van het motorisch leerproces. Dit proces is een dynamisch proces en daardoor bij elke cliënt anders. Motorisch leren wordt omschreven als een proces, waarmee relatief permanente bewegingen, activiteiten en motorische taken veranderd kunnen worden. Hiermee richt de oefentherapeut zich op het adaptief vermogen van de cliënt. Door middel van oefenen, het ervaren van bewegingen, herhaling, oefenen in de context en in nieuwe situaties, is de oefentherapeut in staat het bewegen te veranderen samen met de cliënt. De oefentherapeut heeft hierin een coachende rol van het aanreiken van relevante oefeningen tot het bewustmaken van het huidige houding- en beweeggedrag van de cliënt om zo verandering in bewegen mogelijk te maken. Vakspecifieke kennis die de oefentherapeut inzet om deze interventies uit te kunnen voeren zijn: functionele anatomie, biomechanica, (neuro)fysiologie, pathologie, pedagogiek en psychologie.

## | 2. Totstandkoming en opbouw kennisagenda

### 2.1 Proces

In bijlage 4 is te vinden welke stakeholders een bijdrage hebben geleverd in het proces van het ontwikkelen van de VvOCM kennisagenda. In het figuur hieronder is het tijdsplan schematisch weergegeven voor de ontwikkeling van de VvOCM kennisagenda. De wens van de VvOCM is om deze kennisagenda over 5 jaar te updaten mits de middelen daarvoor beschikbaar zijn.



### 2.2 Inventarisatie kennishiaten

#### 2.2.1 Identificatie van kennishiaten uit literatuuronderzoek

Op 29 november 2017 is een groep lectoren/promovendi en onderzoekers op het gebied van oefentherapie Cesar/Mensendieck bijeengekomen voor de start van de ontwikkeling van de VvOCM kennisagenda. Het ontwikkelproces is gepresenteerd en de aanwezigen is gevraagd om input te leveren in de ontwikkeling van deze kennisagenda. Er is met de aanwezigen gebrainstormd over doelgroepen en mogelijke overkoepelende thema's (met onderliggende onderwerpen) die volgens hen centraal zouden moeten staan. Hieruit kwam duidelijk naar voren dat er niet specifieke doelgroepen te benoemen zijn voor de oefentherapeuten. De aanwezigen gaven aan dat oefentherapeuten generalisten zijn en dat zij iedere doelgroep kunnen behandelen waarbij de hulpvraag is gericht op het bewegen en het (blijven) functioneren in de context van de cliënt. Wel werd aangegeven dat de oefentherapeut meer langdurige klachten behandelt, maar dat acute klachten niet kunnen worden uitgesloten. Het overzicht van doelgroepen en thema's (met onderwerpen) is gebruikt om richting aan de afbakening van het literatuuronderzoek te geven. Het literatuuronderzoek is door een externe onafhankelijke partij uitgevoerd: het Nederlands Paramedisch Instituut (NPi). Het doel hierbij was om de (kosten)effectiviteit van oefentherapie C/M in kaart te brengen. De precieze zoekstrategie per picovraag is op te vragen bij de VvOCM. Hieronder volgt kort een beschrijving van dit literatuuronderzoek en zoektermen, per onderdeel van de PICO. Een overzicht van de picovragen die dit opleverde is te vinden in bijlage 2.

## Zoekstrategie

De zoekstrategie is uitgevoerd in PubMed, Cochrane Library en PsychINFO. Het uitgangspunt is de publicatie van Nynke Smidt et al., uit 2005, een best-evidence summary van systematische reviews over oefentherapie. De zoekdatum van dit review was tot augustus 2002, daarom is ervoor gekozen om te zoeken vanaf augustus 2002. Vanwege de hoeveelheid aan bewijs, om de kwaliteit te borgen en zelf niet kwalitatief de artikelen te hoeven beoordelen, is er gezocht naar systematische reviews met meta-analyses. De gebruikte PICO-termen waren als volgt:

- **Patiënt:** Volgens de wetenschappers en oefentherapeuten die op 29 november aanwezig waren zijn alle doelgroepen te behandelen door de oefentherapeut. Om toch een onderscheid te kunnen maken, is er gezocht op drie leeftijdscategorieën: kinderen, volwassenen en ouderen.
- **Intervention:** Oefentherapie C/M is een combinatie van beweeginterventies (oefentherapie in de literatuur) met gedragsinterventies. Daarom is er bij het zoeken en presenteren van de resultaten onderscheid gemaakt tussen oefentherapie (O in literatuuroverzicht) en oefentherapie C/M (O+G in literatuuroverzicht). Onder oefentherapie vielen zoektermen als 'exercise therapy' en synoniemen als 'functional exercise'. Dit zijn vergelijkbare zoektermen als de zoektermen die gebruikt worden bij de richtlijnontwikkeling binnen de VvOCM. Bij gedragsinterventies valt te denken aan 'behavioral intervention', 'graded activity', 'self-management' en 'health education' waarbij deze interventies gericht moesten zijn op het bewegen. Er is gezocht naar effectonderzoek waarbij oefentherapie de onderzochte interventie is en niet naar onderzoek waar oefentherapie als controle-interventie is gebruikt.
- **Comparison:** De oefentherapeutische interventies zijn vergeleken met de groepen: geen interventie / placebo / gebruikelijke zorg.
- **Outcome:** Uitkomstmaten voor alle drie de doelgroepen waren: ADL/vaardigheden/ participatie & self-efficacy. Uitkomstmaat alleen toegepast bij kinderen was motorisch zelfbeeld en voor ouderen, valrisico. Uitkomstmaten alleen toegepast bij volwassenen en ouderen waren: pijn en kwaliteit van leven. Voor deze uitkomstmaten is gekozen, omdat de oefentherapeut zich richt op het functioneren in de breedste zin van het woord (functies, activiteiten en participeren) en niet louter alleen functies zoals dit nog vaak is in internationale literatuur onder de uitkomstmaat 'functioning'. Binnen de therapie en gedragsverandering speelt self-efficacy een belangrijke rol, vandaar dat deze is meegenomen. Bij kinderen komt het motorisch zelfbeeld veel aan bod en bij ouderen valrisico vandaar dat deze toevoegingen. Daarnaast is pijn als uitkomstmaat gekozen omdat dit nog steeds een belangrijke uitkomstmaat in onderzoek behandelen en richtlijnontwikkeling is.

## Criteria

Bij de gedragsmatige interventies is het belangrijk dat deze gekoppeld zijn aan het bewegen/functioneren. Wanneer de gedragsmatige interventies op andere (psychologische) uitkomstmaten gericht waren, zoals angst of depressie, dan werd de studie ge-excludeerd. De belangrijkste andere exclusie criteria waren: systematische reviews waarbij pooling niet mogelijk was, reviews met alleen een best evidence synthese, reviews gericht op fysiotherapie of wanneer de interventie werd gegeven door een fysiotherapeut.

## Evidence tabel

De uitkomsten heeft de VvOCM in een evidentie tabel ontvangen, waarin per interventie de hoeveelheid evidence voor (kosten)effectiviteit was aangegeven per uitkomstmaat. De doelgroepen zijn eerst gebundeld in acht overkoepelende doelgroepthema's: arbeid & bedrijf, bekkenproblematiek, chronische aandoeningen/klachten, hart, vaat & longen, oncologie, musculoskeletaal, neurologie, sport, leefstijl & gezondheid. Deze overkoepelende thema's zijn gebaseerd op de bijeenkomst op 29 november waarin doelgroepen en thema's zijn besproken. Het zijn de tien referaatthema's van het NPi, echter zijn kinderen, ouderen en psychosomatiek verwijderd en is chronische aandoeningen/klachten toegevoegd. Dit omdat de stakeholders chronische aandoeningen/klachten een zeer belangrijke doelgroep binnen de oefentherapie C/M vinden voor alle oefentherapeuten en niet alleen psychosomatische oefentherapeuten. Daarnaast zijn nu alle thema's inhoudelijk en zijn de leeftijdscategorieën in de thema's verwerkt. Vervolgens zijn de onderzoeksresultaten in ieder doelgroepthema gebundeld op aandoening en op effectiviteit. Hierin is een onderscheid gemaakt tussen de effectiviteit van oefentherapie (de O in het literatuuroverzicht) en oefentherapie Cesar/Mensendieck (O + G in het literatuuroverzicht). Vervolgens is gekeken van welke aandoeningen de VvOCM richtlijnen heeft en welke aandoeningen misten in het rijtje. Deze zijn hier vervolgens aan toegevoegd. Per aandoening en per interventie (O of O + G) is op basis van de hoeveelheid beschikbare evidentie een prioritering van de doelgroepen/aandoeningen aangebracht voor wat betreft het onderzoek dat nodig is. Een groene kleur betekent dat er veel evidence voor effectiviteit is en (aanwijzingen) voor kosteneffectiviteit, en dus dat dit onderzoek de laagste prioriteit heeft bij het kiezen van de doelgroepen bij vragen. Oranje heeft (gematigd) evidence voor effectiviteit en weinig/geen evidence voor kosteneffectiviteit en daarmee een gemiddelde prioriteit in het kiezen van de doelgroep. Rood betekent een lage hoeveelheid of onbekende evidence en weinig/geen/onbekende evidence op kosteneffectiviteit en dus heeft dit onderzoek een hoge prioriteit in het kiezen van de doelgroep (de legenda is toegevoegd aan het literatuuroverzicht). In het overzicht is ook aangegeven wat de resultaten zijn voor de leeftijdsdoelgroepen waarop de search is uitgevoerd, kinderen, volwassenen en ouderen. De uiteindelijke evidentie tabel is te vinden in bijlage 1. Belangrijk om te benoemen is dat deze evidence tabel gebaseerd is op systematische reviews met meta-analyse. In het geval dat er RCT's of systematische reviews zónder meta-analyse zijn gepubliceerd en die de effectiviteit hebben aangetoond, staan deze dus niet in de tabel in bijlage 1. Vanwege de hoeveelheid bewijs en de beperkte tijd was het niet mogelijk deze onderzoeken mee te nemen in het huidige onderzoek.



### 2.2.2. Koppeling literatuur aan de kennisvragen

In de evidentie tabel is aangegeven hoe de doelgroepen per type interventie zijn geprioriteerd (rood heeft hoogste prioriteit, groen de laagste prioriteit). De doelgroepen zijn gekoppeld aan verschillende onderzoeksvragen binnen de VvOCM kennisagenda waarin bij verschillende vragen in de beschrijving gebruik is gemaakt van dit onderscheid (rood, oranje, groen en type interventie O of O+G). De stakeholders en de wetenschapsraad zijn van mening dat de vragen niet gespecificeerd kunnen worden per doelgroep aangezien oefentherapeuten alle doelgroepen die een hulpvraag hebben op bewegen of functioneren kunnen behandelen. Om de vragen toch zo specifiek mogelijk op te stellen, is ervoor gekozen hier de koppeling te leggen aan de prioritering van de literatuur. Bij de keuzes voor het toekennen van subsidies of bijdrage aan wetenschappelijk onderzoek door de VvOCM wordt rekening gehouden met deze prioritering. Mocht dit niet voldoende ondersteunend zijn, dan wordt rekening gehouden met de hoogte van de ziektelast van de aandoening (prevalentie/incidentie), de Nivel top 10 aandoeningen (gebaseerd op DCSPH-codes gebruikt door oefentherapeuten (DCSPH staat voor diagnose coderingssysteem paramedische hulp)) en gegevens uit de Landelijke Database Oefentherapie (LDO) van de VvOCM.

### 2.2.3 Identificatie van kennishiaten door stakeholders

De VvOCM is aangesloten bij de federatie Paramedisch Platform Nederland (PPN). In het kader van het hoofdlijnenakkoord hebben de andere PPN-partijen ook in dezelfde periode een vakinhoudelijke kennisagenda ontwikkeld. In de ontwikkeling van alle kennisagenda's is nauw samengewerkt tussen de PPN partijen. Enerzijds om het proces en de conceptkennisagenda's af te stemmen en anderzijds door gezamenlijk overeenkomstige stakeholders te benaderen voor het inventariseren van de kennishiaten. Gezamenlijke stakeholders zijn patiëntenverenigingen, zorgverzekeraars, mantelzorgverenigingen en overige belanghebbenden. Een vereniging is gezamenlijk benaderd als meer dan de helft van de PPN-partijen aangaf dat deze relevant zijn. Op deze manier werden gezamenlijke stakeholders niet overbelast met vragenlijsten van de verschillende partijen. Op 1 februari zijn 126 PPN-VvOCM stakeholders uitgenodigd om een vragenlijst in te vullen (zie bijlage 7 & 8). In deze vragenlijst konden de stakeholders per beroepsgroep hun top 3 aangeven van doelgroepen en onderwerpen waar volgens hen onderzoek naar gedaan zou moeten worden. Op deze vragenlijst hebben in totaal 44 partijen gereageerd, 19 van de 44 partijen hebben hierbij hiaten aangeleverd voor oefentherapie C/M.

Naast deze PPN-vragenlijst heeft de VvOCM op 9 februari 2018 een vragenlijst uitgezet onder 62 eigen stakeholders (zie bijlages 5 & 6). Stakeholders zijn hoogleraren, lectoren en onderzoekers op het gebied van oefentherapie maar ook commissies en netwerken van de VvOCM en andere relevante partijen/verenigingen die niet waren opgenomen in de lijst van PPN-stakeholders. Op 22 februari 2018 is een herinnering gestuurd voor het invullen van de formulieren naar zowel de PPN als de VvOCM stakeholders. In totaal zijn er 49 reacties gekomen op deze VvOCM vragenlijst.

Alle ingekomen reacties zijn door de wetenschapsraad ontdebeld en volgens de selectiecriteria (zie hoofdstuk 2.3.1) geselecteerd. Dit leverde een totaal van 81 kennishiaten op in de (PICO) vraagvorm (Zie bijlage 9). Deze kennishiaten zijn door de wetenschapsraad geclusterd in vier conceptthema's en daaronder conceptvragen die de oorspronkelijke kennishiaten overkoepelen/samenvatten. Deze conceptthema's en -vragen zijn in co-creatie verder verwerkt tijdens de prioriteringsbijeenkomst (zie hoofdstuk 2.3).

## 2.3 Prioritering kennishiaten

### 2.3.1 Criteria

Er zijn selectiecriteria gebruikt voor de eerste selectie van kennishiaten door de wetenschapsraad en voor het selecteren en prioriteren van de kennisvragen en thema's in de prioriteringsbijeenkomst.

De kennishiaten diende te voldoen aan de volgende selectiecriteria:

- Onderzoekbaarheid/haalbaarheid
- Oefentherapeutisch relevant
- Relevant voor de Nederlandse gezondheidszorg
- Ook voor andere partijen relevant om inhoudelijk en/of financieel aan bij te dragen

Aanvullend is lopend onderzoek niet meegenomen in de onderzoeksvragen, thema's en prioritering. Aangeleverde kennishiaten waar al lopend onderzoek naar gedaan wordt, zijn daardoor uitgesloten in het comprimeren en prioriteren voor de huidige kennisagenda.

### 2.3.2 Prioriteringsbijeenkomst

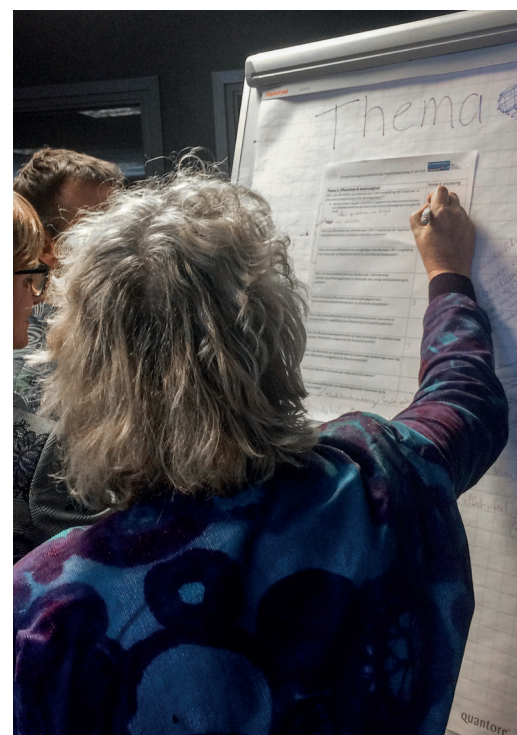
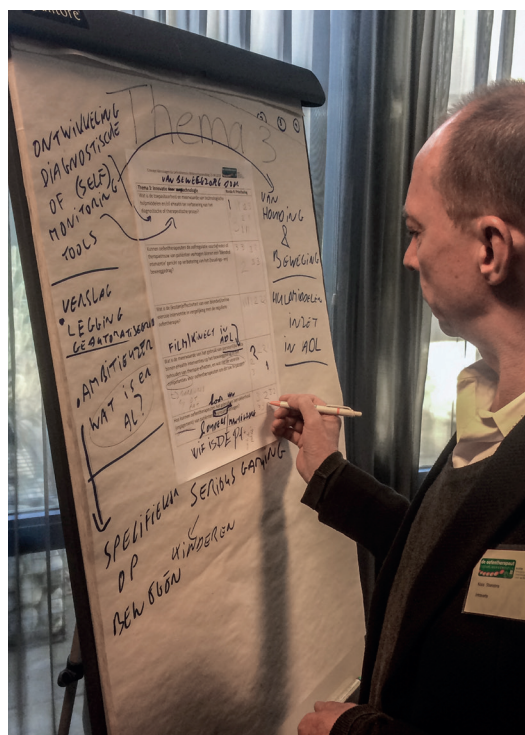
Op 25 april 2018 is een prioriteringsbijeenkomst georganiseerd om de vier conceptthema's met onderliggende vragen (beschreven in paragraaf 2.2.2) te bespreken en te prioriteren. Dit is volgens een systematische aanpak gedaan, waarbij gebruik is gemaakt van de nominale groepstechniek om samen onderzoeksonderwerpen en -vragen te genereren en te prioriteren. Voorafgaand aan de bijeenkomst hebben alle deelnemers de conceptthema's en vragen gekregen om door te lezen, eventueel feedback te noteren en alvast hun top 3 per thema te bepalen zodat men voorbereid naar de bijeenkomst kwam. De middag begon met een inleiding over het doel en de procesbeschrijving hoe tot het concept van thema's en vragen was gekomen. Hierna volgden vier rondes waarbij in co-creatie aan de vragen en thema's werd gewerkt. Elk conceptthema met de onderliggende vragen was op een afzonderlijke flap-over in de ruimte gepresenteerd. De discussie vond plaats in vier rondes waarbij iedere ronde de deelnemers een tafel doorschoven (naar een nieuw thema). Iedere ronde werd begeleid door een lid van de wetenschapsraad en iemand van de commissie praktijk & wetenschap/bureau medewerker van de VvOCM.

- In de eerste ronde stond het aanscherpen van de conceptvragen centraal. Vragen die aan bod kwamen waren: Missen de deelnemers nog een vraag, kunnen vragen gecombineerd worden, kunnen ze de vragen nog specifiek maken?
- In de tweede ronde stond het toevoegen van de doelgroep aan de vragen centraal. Per vraag is gekeken of de vraag voor één of enkele doelgroepen specifiek geldt. De groepen kwamen tot de conclusie dat de oefentherapeut generalist is en daardoor veel diverse groepen behandelt en daarmee de vraag van toepassing is op elke doelgroep. Uit deze ronde is bij geen enkel thema naar voren gekomen welke vraag verder gespecificeerd moest worden met een doelgroep.
- In de derde ronde keken de deelnemers of de thematitel nog wel de lading dekt van de (mogelijk aangepaste) vragen die opgeschreven waren. Gezamenlijk is gekomen tot nieuwe thema-titels of bestaande zijn bevestigd.
- In de vierde ronde konden de deelnemers hun top 3 aan kennisvragen aangeven in het thema (nummer 1 had de hoogste prioriteit nummer 3 had de laagste prioriteit van de 3). Waren ze klaar bij de eerste flap-over dan gingen ze door naar de volgende. Op deze manier gaf iedere deelnemer per thema aan wat zijn top 3 aan kennisvragen was.

Bij deze bijeenkomst zijn verschillende stakeholders betrokken geweest, zodat er in de workshoprondes groepen waren met diverse afgevaardigden van patiëntenverenigingen, commissies en netwerken, en hoogleraren/lectoren/onderzoekers.

### 2.3.3 Methodiek definitieve prioritering kennisagenda

Na afloop van de prioriteringsbijeenkomst zijn de notulen en op- en aanmerkingen verwerkt in de vragen en thema's. Er zijn vragen opgedeeld in twee vragen, vragen verwijderd, vragen samengevoegd of vragen aangescherpt. Dit heeft een nieuwe lijst aan thema's en vragen opgeleverd. Uit deze lijst zijn dubbelingen gehaald en de oorspronkelijke selectiecriteria zijn weer per vraag toegepast door de wetenschapsraad. Hieruit kwam naar voren dat in conceptthema 4 'klinimetric', nog maar twee vragen overbleven. Deze twee vragen zijn vervolgens ondergebracht bij twee andere overlappende thema's. Per vraag is door de stakeholders aangegeven hoe belangrijk zij de vraag vinden. De vraag met de hoogste score is het hoogst geprioriteerd in de definitieve agenda.



### 2.4 Afstemming met andere kennisagenda's en programma's

De toegevoegde waarde van de VvOCM kennisagenda ligt vooral in het nauwgezet benutten van gericht geformuleerde kennishiaten die van belang zijn voor de dagelijkse praktijk, en het aanreiken van bredere onderzoeksonderwerpen die voor de toekomst van oefentherapie Cesar/Mensendieck en paramedische zorg van belang zijn. De VvOCM kennisagenda staat echter niet op zichzelf, maar past in brede maatschappelijke ontwikkelingen zoals het meerjaren onderzoeksprogramma paramedische zorg (MOPZ), individuele paramedische kennisagenda's (PPN, KNGF en podotherapie) en kennisagenda's van wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten. Ook onderzoeksfinanciers zijn bezig met het beleid rond kennisagenda's (bijvoorbeeld ZonMw) of stellen zelf kennisagenda's op waarbij we als VvOCM betrokken zijn (bijvoorbeeld Nationale Vereniging ReumaZorg Nederland).



Overeenkomstig aan het proces van de ontwikkeling van de VvOCM kennisagenda zijn ook door andere paramedische disciplines kennisagenda's ontwikkeld (PPN + podotherapie). Gedurende het proces van de ontwikkeling van deze kennisagenda is er continue afstemming geweest met de projectleiders van de andere verenigingen om inhoudelijk te kunnen afstemmen. Er is gezamenlijk met deze partijen een enquête opgesteld en uitgezet, deze is geanalyseerd en bij de totstandkoming van de thema's en vragen van de eigen kennisagenda's is naar onderlinge samenhang gezocht.

Naast de ontwikkeling van deze kennisagenda's werd parallel gewerkt aan een meerjaren onderzoeksprogramma paramedische zorg (MOPZ). Overkoepelende thema's, vraagstukken en kennishiaten uit de verschillende paramedische kennisagenda's zijn samengebracht in het onderzoekskader (MOPZ). Naast de input vanuit de VvOCM kennisagenda heeft de vereniging input geleverd in de verschillende activiteiten die zijn uitgevoerd voor de totstandkoming van het MOPZ. In deze VvOCM kennisagenda is in de beschrijving van elk thema onder het kopje 'mogelijke samenwerkingsverbanden' ook de relatie met andere onderzoeksagenda's en het onderzoekskader van het MOPZ aangegeven.

## 2.5 Afronding kennisagenda

Het voorgaande proces heeft drie grote thema's opgeleverd voor de VvOCM kennisagenda met daaronder in totaal 18 vragen. De drie thema's zijn:

- Thema 1: Gedragsverandering & zelfmanagement
- Thema 2: Effectiviteit & doelmatigheid
- Thema 3: Innovatie van beweegzorg door technologie

Deze thema's en vragen zijn beschreven in de VvOCM conceptkennisagenda. Deze conceptkennisagenda is op 9 mei 2018 voorgelegd ter commentaar aan drie hoogleraren, drie lectoren, het bestuur en bureau van de VvOCM en de wetenschapsraad. Zij konden commentaar leveren tot 22 mei 2018. Het commentaar is vervolgens verwerkt in de definitieve concept VvOCM kennisagenda verandering in bewegen en onderzoek, die op 31 mei en 20 juli is ingediend bij ZonMw, 18 juni gepresenteerd en bediscussieerd met de oefentherapeuten tijdens de algemene ledenvergadering (ALV) van de VvOCM en op 17 september 2018 is vastgesteld door het VvOCM-bestuur.

In het volgende deel staan de thema's en onderzoeksvragen beschreven van de VvOCM kennisagenda. Hierbij wordt voor de doelgroepen verwezen naar de categorieën van het literatuuronderzoek. Daar waar al bewijs voor is, is immers voorlopig geen extra onderzoek meer naar nodig.

### | 3. Resultaten

De kennisvragen zijn gekoppeld aan de uitkomsten van het literatuuronderzoek, om aan te geven welke doelgroepen de hoogste prioriteit hebben (zie mate van prioritering in de legenda in bijlage 1 of de uitleg in hoofdstuk 2.2.1). Hieronder volgt een voorbeeld van een onderzoeksvraag waarin dit is gekoppeld (oranje gedrukte gedeelte is de verwijzing naar het literatuuroverzicht), eronder staat een voorbeeld uit de evidence tabel (bijlage 1).

Wat is de (kosten)effectiviteit, op korte en lange termijn, van beweeginterventies gecombineerd met gedragsinterventies vergeleken met alleen een beweeginterventie op de uitkomstmaten: beweeggedrag/zelfmanagement/participeren?  
(O + G kolom, volgens prioritering)

Doelgroep	E / KE ***	O **		O + G **	
Chronische pijn	E	+	145, 148	++	5, 10, 31, 54, 74, 97, 201, 212
	KE	o		+	23, 75, 95, 107, 183, 192,

Voor bovenstaande vraag is het dus belangrijk om te kijken naar de laatste kolom, hierin is te zien dat bij de aandoening chronische pijn het vakje groen gekleurd is. Dit geeft aan dat de doelgroep chronische pijn de laagste prioriteit heeft bij het kiezen van de doelgroep omdat daar al voldoende bewijslast is op (kosten)effectiviteit. De vakjes die in die kolom oranje of rood gekleurd zijn, zijn hoger geprioriteerd qua doelgroep.

De O verwijst hier naar oefentherapeutische interventies en O + G verwijst hier naar oefentherapeutische + gedragsmatige interventies. Per vraag in de thema's hieronder is aangegeven op welk type interventie en kolom (O of O + G) de vraag van toepassing is. In sommige gevallen is de doelgroep nog meer gespecificeerd dan in bovenstaand voorbeeld doordat ook de kleur is aangegeven (rood/oranje/groen).

### 3.1 Thema 1: Gedragsverandering en zelfmanagement

Binnen de oefentherapie Cesar/Mensendieck staan gedragsverandering en het bevorderen van zelfmanagement centraal. Gedragsverandering betekent dat iemand, al dan niet bewust, anders gaat handelen. Bij het veranderen van gedrag doorloopt iemand verschillende fasen. De gedragsveranderingsmodellen waarop de oefentherapeutische behandelingen zijn gebaseerd zijn o.a. het trans-theoretische



Trans-theoretisch model	Precontemplatie	Contemplatie	Vorbereiding	Actiefase	Gedragsbehoud
	<i>(nog) niet willen, geen overweging tot gedragsverandering (GV)</i>	<i>Overweegt GV, weet alleen nog niet hoe, geen planning</i>	<i>Vorbereidingen treffen en plannen maken voor GV</i>	<i>Daadwerkelijk uitvoeren van het gewenste gedrag</i>	<i>Minimaal 6 maanden volhouden van het gewenste gedrag</i>
<b>Model van Balm</b>		<b>Openstaan weten</b>	<b>Willen kunnen</b>	<b>Doen</b>	<b>Volhouden</b>

model van Prochaska en DiClemente (Prochaska, et al., 1992) en het model van Balm (Poelgeest, et al., 2010), in onderstaande tabel zijn beide modellen naast elkaar gezet. De oefentherapeut begeleidt en ondersteunt de cliënten in de verandering van hun beweeggedrag om zo klachten te verminderen en de mate van zelfmanagement en participeren in het dagelijks leven te vergroten. Beweeggedrag kan daarbij worden gedefinieerd als ‘de waarneembare uitvoering van houdingen, bewegingen en activiteiten in het dagelijks leven en in de voor de persoon natuurlijke omgeving’ (Bussmann et al., 2011).

Het veranderen van gedrag is een complex proces. Geen model is sluitend of uitgebreid genoeg om het gehele proces van veranderen te omvatten. Een groot hiaat ligt in het meetbaar maken van verschillende grootheden zoals het veranderen in beweeggedrag, de mate van zelfmanagement en participeren, naar uitkomstmaten die gericht zijn op wat voor de cliënt van waarde is. Innovatie op de ontwikkeling van geschikte uitkomstmaten die passen bij deze grootheden zijn van belang. Ook onderzoek naar patiëntkenmerken of werkingsmechanismen van effectieve interventies gericht op deze grootheden dragen bij aan transparantie voor de keuze van de juiste zorg voor de cliënt. Nieuwe vormen van onderzoek die past bij de biopsychosociale benadering, waarin kwalitatief onderzoek wordt gecombineerd met kwantitatief onderzoek (mixed methods), zijn hierin waarschijnlijk wenselijker dan de huidige vormen van onderzoek in de (bio)medische wereld.

## Thema 1: Gedragsverandering & zelfmanagement

1. Wat zijn valide en betrouwbare meetinstrumenten voor het meten van de kwaliteit van bewegen/ belasting-belastbaarheid/determinanten van (beweeg)gedrag/zelfmanagement, in verschillende settings (preventie/curatief)?
2. Wat is de (kosten)effectiviteit, op korte en lange termijn, van beweeginterventies gecombineerd met gedragsinterventies vergeleken met alleen een beweeginterventie op de uitkomstmaten: beweeggedrag/zelfmanagement/participeren? (O + G kolom, volgens prioritering)
3. Welke elementen (motorisch leren, gedragsverandering, oefenen in de context) van de oefentherapeutische interventie zijn effectief voor het veranderen van het beweeggedrag bij patiënten en bepalen deze elementen de gewenste behandel-effecten (oplossen van de hulpvraag op activiteiten/participatieniveau)?
4. Leidt een behandeling van een klacht door een oefentherapeut tot minder recidieven/duurzame effecten, ten opzichte van 'usual care'/geen behandeling?
5. Wat zijn (volgens patiënten en therapeuten) belemmerende of bevorderende factoren voor het veranderen van het (beweeg)gedrag van de patiënt door een oefentherapeutische interventie?

### 3.1.1 Mogelijke samenwerkingsverbanden

Dit thema is sterk gelinkt aan de speerpunten van maatschappelijke organisaties, zoals het Ministerie van VWS (Juiste Zorg Op de Juiste Plek), Zorginstituut Nederland, ZonMw en Nationaal Regieorgaan Praktijkgericht Onderzoek SIA. In verschillende stukken van het Ministerie van VWS (o.a. Juiste zorg op de juiste plek), wordt de brede definitie van gezondheid omarmt. Ook in deze stukken wordt het belang aangegeven dat nieuwe uitkomstmaten hiervoor wenselijk zijn. Deze kennisagenda en het beroep van oefentherapie Cesar/Mensendieck sluit naadloos aan bij dit nieuwe denken en positieve gezondheid. Verder is het thema 'Gedragsverandering en Zelfmanagement' overeenstemmend met het thema 'Gedragsverandering en Zelfmanagement' van het Meerjaren Onderzoeksprogramma Paramedische Zorg (MOPZ) van ZonMw. Daarnaast hebben verschillende gezondheids- en beroepsorganisaties (paramedisch en medisch) de focus op 'zelfmanagement en gedragsverandering' in hun kennisagenda's. Een mogelijke samenwerking op dit thema kan ontstaan op inhoudelijk, strategisch en/of financieel vlak omdat zij de meerwaarde van dit thema en/of Oefentherapie Cesar/Mensendieck (binnen een multidisciplinaire behandeling) erkennen.

### 3.2 Thema 2: Effectiviteit en doelmatigheid

Een oefentherapeut combineert het geven van oefentherapie (uitvoeren/trainen door middel van oefeningen) met een gedragsmatige interventie om gedragsverandering op beweeggedrag te bereiken en zo therapie-effecten ook op de lange termijn te behouden. Verschillende studies bij diverse doelgroepen tonen dan ook de (kosten)effectiviteit van de combinatie van oefenen en gedrag aan (zie literatuuroverzicht bijlage 1, O + G kolom). Het is echter zeer wenselijk om ook voor de doelgroepen waarbij nog geen (kosten)effectiviteit is aangetoond onderzoek te doen. Daarnaast is het ook belangrijk de (kosten)effectiviteit van enkel een oefentherapeutische interventie te onderzoeken. Dit onderscheid kan de therapeut ondersteunen in de keuze waarop hij de nadruk legt in de behandeling: de gedragsmatige interventies en/of de oefentherapeutische interventie. Daarnaast draagt dit bij aan de positionering van de oefentherapie binnen (multidisciplinaire) richtlijnen en de politieke context. De ontwikkeling van nieuwe uitkomstmaten passend bij grootheden binnen gedragsverandering en zelfmanagement (zie thema 1) plus een (nadere) onderbouwing van (kosten)effectiviteit van oefentherapeutische zorg kan zowel de toegankelijkheid als de kwaliteit van oefentherapie stimuleren.



Om 'matched care' te kunnen realiseren, is het naast deze (kosten)effectiviteitsonderzoeken belangrijk om inzicht te krijgen in relevante patiëntkenmerken. Matched care staat namelijk voor het afstemmen van de behandeling op kenmerken van de patiënt, zoals de ernst van de problematiek, mentale en sociale vaardigheden, omgevingsfactoren en wensen en behoeften van de patiënt. Belangrijk is dat de patiënt zo snel mogelijk bij de juiste hulpverlener komt en de juiste behandeling krijgt, ter voorkoming van onder- of overbehandeling. Dit onderzoek is niet alleen belangrijk vanwege het behandelen in de curatieve setting, maar ook om mogelijkheden te creëren in de preventieve setting door het vroegtijdig/kortdurend/intermitterend inzetten van een oefentherapeut in de zorgketen.

## Thema 2: Effectiviteit & doelmatigheid

1. Wat is de (kosten)effectiviteit van oefentherapie C/M in vergelijking met 'usual care' of afwach- tend beleid op functioneren (functies, activiteiten, participatie)/self-efficacy/QoL/pijn op korte en lange termijn? (O + G kolom, oranje en rode prioriteit)
2. Welke patiëntkenmerken zijn voorspellend voor de effectiviteit van de oefentherapeutische behandeling?
3. Welke 'core-outcome sets' met voor de patiënt relevante, bij voorkeur generieke, cruciale uit- komstmaten en bijbehorende minimale klinische relevante verbeteringen, moeten gebruikt wor- den in de dagelijkse oefentherapie praktijk?
4. Wat is de effectiviteit van oefentherapeutische interventies op arbeidsparticipatie, arbeidsverzuim en re-integratie en de daarmee gepaard gaande maatschappelijke kosten? (O & O + G kolom in thema arbeid en bedrijf, oranje en rode prioriteit)
5. Wat zijn (kosten)effectieve oefentherapeutische interventies op functioneren (functies, activitei- ten, participatie)/self-efficacy/QoL/pijn bij aandoeningen waar nog geen effectiviteit is aange- toond? (O kolom, oranje en rode prioriteit)
6. Wat is de (kosten)effectiviteit van kortdurende, intermitterende oefentherapie/beweegadviezen in combinatie met overige (leefstijl)advisering bij patiënten met een lage ziektelast (secundaire/ tertiaire preventie)?
7. Wat is de (kosten)effectiviteit van een oefentherapeutische interventie in groepsverband in verge- lijking met een individuele behandeling bij (chronische) patiënten?

### 3.2.1 Mogelijke samenwerkingsverbanden

Dit thema is sterk gelinkt aan de speerpunten van maatschappelijke organisaties, zoals het Ministerie van VWS (Juiste Zorg Op de Juiste Plek), Zorginstituut Nederland (kwaliteitskader fysio- en oefentherapie), ZonMw ('verstandige keuzes' van ZonMw en KIMS), Nationaal Regieorgaan Praktijkgericht Onderzoek SIA en zorgverzekeraars. Het thema is overeenstemmend met het thema 'Inhoud, Implementatie en Evaluatie van zorg' van het Meerjaren Onderzoeksprogramma ParamedischeZorg (MOPZ) van ZonMw. Daarnaast hebben alle gezondheids- en beroepsorganisaties (paramedisch en medisch) de focus op 'effectiviteit en doelmatigheid' in hun kennisagenda's. Een mogelijke samenwerking op dit thema kan ontstaan op inhoudelijk, strategisch en/of financieel vlak omdat dit een meerwaarde kan bieden op het gebied van multidisciplinaire behandeling of onderzoek naar de juiste zorg op de juiste plek.

### 3.3 Thema 3: Innovatie van beweegzorg door technologie

Onze smartphone, tablet of computer krijgt een steeds prominentere plek in ons leven. Altijd en overal zijn we bereikbaar, hebben we toegang tot het laatste nieuws en zijn we druk op social media. Ook in de zorg zijn veel technologische ontwikkelingen die de zorg kunnen ondersteunen of die een middel zijn in de behandeling ter motivatie, monitoring of bewustwording van het eigen beweeggedrag. In de literatuur zien we verschillende effectiviteitsstudies naar het gebruik van technologie in de zorg (zie literatuuroverzicht laatste tabel).



Toch wordt er maar in beperkte mate gebruik gemaakt van deze ontwikkelingen in de praktijk. Techniek ontwikkelt snel. Zorgtechnologie en data zullen dan ook een steeds belangrijkere rol gaan spelen in de zorg. Zo zullen patiënten in de toekomst over hun eigen gezondheidsgegevens kunnen beschikken en zullen ze inzicht hebben in hun eigen beweeg/activiteitengedrag, dit is data gekoppeld aan de cliënt zelf (persoonlijke data). Ook de mogelijkheid om een ‘blended’ vorm van behandeling aan te bieden, waarin ‘face-to-face’ contact met de cliënt wordt gecombineerd met zorg/monitoring op afstand, zal in de toekomst steeds vaker gaan voorkomen. Zorgtechnologie kan ingezet worden voor het monitoren van het eigen beweeggedrag van de cliënt of op afstand door de therapeut, om de cliënten te motiveren om meer of beter te gaan bewegen of cliënten te ondersteunen in hun zelfmanagement.

Het is echter van belang te weten wat de kwaliteit, meerwaarde en toepasbaarheid van de zorgtechnologische middelen zijn, voordat het middel geïmplementeerd wordt in de praktijk. Om deze middelen in te zetten, zijn mogelijk aanvullende competenties vereist van de oefentherapeut, zoals het kunnen omgaan met de techniek of het gebruik van gezondheidsdata in gesprekstechnieken om de zorgtechnologie te kunnen inzetten en een ‘blended interventie’ te kunnen bieden.

Om zinnige en zuinige zorg te kunnen blijven leveren als oefentherapeut is (kosten) effectiviteitsonderzoek naar het inzetten van zorgtechnologie in de beweegzorg vergeleken met gebruikelijke beweegzorg zeer wenselijk. Zodat inzetten van technologie in de beweegzorg bij specifieke patiëntengroepen van toegevoegde waarde kan zijn voor zowel de therapeut als de cliënt.

## Thema 3: Innovatie van bewegezorg door technologie

1. Wat is de meerwaarde van het gebruik van (persoonlijke) data binnen eHealth/blended interventies op zelfmanagement/beweeggedrag/functioneren (functies, activiteiten, participeren), en wat zijn de vereiste competenties voor oefentherapeuten om dit toe te passen?
2. Wat zijn de toepasbaarheid en meerwaarde van technologische hulpmiddelen in het diagnostische of therapeutische proces ter bevordering van zelfmanagement/functioneren/houding- of beweeg(gedrag)?
3. Wat is de (kosten)effectiviteit van een eHealth/blended interventies binnen oefentherapie (C/M) in vergelijking met 'usual care' of afwachtend beleid? (eHealth tabel: O & O + G kolom, oranje en rode prioriteit + doelgroepen die niet voorkomen in de tabel)
4. Hoe kunnen oefentherapeuten het gebruik en betrokkenheid (engagement) van patiënten/ouders/mantelzorgers bij eHealth vergroten?
5. Wat is de effectiviteit van een 'blended interventie' in de oefentherapeutische behandeling op zelfmanagement/de mate van zelfregulatie vaardigheden van patiënten?
6. Welke patiëntkenmerken zijn voorspellend voor de effectiviteit van een 'blended interventie' binnen de oefentherapeutische behandeling?

### 3.3.1 Mogelijke samenwerkingsverbanden

Dit thema is sterk gelinkt aan de speerpunten van maatschappelijke organisaties, zoals het Ministerie van VWS (Juiste Zorg Op de Juiste Plek), ZonMw en Nationaal Regieorgaan Praktijkgericht Onderzoek SIA. Het thema is overeenstemmend met het thema 'Technologie en Innovatie' van het Meerjaren Onderzoeksprogramma Paramedische Zorg (MOPZ) van ZonMw. Daarnaast hebben verschillende gezondheids- en beroepsorganisaties (paramedisch en medisch) de focus op 'zorgtechnologie en eHealth' in hun kennisagenda's. Ook biedt de focus op technologie mogelijkheden tot samenwerkingsverbanden met het (commerciële) bedrijfsleven. Een mogelijke samenwerking op dit thema kan ontstaan op inhoudelijk, strategisch en/of financieel vlak omdat dit een meerwaarde kan bieden op het gebied van innovatief ((para)medisch) handelen.



## | Bijlagen

### Bijlage 1: Uitkomsten literatuuronderzoek

Legenda

	EFFECTIVITEIT	KOSTENEFFECTIVITEIT
<b>++ Veel positief bewijs</b>	Meta-analyse van meer dan 10 RCTs, met als conclusie: bewijs voor effectiviteit	
<b>+ Beperkt positief bewijs</b>	Meta-analyse van 10 of minder RCTs, met als conclusie: bewijs voor effectiviteit	≥1 RCT met als conclusie aanwijzingen voor kosten effectiviteit
<b>± Onbeslist</b>	Meta-analyse met als conclusie: tegenstrijdig bewijs voor effectiviteit	> 1 RCT, met tegenstrijdige aanwijzingen voor kosteneffectiviteit
<b>- Beperkt negatief bewijs</b>	Meta-analyse van minder dan 10 RCTs met de conclusie: bewijs voor ineffectiviteit	≥ 1 RCT, met als conclusie: aanwijzingen voor géén kosteneffectiviteit
<b>- - Veel negatief bewijs</b>	Meta-analyse van meer dan 10 RCTs, met als conclusie: bewijs voor ineffectiviteit	
<b>O Onbekend</b>	Geen meta-analyse bekend	Geen meta-analyse bekend

Kleur laatste 2 kolommen	Prioritering kennishiaat	Effectiviteit	Kosteneffectiviteit
	Lage prioriteit (veel bewijs voor effectiviteit en (aanwijzingen) kosteneffectiviteit)	++ +	+ / ± +
	Gemiddelde prioriteit ((gematigd) bewijs voor effectiviteit en weinig- geen kosteneffectiviteit)	++ + ±	O ± / - / O +
	Hoge prioriteit (lage mate of onbekende effectiviteit en weinig/geen/onbekend kosteneffectiviteit)	± O -	± / - / O ± / - / O ± / - / O

Kleur eerste 2 kolommen betekenis
Onderzoek onder de doelgroep kinderen
Onderzoek onder de doelgroep volwassenen
Onderzoek onder de doelgroep ouderen

\* VvOCM-richtlijn beschikbaar over deze aandoening

\*\* O = oefentherapie O + G = oefentherapie en gedragsinterventie (oefentherapie Cesar/Mensendieck).

\*\*\* E = effectiviteit, KE = kosteneffectiviteit

De effectiviteitstabel m.b.t. eHealth interventies is een aparte tabel en bevindt zich achter onderstaande tabel.

## Effectiviteitstabel Oefentherapie

Doelgroep	E/KE ***		Oefentherapie		Oefentherapie + gedrag **
<b>Arbeid en bedrijf</b>					
Kans	E	±	1, 203	o	
	KE	±	15	o	
Preventieve rugklachten	E	+	9, 55	o	
	KE	-	213	o	
Ziekteverzuim door rugklachten	E	o		±	176
	KE	o		+	216
<b>Bekkenproblematiek</b>					
Bekkenklachten *	E	o		o	
	KE	o		o	
Incontinentie *	E	+	9, 55	o	
	KE	-	213	o	
Zwangere met rug-bekkenpijn	E	+	120	o	
	KE	o		o	
<b>Chronische aandoeningen/ klachten</b>					
Chronisch pijn	E	o		+	63, 121
	KE	o		o	
Chronische aandoeningen	E	+	145	++	40, 41, 66, 83, 114, 118, 144, 146
	KE	o		±	95
Chronische enkelinstabiliteit	E	+	205	o	
	KE	o		o	
Chronische lage rugpijn	E	++	36, 91, 92, 179, 199, 210	++	53, 98, 106
	KE	+	105, 183	+	30, 80, 95, 113
Chronische rugpijn	E	+	91, 92, 199, 210	++	53, 94, 98, 106
	KE	o		+	30, 95, 113, 177
Chronische musculoskeletale pijn	E	o		++	31
	KE	o		+	192
Chronische nekpijn	E	++	17, 87, 117	+	140
	KE	o		o	
Chronische pijn	E	+	145, 148	++	5, 10, 31, 54, 74, 97, 201, 212
	KE	o		+	23, 75, 95, 107, 183, 192,

Chronisch vermoeidheidssyndroom	E	+	116	o	
	KE	o		o	
Fibromyalgie	E	+	20, 29	+	16, 90, 193
	KE	±	129	±	129
SOLK	E	o		+	50
	KE	o		-	165
Chronische aandoeningen	E	+	96	o	
	KE	o		o	
Chronische pijn	E	-	148	+	125
	KE	o		o	

## Hart, vaat en longen

Astma	E	o		+	215
	KE	o		o	
Astma	E	o		+	127
	KE	o		+	188
Boezemfibrilaties	E	±	169	o	
	KE	o		o	
Claudicatio intermittens	E	+	115	o	
	KE	+	8	o	
COPD *	E	++	99, 131, 162	+	101, 130, 209, 219
	KE	+	100	±	56, 220
Hartaandoeningen	E	++	39, 191	o	
	KE	+	48, 70, 191	o	
Longaandoeningen	E	+	47, 52, 142	o	
	KE	o		o	
Migraine & vestibulaire duizeligheid	E	+	132	+	109
	KE	o		o	
Slaapapneu	E	+	3	o	
	KE	o		o	
COPD *	E	+	112	o	
	KE	o		o	
Hartaandoeningen	E	+	191	o	
	KE	+	48, 191	o	
Hartoperatie	E	o		+	69
	KE	o		o	
Longaandoeningen	E	+	47	o	
	KE	o		o	

## Hart, vaat en longen

Kanker	E	±	24	o	
	KE	o		o	

Kanker (tijdens en na behandeling)	E	++	32, 33, 73, 134, 136, 137	++	13, 14, 21, 35, 178, 180, 186
	KE	+	81, 82, 89, 128	o	
<b>Musculoskeletaal</b>					
Reuma	E	+	111, 190	o	
	KE	o		o	
Spanningshoofdpijn	E	o		+	143
	KE	o		o	
Artrose (hand, knie, heup) *	E	++	18, 67, 68, 167, 174	++	25, 110
	KE	+	12, 61, 158	o	
Aspecifieke nek- en rugklachten *	E	o		-	4, 17
	KE	o		o	
Aspecifieke nek- en schouderklachten *	E	o		o	
	KE	o		o	
Bechterew *	E	+	156	o	
	KE	o		o	
Fracturen bovenste extremiteit	E	-	26	o	
	KE	o		o	
Idiopatische scoliose *	E	o		o	
	KE	o		o	
KANS *	E	±	91, 203	o	
	KE	±	198	o	
Lage rugklachten	E	+	36, 62, 175, 217	+	6, 62
	KE	+	45, 139, 216	o	
Lumbale spinale stenose (na operatie)	E	+	85, 133, 149	o	
	KE	-	150	o	
Nekklachten	E	o		+	4, 140
	KE	o		-	22
Orthopedische aandoeningen	E	o		++	76
	KE	o		o	
Osteoporose *	E	++	77, 119	o	
	KE	o		o	
Patellofemorale pijn	E	+	93, 197	o	
	KE	o		o	
Reuma	E	+	40, 41	+	168
	KE	o		o	
Rugklachten	E	++	6, 85, 175, 217	o	
	KE	o		o	
Schouderklachten	E	+	187	o	
	KE	o		o	
Subacute lage rugpijn / nekpijn	E	o		+	126, 140
	KE	o		±	22, 104

Temporomandibulaire dysfunctie	E	+	51	o	
	KE	o		o	
Artrose (hand, knie, heup)	E	++	122, 144, 153, 208	o	
	KE	+	61, 151	o	
Lage rugklachten	E	o		+	144
	KE	o		o	
Orthopedische aandoeningen	E	o		++	76
	KE	o		o	

## Neurologie

Cerebrale parese	E	++	7, 124, 166, 171, 172, 195	±	166
	KE	o		o	
ALS	E	+	46	o	
	KE	o		o	
Alzheimer	E	+	164	o	
	KE	o		o	
CVA/beroerte	E	+	2, 42, 43, 44, 58, 72, 84, 159, 160, 163, 185, 200	o	
	KE	o		o	
Parkinson *	E	o		o	
	KE	o		o	
Traumatisch hersenletsel	E	±	88	o	
	KE	o		o	
Whiplash *	E	o		o	
	KE	o		o	
CVA/beroerte	E	+	72, 185	o	
	KE	+	71	o	
Dementie	E	++	28, 64, 161	o	
	KE	+	38	o	

## Sport, leefstijl & gezondheid

Developmental Coordination Disorder (DCD)	E	++	124, 138, 184, 218	o	
	KE	o		o	
Obesitas	E	o		+	135
	KE	o		o	
Diabetes	E	o		+	34
	KE	o		o	
Gezonde kinderen	E	++	11, 19, 141, 196, 207, 211	o	
	KE	o		o	

Met risico op ontwikkelings- achterstand	E	+	123	o	
	KE	o		o	
Syndroom van Down	E	±	189	o	
	KE	o		o	
Gezonde volwassenen	E	+	214	++	65, 127, 152, 155, 182, 214
	KE	+	181	+	170, 181
Obesitas/overgewicht	E	o		++	27, 147, 173, 204
	KE	o		+	103
Kwetsbare ouderen	E	++	37, 79, 206	o	
	KE	+	86	o	
Gezonde ouderen	E	++	57, 59, 60, 78, 102, 108, 122, 194,	o	
	KE	+	49, 78, 154	o	

\* VvOCM-richtlijn beschikbaar over deze aandoening,

\*\* Oefentherapie + gedrag = oefentherapie en gedragsinterventie,

\*\*\* E = effectiviteit, KE = kosteneffectiviteit.

## Effectiviteitstabel eHealth interventies oefentherapie

Doelgroep	E/KE ***	Oefentherapie		Oefentherapie + gedrag **	
Diabetes (kind)	E	o		+	229
	KE	o		o	
Astma (kind)	E	o		+	229
	KE	o		o	
COPD	E	+	228	o	
	KE	o		o	
Parkinson	E	+	223	o	
	KE	o		o	
Chronische pijn	E	o		+	225, 227
	KE	o		+	221
Gezonde volwassenen	E	o		+	222
	KE	o		o	
Gezonde ouderen	E	+	224, 226	o	
	KE	o		o	

\* VvOCM-richtlijn beschikbaar over deze aandoening

\*\* Oefentherapie + gedrag = oefentherapie en gedragsinterventie

\*\*\* E = effectiviteit, KE = kosteneffectiviteit

## Bijlage 2: Vraagstellingen voor het literatuuronderzoek

### **Kinderen:**

Wat is de (kosten)effectiviteit van motorisch leren/exercise therapy/gedragsinterventies/functioneel oefenen/graded activity op:

1. ADL/vaardigheden/participatie
2. Motorisch zelfbeeld en self-efficacy

### **Volwassenen:**

Wat is de (kosten)effectiviteit van exercise therapy/gedragsinterventies/functioneel oefenen/graded activity op:

3. ADL/vaardigheden/participatie
4. Pijn
5. Kwaliteit van leven
6. Self-efficacy

### **Ouderen:**

Wat is de (kosten)effectiviteit van functioneel oefenen/exercise therapy/gedragsinterventies op

7. ADL/vaardigheden valrisico
8. Self-efficacy
9. Pijn

Wat is de (kosten)effectiviteit van exercise therapy/gedragsinterventies/psychosociale interventie/psychosomatische oefentherapie op:

10. Kwaliteit van leven

### **De precieze vragen:**

#### **Kinderen**

1. Wat is de (kosten)effectiviteit van motorisch leren/exercise therapy/gedragsinterventies/ functioneel oefenen/graded activity op ADL/vaardigheden/participatie bij kinderen?
2. Wat is de (kosten)effectiviteit van motorisch leren/exercise therapy/gedragsinterventies/ functioneel oefenen/graded activity op het motorisch zelfbeeld en self-efficacy bij kinderen?

#### **Volwassenen**

3. Wat is de (kosten)effectiviteit van exercise therapy/gedragsinterventies/functioneel oefenen/ graded activity op ADL/vaardigheden/participatie?
4. Wat is de (kosten)effectiviteit van exercise therapy/gedragsinterventies/graded activity/functioneel oefenen op pijn?
5. Wat is de (kosten)effectiviteit van exercise therapy/gedragsinterventies/graded activity/functioneel oefenen op kwaliteit van leven?
6. Wat is de (kosten)effectiviteit van exercise therapy/gedragsinterventies/graded activity/functioneel oefenen op self-efficacy?

#### **Ouderen**

7. Wat is de (kosten)effectiviteit van functioneel oefenen/exercise therapy/gedragsinterventies op ADL/vaardigheden/valrisico?
8. Wat is de (kosten)effectiviteit van functioneel oefenen/exercise therapy/gedragsinterventies op self-efficacy?
9. Wat is de (kosten)effectiviteit van functioneel oefenen/exercise therapy/gedragsinterventies op pijn?
10. Wat is de (kosten)effectiviteit van exercise therapy/gedragsinterventies/psychosociale interventie/psychosomatische oefentherapie op de kwaliteit van leven?



## Bijlage 3: Literatuurlijst

### Algemeen

A. Poelgeest, J. Noordstar, M. Mares, P. LuijnenburgKroes en M. Balm, Gezond bewegen kun je leren, Den Haag: Boom Lemma, 2010.

H. Bussmann, R. van den Berg-Emons en Stam.H., „Beweeggedrag van patiënten met chronische fysieke condities,” Nederlands Tijdschrift voor Revalidatiegeneeskunde, vol. 2011/1, pp. 5-12, 2011.

J. Prochaska, C. DiClemente en J. Norcross, „In search of how people change: Applications to addictive behaviors,” American Psychologist, pp. 47(9) 1102-1114, 1992.

World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO; 2001.

### Evidence tabel

1. Aas RW, Tuntland H, Holte KA, Røe C, Lund T, Marklund S, Moller A. Workplace interventions for neck pain in workers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Apr 13;(4):CD008160.
2. Ada L, Dorsch S, Canning CG. Strengthening interventions increase strength and improve activity after stroke: a systematic review. *Aust J Physiother.* 2006;52(4):241-8.
3. Aiello KD, Caughey WG, Nelluri B, Sharma A, Mookadam F, Mookadam M. Effect of exercise training on sleep apnea: A systematic review and meta-analysis. *Respir Med.* 2016 Jul;116:85-92.
4. Ainpradub K, Sitthipornvorakul E, Janwantanakul P, van der Beek AJ. Effect of education on non-specific neck and low back pain: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Man Ther.* 2016 Apr;22:31-41.
5. Alperstein D, Sharpe L. The Efficacy of Motivational Interviewing in Adults With Chronic Pain: A Meta-Analysis and Systematic Review. *J Pain.* 2016 Apr;17(4):393-403.
6. Anheyer D, Haller H, Barth J, Lauche R, Dobos G, Cramer H. Mindfulness-Based Stress Reduction for Treating Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2017 Jun 6;166(11):799-807.
7. Arpino C, Vescio MF, De Luca A, Curatolo P. Efficacy of intensive versus nonintensive physiotherapy in children with cerebral palsy: a meta-analysis. *Int J Rehabil Res.* 2010 Jun;33(2):165-71.
8. Asselt AD van, Nicolaï SP, Joore MA, Prins MH, Teijink JA; Exercise Therapy in Peripheral Arterial Disease Study Group. Cost-effectiveness of exercise therapy in patients with intermittent claudication: supervised exercise therapy versus a 'go home and walk' advice. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2011 Jan;41(1):97-103. (Kosteneffectiviteit)
9. Ayeleke RO, Hay-Smith EJ, Omar MI. Pelvic floor muscle training added to another active treatment versus the same active treatment alone for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Nov 3;(11):CD010551.
10. Bawa FL, Mercer SW, Atherton RJ, Clague F, Keen A, Scott NW, Bond CM. Does mindfulness improve outcomes in patients with chronic pain? Systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract.* 2015 Jun;65(635):e387-400.
11. Behringer M, Vom Heede A, Matthews M, Mester J. Effects of strength training on motor performance skills in children and adolescents: a meta-analysis. *Pediatr Exerc Sci.* 2011 May;23(2):186-206. Review. PubMed PMID: 21633132.
12. Bennell KL, Ahamed Y, Jull G, Bryant C, Hunt MA, Forbes AB, Kasza J, Akram M, Metcalf

- B, Harris A, Egerton T, Kenardy JA, Nicholas MK, Keefe FJ. Physical Therapist-Delivered Pain Coping Skills Training and Exercise for Knee Osteoarthritis: Randomized Controlled Trial. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2016 May;68(5):590-602 (kosteneffectiviteit)
13. Bennett MI, Bagnall AM, José Closs S. How effective are patient-based educational interventions in the management of cancer pain? Systematic review and meta-analysis. *Pain*. 2009 Jun;143(3):192-9.
  14. Bennett S, Pigott A, Beller EM, Haines T, Meredith P, Delaney C. Educational interventions for the management of cancer-related fatigue in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Nov 24;11:CD008144.
  15. Bernaards CM, Bosmans JE, Hildebrandt VH, van Tulder MW, Heymans MW. The cost-effectiveness of a lifestyle physical activity intervention in addition to a work style intervention on recovery from neck and upper limb symptoms and pain reduction in computer workers. *Occup Environ Med*. 2011 Apr;68(4):265-72. (kosteneffectiviteit)
  16. Bernardy K, Klose P, Busch AJ, Choy EH, Häuser W. Cognitive behavioural therapies for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Sep 10;(9):CD009796.
  17. Bertozzi L, Gardenghi I, Turoni F, Villafañe JH, Capra F, Guccione AA, Pillastrini P. Effect of therapeutic exercise on pain and disability in the management of chronic nonspecific neck pain: systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Phys Ther*. 2013 Aug;93(8):1026-36.
  18. Beumer L, Wong J, Warden SJ, Kemp JL, Foster P, Crossley KM. Effects of exercise and manual therapy on pain associated with hip osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med*. 2016 Apr;50(8):458-63.
  19. Biddle SJ, Braithwaite R, Pearson N. The effectiveness of interventions to increase physical activity among young girls: a meta-analysis. *Prev Med*. 2014 May;62:119-31.
  20. Bidonde J, Busch AJ, Schachter CL, Overend TJ, Kim SY, Góes SM, Boden C, Foulds HJ. Aerobic exercise training for adults with fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jun 21;6:CD012700.
  21. Boer AG de, Taskila TK, Tamminga SJ, Feuerstein M, Frings-Dresen MH, Verbeek JH. Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Sep 25;(9):CD007569.
  22. Bosmans JE, Pool JJ, de Vet HC, van Tulder MW, Ostelo RW. Is behavioral graded activity cost-effective in comparison with manual therapy for patients with subacute neck pain? An economic evaluation alongside a randomized clinical trial. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2011 Aug 15;36(18):E1179-86. (Kosteneffectiviteit)
  23. Boyers D, McNamee P, Clarke A, Jones D, Martin D, Schofield P, Smith BH. Cost-effectiveness of self-management methods for the treatment of chronic pain in an aging adult population: a systematic review of the literature. *Clin J Pain*. 2013 Apr;29(4):366-75. (kosteneffectiviteit)
  24. Braam KI, van der Torre P, Takken T, Veening MA, van Dulmen-den Broeder E, Kaspers GJ. Physical exercise training interventions for children and young adults during and after treatment for childhood cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Mar 31;3:CD008796.
  25. Brand E, Nyland J, Henzman C, McGinnis M. Arthritis self-efficacy scale scores in knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis comparing arthritis self-management education with or without exercise. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2013 Dec;43(12):895-910.
  26. Bruder AM, Shields N, Dodd KJ, Taylor NF. Prescribed exercise programs may not be effective in reducing impairments and improving activity during upper limb fracture rehabilitation: a systematic review. *J Physiother*. 2017 Oct;63(4):205-220.
  27. Burgess E, Hassmén P, Welvaert M, Pumpa KL. Behavioural treatment strategies improve adherence to lifestyle intervention programmes in adults with obesity: a systematic review and meta-analysis. *Clin Obes*. 2017 Apr;7(2):105-114.
  28. Burton E, Cavalheri V, Adams R, Browne CO, Boverly-Spencer P, Fenton AM, Campbell

- BW, Hill KD. Effectiveness of exercise programs to reduce falls in older people with dementia living in the community: a systematic review and meta-analysis. *Clin Interv Aging*. 2015 Feb 9;10:421-34.
29. Busch AJ, Webber SC, Richards RS, Bidonde J, Schachter CL, Schafer LA, Danyliw A, Sawant A, Dal Bello-Haas V, Rader T, Overend TJ. Resistance exercise training for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Dec 20;(12):CD010884.
30. Busch H, Bodin L, Bergström G, Jensen IB. Patterns of sickness absence a decade after pain-related multidisciplinary rehabilitation. *Pain*. 2011 Aug;152(8):1727-33. (Kosteneffektiviteit)
31. Carnes D, Homer KE, Miles CL, Pincus T, Underwood M, Rahman A, Taylor SJ. Effective delivery styles and content for self-management interventions for chronic musculoskeletal pain: a systematic literature review. *Clin J Pain*. 2012 May;28(4):344-54.
32. Carvalho AP, Vital FM, Soares BG. Exercise interventions for shoulder dysfunction in patients treated for head and neck cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Apr 18;(4):CD008693.
33. Cavalheri V, Tahirah F, Nonoyama M, Jenkins S, Hill K. Exercise training undertaken by people within 12 months of lung resection for non-small cell lung cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jul 31;(7):CD009955.
34. Charalampopoulos D, Hesketh KR, Amin R, Paes VM, Viner RM, Stephenson T. Psycho-educational interventions for children and young people with Type 1 Diabetes in the UK: How effective are they? A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017 Jun 30;12(6):e0179685.
35. Cheng KKF, Lim YTE, Koh ZM, Tam WWS. Home-based multidimensional survivorship programmes for breast cancer survivors. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Aug 24;8:CD011152.
36. Choi BK, Verbeek JH, Tam WW, Jiang JY. Exercises for prevention of recurrences of low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Jan 20;(1):CD006555.
37. Chou CH, Hwang CL, Wu YT. Effect of exercise on physical function, daily living activities, and quality of life in the frail older adults: a meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil*. 2012 Feb;93(2):237-44.
38. Clarkson P, Davies L, Jasper R, Loynes N, Challis D; Home Support in Dementia (HoSt-D) Programme Management Group. A Systematic Review of the Economic Evidence for Home Support Interventions in Dementia. *Value Health*. 2017 Sep;20(8):1198-1209 (Kosteneffektiviteit).
39. Conn VS, Hafdahl AR, Moore SM, Nielsen PJ, Brown LM. Meta-analysis of interventions to increase physical activity among cardiac subjects. *Int J Cardiol*. 2009 Apr 17;133(3):307-20.
40. Conn VS, Hafdahl AR, Brown SA, Brown LM. Meta-analysis of patient education interventions to increase physical activity among chronically ill adults. *Patient Educ Couns*. 2008 Feb;70(2):157-72.
41. Conn VS, Hafdahl AR, Minor MA, Nielsen PJ. Physical activity interventions among adults with arthritis: meta-analysis of outcomes. *Semin Arthritis Rheum*. 2008 Apr;37(5):307-16.
42. Corbetta D, Sirtori V, Castellini G, Moja L, Gatti R. Constraint-induced movement therapy for upper extremities in people with stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Oct 8;(10):CD004433.
43. Coupar F, Pollock A, Legg LA, Sackley C, van Vliet P. Home-based therapy programmes for upper limb functional recovery following stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 May 16;(5):CD006755.
44. Coupar F, Pollock A, van Wijck F, Morris J, Langhorne P. Simultaneous bilateral training for improving arm function after stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Apr 14;(4):CD006432.
45. Critchley DJ, Ratcliffe J, Noonan S, Jones RH, Hurley MV. Effectiveness and cost-effectiveness of three types of physiotherapy used to reduce chronic low back pain disability: a pragma-

- tic randomized trial with economic evaluation. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2007 Jun 15;32(14):1474-81. (Kosteneffectiviteit)
46. Dal Bello-Haas V, Florence JM. Therapeutic exercise for people with amyotrophic lateral sclerosis or motor neuron disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 May 31;(5):CD005229.
47. Dale MT, McKeough ZJ, Troosters T, Bye P, Alison JA. Exercise training to improve exercise capacity and quality of life in people with non-malignant dust-related respiratory diseases. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Nov 5;(11):CD009385.
48. Dang W, Yi A, Jhamnani S, Wang SY. Cost-Effectiveness of Multidisciplinary Management Program and Exercise Training Program in Heart Failure. *Am J Cardiol*. 2017 Oct 15;120(8):1338-1343 (Kosteneffectiviteit).
49. Davis JC, Marra CA, Robertson MC, Khan KM, Najafzadeh M, Ashe MC, Liu-Ambrose T. Economic evaluation of dose-response resistance training in older women: a cost-effectiveness and cost-utility analysis. *Osteoporos Int*. 2011 May;22(5):1355-66. (Kosteneffectiviteit)
50. Dessel N van, den Boeft M, van der Wouden JC, Kleinstäuber M, Leone SS, Terluin B, Nuijman ME, van der Horst HE, van Marwijk H. Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Nov 1;(11):CD011142.
51. Dickerson SM, Weaver JM, Boyson AN, Thacker JA, Junak AA, Ritzline PD, Donaldson MB. The effectiveness of exercise therapy for temporomandibular dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Clin Rehabil*. 2017 Aug;31(8):1039-1048.
52. Dowman L, Hill CJ, Holland AE. Pulmonary rehabilitation for interstitial lung disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Oct 6;(10):CD006322.
53. Du S, Hu L, Dong J, Xu G, Chen X, Jin S, Zhang H, Yin H. Self-management program for chronic low back pain: A systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns*. 2017 Jan;100(1):37-49.
54. Du S, Yuan C, Xiao X, Chu J, Qiu Y, Qian H. Self-management programs for chronic musculoskeletal pain conditions: a systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns*. 2011 Dec;85(3):e299-310.
55. Dumoulin C, Hay-Smith EJ, Mac Habée-Séguin G. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 May 14;(5):CD005654.
56. Effing T, Kerstjens H, van der Valk P, Zielhuis G, van der Palen J. (Cost)-effectiveness of self-treatment of exacerbations on the severity of exacerbations in patients with COPD: the COPE II study. *Thorax*. 2009 Nov;64(11):956-62. (Kosteneffectiviteit)
57. El-Khoury F, Cassou B, Charles MA, Dargent-Molina P. The effect of fall prevention exercise programmes on fall induced injuries in community dwelling older adults: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2013 Oct 29;347:f6234.
58. English C, Hillier SL, Lynch EA. Circuit class therapy for improving mobility after stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jun 2;6:CD007513.
59. Fairhall N, Sherrington C, Clemson L, Cameron ID. Do exercise interventions designed to prevent falls affect participation in life roles? A systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*. 2011 Nov;40(6):666-74.
60. Farlie MK, Robins L, Haas R, Keating JL, Molloy E, Haines TP. Programme frequency, type, time and duration do not explain the effects of balance exercise in older adults: a systematic review with a meta-regression analysis. *Br J Sports Med*. 2018 Jan 25. pii: bjsports-2016-096874.
61. Fernandes L, Roos EM, Overgaard S, Villadsen A, Sogaard R. Supervised neuromuscular exercise prior to hip and knee replacement: 12-month clinical effect and cost-utility analysis alongside a randomised controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord*. 2017 Jan 6;18(1):5.
62. Fernandez M, Hartvigsen J, Ferreira ML, Refshauge KM, Machado AF, Lemes ÍR, Maher

- CG, Ferreira PH. Advice to Stay Active or Structured Exercise in the Management of Sciatica: A Systematic Review and Meta-analysis. *Spine (Phila Pa1976)*. 2015 Sep 15;40(18):1457-66.
63. Fisher E, Law E, Palermo TM, Eccleston C. Psychological therapies (remotely delivered) for the management of chronic and recurrent pijn in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Mar 23;(3):CD011118.
64. Forbes D, Forbes SC, Blake CM, Thiessen EJ, Forbes S. Exercise programs for people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Apr 15;(4):CD006489.
65. Foster C, Hillsdon M, Thorogood M. Interventions for promoting physical activity. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 Jan 25;(1):CD003180.
66. Franek J. Self-management support interventions for persons with chronic disease: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser*. 2013 Sep 1;13(9):1-60.
67. Fransen M, McConnell S, Harmer AR, Van der Esch M, Simic M, Bennell KL. Exercise for osteoarthritis of the knee. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jan 9;1:CD004376.
68. Fransen M, McConnell S, Hernandez-Molina G, Reichenbach S. Exercise for osteoarthritis of the hip. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Apr 22;(4):CD007912.
69. Fredericks S, Yau T. Clinical effectiveness of individual patient education in heart surgery patients: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 2017 Jan;65:44-53.
70. Frederix I, Hansen D, Coninx K, Vandervoort P, Vandijck D, Hens N, Van Craenenbroeck E, Van Driessche N, Dendale P. Effect of comprehensive cardiac telerehabilitation on one-year cardiovascular rehospitalization rate, medical costs and quality of life: A cost-effectiveness analysis. *Eur J Prev Cardiol*. 2016 May;23(7):674-82. (Kosteneffectiviteit)
71. French B, Leathley M, Sutton C, McAdam J, Thomas L, Forster A, Langhorne P, Price C, Walker A, Watkins C. A systematic review of repetitive functional task practice with modelling of resource use, costs and effectiveness. *Health Technol Assess*. 2008 Jul;12(30):iii, ix-x, 1-117.
72. French B, Thomas LH, Coupe J, McMahan NE, Connell L, Harrison J, Sutton CJ, Tishkovskaya S, Watkins CL. Repetitive task training for improving functional ability after stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Nov 14;11:CD006073
73. Furmaniak AC, Menig M, Markes MH. Exercise for women receiving adjuvant therapy for breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Sep 21;9:CD005001.
74. Geneen LJ, Martin DJ, Adams N, Clarke C, Dunbar M, Jones D, McNamee P, Schofield P, Smith BH. Effects of education to facilitate knowledge about chronic pain for adults: a systematic review with meta-analysis. *Syst Rev*. 2015 Oct 1;4:132.
75. Geraets JJ, Goossens ME, de Bruijn CP, de Groot IJ, Köke AJ, Pelt RA, Van der Heijden G, Dinant GJ, van den Heuvel WJ. Cost-effectiveness of a graded exercise therapy program for patients with chronic shoulder complaints. *Int J Technol Assess Health Care*. 2006 Winter;22(1):76-83. (Kosteneffectiviteit)
76. Ghazi C, Nyland J, Whaley R, Rogers T, Wera J, Henzman C. Social cognitive or learning theory use to improve self-efficacy in musculoskeletal rehabilitation: A systematic review and meta-analysis. *Physiother Theory Pract*. 2018 Jan 8:1-10.
77. Giangregorio LM, Macintyre NJ, Thabane L, Skidmore CJ, Papaioannou A. Exercise for improving outcomes after osteoporotic vertebral fracture. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jan 31;(1):CD008618.
78. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, Lamb SE. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Sep 12;(9):CD007146.
79. Giné-Garriga M, Roqué-Fíguls M, Coll-Planas L, Sitjà-Rabert M, Salvà A. Physical exercise interventions for improving performance-based measures of physical function in community-dwelling, frail older adults?: a systematic review and meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil*. 2014 Apr;95(4):753-769.e3.

80. Goossens ME, de Kinderen RJ, Leeuw M, de Jong JR, Ruijgrok J, Evers SM, Vlaeyen JW. Is exposure in vivo cost-effective for chronic low back pain? A trial-based economic evaluation. *BMC Health Serv Res.* 2015 Dec 14;15:549. (Kosteneffectiviteit)
81. Gordon LG, DiSipio T, Battistutta D, Yates P, Bashford J, Pyke C, Eakin E, Hayes SC. Cost-effectiveness of a pragmatic exercise intervention for women with breast cancer: results from a randomized controlled trial. *Psychooncology.* 2017 May;26(5):649-655.
82. Gordon LG, Scuffham P, Battistutta D, Graves N, Tweeddale M, Newman B. A cost-effectiveness analysis of two rehabilitation support services for women with breast cancer. *Breast Cancer Res Treat.* 2005 Nov;94(2):123-33. (Kosteneffectiviteit)
83. Gotink RA, Chu P, Busschbach JJ, Benson H, Fricchione GL, Hunink MG. Standardised mindfulness-based interventions in healthcare: an overview of systematic reviews and meta-analyses of RCTs. *PLoS One.* 2015 Apr 16;10(4):e0124344.
84. Graven C, Brock K, Hill K, Joubert L. Are rehabilitation and/or care co-ordination interventions delivered in the community effective in reducing depression, facilitating participation and improving quality of life after stroke? *Disabil Rehabil.* 2011;33(17-18):1501-20.
85. Greenwood J, McGregor A, Jones F, Mullane J, Hurley M. Rehabilitation Following Lumbar Fusion Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Spine (Phila Pa 1976).* 2016 Jan;41(1):E28-36.
86. Groessl EJ, Kaplan RM, Castro Sweet CM, Church T, Espeland MA, Gill TM, Glynn NW, King AC, Kritchevsky S, Manini T, McDermott MM, Reid KF, Rushing J, Pahor M; LIFE Study Group. Cost-effectiveness of the LIFE Physical Activity Intervention for Older Adults at Increased Risk for Mobility Disability. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2016 May;71(5):656-62. (Kosteneffectiviteit)
87. Gross A, Kay TM, Paquin JP, Blanchette S, Lalonde P, Christie T, Dupont G, Graham N, Burnie SJ, Gellay G, Goldsmith CH, Forget M, Hoving JL, Brønfort G, Santaguida PL; Cervical Overview Group. Exercises for mechanical neck disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Jan 28;1:CD004250.
88. Hassett L, Moseley AM, Harmer AR. Fitness training for cardiorespiratory conditioning after traumatic brain injury. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Dec 29;12:CD006123.
89. Haines TP, Sinnamon P, Wetzig NG, Lehman M, Walpole E, Pratt T, Smith A. Multimodal exercise improves quality of life of women being treated for breast cancer, but at what cost? Randomized trial with economic evaluation. *Breast Cancer Res Treat.* 2010 Nov;124(1):163-75.
90. Häuser W, Bernardy K, Arnold B, Offenbächer M, Schiltenswolf M. Efficacy of multicomponent treatment in fibromyalgia syndrome: a meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Arthritis Rheum.* 2009 Feb 15;61(2):216-24.
91. Hayden JA, van Tulder MW, Malmivaara A, Koes BW. Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005 Jul 20;3:CD000335.
92. Hayden JA, van Tulder MW, Tomlinson G. Systematic review: strategies for using exercise therapy to improve outcomes in chronic low back pain. *Ann Intern Med.* 2005 May 3;142(9):776-85.
93. Heijden RA van der, Lankhorst NE, van Linschoten R, Bierma-Zeinstra SM, van Middelkoop M. Exercise for treating patellofemoral pain syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Jan 20;1:CD010387.
94. Henschke N, Ostelo RW, van Tulder MW, Vlaeyen JW, Morley S, Assendelft WJ, Main CJ. Behavioural treatment for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Jul 7;7:CD002014.
95. Hernon MJ, Hall AM, O'Mahony JF, Normand C, Hurley DA. Systematic Review of Costs and Effects of Self-Management Interventions for Chronic Musculoskeletal Pain: Spotlight on Analytic Perspective and Outcomes Assessment. *Phys Ther.* 2017 Oct 1;97(10):998-1019. (koste-

neffectiviteit)

96. Hill KD, Hunter SW, Batchelor FA, Cavalheri V, Burton E. Individualized home-based exercise programs for older people to reduce falls and improve physical performance: A systematic review and meta-analysis. *Maturitas*. 2015 Sep;82(1):72-84.
97. Hilton L, Hempel S, Ewing BA, Apaydin E, Xenakis L, Newberry S, Colaiaco B, Maher AR, Shanman RM, Sorbero ME, Maglione MA. Mindfulness Meditation for Chronic Pain: Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Behav Med*. 2017 Apr;51(2):199-213.
98. Hoffman BM, Papas RK, Chatkoff DK, Kerns RD. Meta-analysis of psychological interventions for chronic lage back pain. *Health Psychol*. 2007 Jan;26(1):1-9.
99. Holland AE, Hill CJ, Jones AY, McDonald CF. Breathing exercises for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Oct 17;10:CD008250.
100. Hoogendoorn M, van Wetering CR, Schols AM, Rutten-van Mólken MP. Is INTERdisciplinary COMmunity-based COPD management (INTERCOM) cost-effective? *Eur Respir J*. 2010 Jan;35(1):79-87.
101. Howcroft M, Walters EH, Wood-Baker R, Walters JA. Action plans with brief patient education for exacerbations in chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Dec 19;12:CD005074.
102. Howe TE, Rochester L, Neil F, Skelton DA, Ballinger C. Exercise for improving balance in older people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Nov 9;(11):CD004963.
103. Jacobs-van der Bruggen MA, Bos G, Bemelmans WJ, Hoogenveen RT, Vijgen SM, Baan CA. Lifestyle interventions are cost-effective in people with different levels of diabetes risk: results from a modeling study. *Diabetes Care*. 2007 Jan;30(1):128-34. (kosteneffectiviteit)
104. Jensen C, Nielsen CV, Jensen OK, Petersen KD. Cost-effectiveness and cost-benefit analyses of a multidisciplinary intervention compared with a brief intervention to facilitate return to work in sick-listed patients with low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2013 Jun 1;38(13):1059-67. (kosteneffectiviteit)
105. Johnson RE, Jones GT, Wiles NJ, Chaddock C, Potter RG, Roberts C, Symmons DP, Watson PJ, Torgerson DJ, Macfarlane GJ. Active exercise, education, and cognitive behavioral therapy for persistent disabling low back pain: a randomized controlled trial. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2007 Jul 1;32(15):1578-85. (Kosteneffectiviteit)
106. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJ, Ostelo RW, Guzman J, van Tulder MW. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Sep 2;(9):CD000963.
107. Kemani MK, Olsson GL, Lekander M, Hesser H, Andersson E, Wicksell RK. Efficacy and Cost-effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Applied Relaxation for Longstanding Pain: A Randomized Controlled Trial. *Clin J Pain*. 2015 Nov;31(11):1004-16. (Kosteneffectiviteit)
108. Kendrick D, Kumar A, Carpenter H, Zijlstra GA, Skelton DA, Cook JR, Stevens Z, Belcher CM, Haworth D, Gawler SJ, Gage H, Masud T, Bowling A, Pearl M, Morris RW, Iliffe S, Delbaere K. Exercise for reducing fear of falling in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Nov 28;(11):CD009848.
109. Kindelan-Calvo P, Gil-Martínez A, Paris-Aleman A, Pardo-Montero J, Muñoz-García D, Angulo-Díaz-Parreño S, La Touche R. Effectiveness of therapeutic patient education for adults with migraine. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Pain Med*. 2014 Sep;15(9):1619-36.
110. Kroon FP, van der Burg LR, Buchbinder R, Osborne RH, Johnston RV, Pitt V. Self-management education programmes for osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Jan 15;(1):CD008963.
111. Kuntze G, Nesbitt C, Whittaker JL, Nettel-Aguirre A, Toomey C, Esau S, Doyle-Baker PK,

- Shank J, Brooks J, Benseler S, Emery CA. Exercise Therapy in Juvenile Idiopathic Arthritis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Arch Phys Med Rehabil*. 2018 Jan;99(1):178-193.e1.
112. Lahham A, McDonald CF, Holland AE. Exercise training alone or with the addition of activity counseling improves physical activity levels in COPD: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2016 Dec 8;11:3121-3136.
113. Lamb SE, Lall R, Hansen Z, Castelnuovo E, Withers EJ, Nichols V, Griffiths F, Potter R, Szczepura A, Underwood M; BeST trial group. A multicentred randomised controlled trial of a primary care-based cognitive behavioural programme for low back pain. The Back Skills Training (BeST) trial. *Health Technol Assess*. 2010 Aug;14(41):1-253 (Kosteneffectiviteit)
114. Lambert SD, Beatty L, McElduff P, Levesque JV, Lawsin C, Jacobsen P, Turner J, Girgis A. A systematic review and meta-analysis of written self-administered psychosocial interventions among adults with a physical illness. *Patient Educ Couns*. 2017 Dec;100(12):2200-2217.
115. Lane R, Harwood A, Watson L, Leng GC. Exercise for intermittent claudication. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Dec 26;12:CD000990.
116. Larun L, Brurberg KG, Odgaard-Jensen J, Price JR. Exercise therapy for chronic fatigue syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Apr 25;4:CD003200.
117. Leaver AM, Refshauge KM, Maher CG, McAuley JH. Conservative interventions provide korte termijn relief for non-specific neck pain: a systematic review. *J Physiother*. 2010;56(2):73-85.
118. Levack WM, Weatherall M, Hay-Smith EJ, Dean SG, McPherson K, Siegert RJ. Goal setting and strategies to enhance goal pursuit for adults with acquired disability participating in rehabilitation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jul 20;(7):CD009727.
119. Li WC, Chen YC, Yang RS, Tsauo JY. Effects of exercise programmes on quality of life in osteoporotic and osteopenic postmenopausal women: a systematic review and meta-analysis. *Clin Rehabil*. 2009 Oct;23(10):888-96.
120. Liddle SD, Pennick V. Interventions for preventing and treating low-back and pelvic pain during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Sep 30;(9):CD001139.
121. Liegl G, Boeckle M, Leitner A, Pieh C. A meta-analytic review of brief guided self-help education for chronic pain. *Eur J Pain*. 2016 Nov;20(10):1551-1562.
122. Liu CJ, Latham NK. Progressive resistance strength training for improving physical function in older adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Jul 8;(3):CD002759.
123. Logan SW, Robinson LE, Wilson AE, Lucas WA. Getting the fundamentals of movement: a meta-analysis of the effectiveness of motor skill interventions in children. *Child Care Health Dev*. 2012 May;38(3):305-15
124. Lucas BR, Elliott EJ, Coggan S, Pinto RZ, Jirikowic T, McCoy SW, Latimer J. Interventions to improve gross motor performance in children with neurodevelopmental disorders: a meta-analysis. *BMC Pediatr*. 2016 Nov 29;16(1):193.
125. Lunde LH, Nordhus IH, Pallesen S. The effectiveness of cognitive and behavioural treatment of chronic pain in the elderly: a quantitative review. *J Clin Psychol Med Settings*. 2009 Sep;16(3):254-62.
126. Marin TJ, Van Eerd D, Irvin E, Couban R, Koes BW, Malmivaara A, van Tulder MW, Kamper SJ. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jun 28;6:CD002193.
127. Martin A, Fitzsimons C, Jepson R, Saunders DH, van der Ploeg HP, Teixeira PJ, Gray CM, Mutrie N; EuroFIT consortium. Interventions with potential to reduce sedentary time in adults: systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med*. 2015 Aug;49(16):1056-63.
128. May AM, Bosch MJ, Velthuis MJ, van der Wall E, Steins Bisschop CN, Los M, Erdkamp F, Bloemendal HJ, de Roos MA, Verhaar M, Ten Bokkel Huinink D, Peeters PH, de Wit GA. Cost-effectiveness analysis of an 18-week exercise programme for patients with breast and



- colon cancer undergoing adjuvant chemotherapy: the randomised PACT study. *BMJ Open*. 2017 Mar;7(3):e012187.(Kosteneffectiviteit)
129. McBeth J, Prescott G, Scotland G, Lovell K, Keeley P, Hannaford P, McNamee P, Symons DP, Woby S, Gkazinou C, Beasley M, Macfarlane GJ. Cognitive behavior therapy, exercise, or both for treating chronic widespread pain. *Arch Intern Med*. 2012 Jan 9;172(1):48-57. (Kosteneffectiviteit)
130. McCabe C, McCann M, Brady AM. Computer and mobile technology interventions for self-management in chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 May 23;5:CD011425.
131. McCarthy B, Casey D, Devane D, Murphy K, Murphy E, Lacasse Y. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Feb 23;(2):CD003793.
132. McDonnell MN, Hillier SL. Vestibular rehabilitation for unilateral peripheral vestibular dysfunction. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jan 13;1:CD005397
133. McGregor AH, Probyn K, Cro S, Doré CJ, Burton AK, Balagué F, Pincus T, Fairbank J. Rehabilitation following surgery for lumbar spinal stenosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Dec 9;(12):CD009644.
134. McNeely ML, Campbell K, Ospina M, Rowe BH, Dabbs K, Klassen TP, Mackey J, Courneya K. Exercise interventions for upper-limb dysfunction due to breast cancer treatment. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Jun 16;(6):CD005211.
135. Mead E, Brown T, Rees K, Azevedo LB, Whittaker V, Jones D, Olajide J, Mainardi GM, Corpeleijn E, O'Malley C, Beardsmore E, Al-Khudairy L, Baur L, Metzendorf MI, Demaio A, Eills LJ. Diet, physical activity and behavioural interventions for the treatment of overweight or obese children from the age of 6 to 11 years. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jun 22;6:CD012651.
136. Mishra SI (a) , Scherer RW, Geigle PM, Berlanstein DR, Topaloglu O, Gotay CC, Snyder C. Exercise interventions on health-related quality of life for cancer survivors. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Aug 15;(8):CD007566.
137. Mishra SI (b), Scherer RW, Snyder C, Geigle PM, Berlanstein DR, Topaloglu O. Exercise interventions on health-related quality of life for people with cancer during active treatment. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Aug 15;(8):CD008465.
138. Miyahara M, Hillier SL, Pridham L, Nakagawa S. Task-oriented interventions for children with developmental co-ordination disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jul 31;7:CD010914.
139. Miyamoto GC, Franco KFM, van Dongen JM, Franco YRDS, de Oliveira NTB, Amaral DDV, Branco ANC, da Silva ML, van Tulder MW, Cabral CMN. Different doses of Pilates-based exercise therapy for chronic low back pain: a randomised controlled trial with economic evaluation. *Br J Sports Med*. 2018 Mar 10. pii: bjsports-2017-098825. (Kosteneffectiviteit)
140. Monticone M, Cedraschi C, Ambrosini E, Rocca B, Fiorentini R, Restelli M, Gianola S, Ferrante S, Zanolli G, Moja L. Cognitive-behavioural treatment for subacute and chronic neck pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 May 26;(5):CD010664.
141. Morgan PJ, Barnett LM, Cliff DP, Okely AD, Scott HA, Cohen KE, Lubans DR. Fundamental movement skill interventions in youth: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*. 2013 Nov;132(5):e1361-83.
142. Morris NR, Kermeen FD, Holland AE. Exercise-based rehabilitation programmes for pulmonary hypertension. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jan 19;1:CD011285.
143. Nestoriuc Y, Rief W, Martin A. Meta-analysis of biofeedback for tension-type headache: efficacy, specificity, and treatment moderators. *J Consult Clin Psychol*. 2008 Jun;76(3):379-96.
144. Nicolson PJA, Bennell KL, Dobson FL, Van Ginckel A, Holden MA, Hinman RS. Interventions to increase adherence to therapeutic exercise in older adults with low back pain and/

or hip/knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med.* 2017 May;51(10):791-799

145. O'Connor SR, Tully MA, Ryan B, Bleakley CM, Baxter GD, Bradley JM, McDonough SM. Walking exercise for chronic musculoskeletal pain: systematic review and meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil.* 2015 Apr;96(4):724-734.e3.

146. O'Halloran PD, Blackstock F, Shields N, Holland A, Iles R, Kingsley M, Bernhardt J, Lannin N, Morris ME, Taylor NF. Motivational interviewing to increase physical activity in people with chronic health conditions: a systematic review and meta-analysis. *Clin Rehabil.* 2014 Dec;28(12):1159-71.

147. Olander EK, Fletcher H, Williams S, Atkinson L, Turner A, French DP. What are the most effective techniques in changing obese individuals' physical activity self-efficacy and behaviour: a systematic review and meta-analysis. *IntJ Behav Nutr Phys Act.* 2013 Mar 3;10:29.

148. Oliveira CB, Franco MR, Maher CG, Christine Lin CW, Morelhão PK, Araújo AC, Negrão Filho RF, Pinto RZ. Physical Activity Interventions for Increasing Objectively Measured Physical Activity Levels in Patients With Chronic Musculoskeletal Pain: A Systematic Review. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2016

149. Oosterhuis T, Costa LO, Maher CG, de Vet HC, van Tulder MW, Ostelo RW. Rehabilitation after lumbar disc surgery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Mar 14;(3):CD003007.

150. Oosterhuis T, Ostelo RW, van Dongen JM, Peul WC, de Boer MR, Bosmans JE, Vleggeert-Lankamp CL, Arts MP, van Tulder MW. Early rehabilitation after lumbar disc surgery is not effective or cost-effective compared to no referral: a randomised trial and economic evaluation. *J Physiother.* 2017 Jul;63(3):144-153. (Kosteneffectiviteit)

151. Oppong R, Jowett S, Nicholls E, Whitehurst DG, Hill S, Hammond A, Hay EM, Dziedzic K. Joint protection and hand exercises for hand osteoarthritis: an economic evaluation comparing methods for the analysis of factorial trials. *Rheumatology (Oxford).* 2015 May;54(5):876-83. (Kosteneffectiviteit)

152. Orrow G, Kinmonth AL, Sanderson S, Sutton S. Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ.* 2012 Mar 26;344:e1389.

153. Østerås N, Kjekken I, Smedslund G, Moe RH, Slatkowsky-Christensen B, Uhlig T, Hagen KB. Exercise for hand osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Jan 31;1:CD010388.

154. Patil R, Kolu P, Raitanen J, Valvanne J, Kannus P, Karinkanta S, Sievänen H, Uusi-Rasi K. Cost-effectiveness of vitamin D supplementation and exercise in preventing injurious falls among older home-dwelling women: findings from an RCT. *Osteoporos Int.* 2016 Jan;27(1):193-201. (Kosteneffectiviteit)

155. Patnode CD, Evans CV, Senger CA, Redmond N, Lin JS. Behavioral Counseling to Promote a Healthful Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults Without Known Cardiovascular Disease Risk Factors: Updated Evidentie Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA.* 2017 Jul 11;318(2):175-193.

156. Pécourneau V, Degboé Y, Barnetche T, Cantagrel A, Constantin A, Ruyssen-Witrand A. Effectiveness of Exercise Programs in Ankylosing Spondylitis: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Arch Phys Med Rehabil.* 2018 Feb;99(2):383-389.e1.

157. Peytremann-Bridevaux I, Arditi C, Gex G, Bridevaux PO, Burnand B. Chronic disease management programmes for adults with asthma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 May 27;(5):CD007988.

158. Pinto D, Robertson MC, Hansen P, Abbott JH. Cost-effectiveness of nonpharmacologic, nonsurgical interventions for hip and/or knee osteoarthritis: systematic review. *Value Health.* 2012 Jan;15(1):1-12. (Kosteneffectiviteit)

159. Pollock 2014 A, Baer G, Campbell P, Choo PL, Forster A, Morris J, Pomeroy VM, Langhor-

ne P. Physical rehabilitation approaches for the recovery of function and mobility following stroke. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Apr 22;(4):CD001920.

160. Pollock 2014 A, Gray C, Culham E, Durward BR, Langhorne P. Interventions for improving sit-to-stand ability following stroke. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 May 26;(5):CD007232.

Poquet 2016;

161. Potter R, Ellard D, Rees K, Thorogood M. A systematic review of the effects of physical activity on physical functioning, quality of life and depression in older people with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2011 Oct;26(10):1000-11.

162. Puhan MA, Gimeno-Santos E, Cates CJ, Troosters T. Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Dec 8;12:CD005305.

163. Pulman J, Buckley E, Clark-Carter D. A meta-analysis evaluating the effectiveness of two different upper limb hemiparesis interventions on improving health-related quality of life following stroke. *Top Stroke Rehabil.* 2013 Mar-Apr;20(2):189-96.

164. Rao AK, Chou A, Bursley B, Smulofsky J, Jezequel J. Systematic review of the effects of exercise on activities of daily living in people with Alzheimer's disease. *American Journal of Occupational Therapy* 2014; 68: 50–56.

165. Ravesteijn H van, Grutters J, olde Hartman T, Lucassen P, Bor H, van Weel C, van der Wilt GJ, Speckens A. Mindfulness-based cognitive therapy for patients with medically unexplained symptoms: a cost-effectiveness study. *J Psychosom Res.* 2013 Mar;74(3):197-205. (Kosteneffectiviteit)

166. Reedman S, Boyd RN, Sakzewski L. The efficacy of interventions to increase physical activity participation of children with cerebral palsy: a systematic review and meta-analysis. *Dev Med Child Neurol.* 2017 Oct;59(10):1011-1018.

167. Regnaux JP, Lefevre-Colau MM, Trinquart L, Nguyen C, Boutron I, Brosseau L, Ravaud P. High-intensity versus low-intensity physical activity or exercise in people with hip or knee osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Oct 29;(10):CD010203.

168. Riemsma RP, Kirwan JR, Taal E, Rasker JJ. Patient education for adults with rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(2):CD003688.

169. Risom SS, Zwisler AD, Johansen PP, Sibillitz KL, Lindschou J, Gluud C, Taylor RS, Svendsen JH, Berg SK. Exercise-based cardiac rehabilitation for adults with atrial fibrillation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Feb 9;2:CD011197

170. Romé A, Persson U, Ekdahl C, Gard G. Physical activity on prescription (PAP): costs and consequences of a randomized, controlled trial in primary healthcare. *Scand J Prim Health Care.* 2009;27(4):216-22.(Kosteneffectiviteit)

171. Ryan JM, Cassidy EE, Noorduyt SG, O'Connell NE. Exercise interventions for cerebral palsy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Jun 11;6:CD011660.

172. Sakzewski L, Ziviani J, Boyd RN. Efficacy of upper limb therapies for unilateral cerebral palsy: a meta-analysis. *Pediatrics.* 2014 Jan;133(1):e175-204.

173. Samdal GB, Eide GE, Barth T, Williams G, Meland E. Effective behaviour change techniques for physical activity and healthy eating in overweight and obese adults; systematic review and meta-regression analyses. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2017 Mar 28;14(1):42.

174. Sampath KK, Mani R, Miyamori T, Tumilty S. The effects of manual therapy or exercise therapy or both in people with hip osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Clin Rehabil.* 2016 Dec;30(12):1141-1155.

175. Saragiotto BT, Maher CG, Yamato TP, Costa LO, Menezes Costa LC, Ostelo RW, Macedo LG. Motor control exercise for chronic non-specific low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Jan 8;(1):CD012004.

176. Schaafsma FG, Whelan K, van der Beek AJ, van der Es-Lambeek LC, Ojajärvi A, Verbeek

JH. Physical conditioning as part of a return to work strategy to reduce sickness absence for workers with back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Aug 30;(8):CD001822.

177. Schweikert B, Jacobi E, Seitz R, Cziske R, Ehlert A, Knab J, Leidl R. Effectiveness and cost-effectiveness of adding a cognitive behavioral treatment to the rehabilitation of chronic low back pain. *J Rheumatol.* 2006 Dec;33(12):2519-26. (Kosteneffectiviteit)

178. Scott DA, Mills M, Black A, Cantwell M, Campbell A, Cardwell CR, Porter S, Donnelly M. Multidimensional rehabilitation programmes for adult cancer survivors. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Mar 28;(3):CD007730.

179. Searle A, Spink M, Ho A, Chuter V. Exercise interventions for the treatment of chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clin Rehabil.* 2015 Dec;29(12):1155-67.

180. Semple C, Parahoo K, Norman A, McCaughan E, Humphris G, Mills M. Psychosocial interventions for patients with head and neck cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Jul 16;(7):CD009441.

181. Sevick MA, Napolitano MA, Papandonatos GD, Gordon AJ, Reiser LM, Marcus BH. Cost-effectiveness of alternative approaches for motivating activity in sedentary adults: results of Project STRIDE. *Prev Med.* 2007 Jul;45(1):54-61. (Kosteneffectiviteit)

182. Sisti LG, Dajko M, Campanella P, Shkurti E, Ricciardi W, de Waure C. The effect of multifactorial lifestyle interventions on cardiovascular risk factors: a systematic review and meta-analysis of trials conducted in the general population and high risk groups. *Prev Med.* 2017 Dec 29;109:82-97.

183. Smeets RJ, Severens JL, Beelen S, Vlaeyen JW, Knottnerus JA. More is not always better: cost-effectiveness analysis of combined, single behavioral and single physical rehabilitation programs for chronic low back pain. *Eur J Pain.* 2009 Jan;13(1):71-81. (Kosteneffectiviteit)

184. Smits-Engelsman BC, Blank R, van der Kaay AC, Mosterd-van der Meijis R, Vlugt-van den Brand E, Polatajko HJ, Wilson PH. Efficacy of interventions to improve motor performance in children with developmental coordination disorder: a combined systematic review and meta-analysis. *Dev Med Child Neurol.* 2013 Mar;55(3):229-37.

185. Sorinola IO, Powis I, White CM. Does additional exercise improve trunk function recovery in stroke patients? A meta-analysis. *NeuroRehabilitation.* 2014 Jan 1;35(2):205-13.

186. Stacey FG, James EL, Chapman K, Courneya KS, Lubans DR. A systematic review and meta-analysis of social cognitive theory-based physical activity and/or nutrition behavior change interventions for cancer survivors. *J Cancer Surviv.* 2015 Jun;9(2):305-38.

187. Steuri R, Sattelmayer M, Elsig S, Kolly C, Tal A, Taeymans J, Hilfiker R. Effectiveness of conservative interventions including exercise, manual therapy and medical management in adults with shoulder impingement: a systematic review and meta-analysis of RCTs. *Br J Sports Med.* 2017 Sep;51(18):1340-1347.

188. Steuten L, Palmer S, Vrijhoef B, van Merode F, Spreeuwenberg C, Severens H. Cost-utility of a disease management program for patients with asthma. *Int J Technol Assess Health Care.* 2007 Spring; 23(2):184-91. (Kosteneffectiviteit)

189. Sugimoto D, Bowen SL, Meehan WP 3rd, Stracciolini A. Effects of Neuromuscular Training on Children and Young Adults with Down Syndrome: Systematic Review and Meta-Analysis. *Res Dev Disabil.* 2016 Aug;55:197-206.

190. Takken T, van Brussel M, Engelbert RH, Van der Net J, Kuis W, Helders PJ. Exercise therapy in juvenile idiopathic arthritis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Apr 16;(2):CD005954.

191. Taylor RS, Sagar VA, Davies EJ, Briscoe S, Coats AJ, Dalal H, Lough F, Rees K, Singh S. Exercise-based rehabilitation for heart failure. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Apr 27;(4):CD003331. (ook voor kosteneffectiviteit)

192. Taylor SJ, Carnes D, Homer K, Kahan BC, Hounscome N, Eldridge S, Spencer A, Pincus T,

- Rahman A, Underwood M. Novel Three-Day, Community-Based, Nonpharmacological Group Intervention for Chronic Musculoskeletal Pain (COPERS): A Randomised Clinical Trial. *PLoS Med.* 2016 Jun 14;13(6):e1002040. (Kosteneffectiviteit)
193. Theadom A, Cropley M, Smith HE, Feigin VL, McPherson K. Mind and body therapy for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Apr 9;(4):CD001980.
194. Thomas S, Mackintosh S, Halbert J. Does the 'Otago exercise programme' reduce mortality and falls in older adults?: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing.* 2010 Nov;39(6):681-7.
195. Tinderholt Myrhaug H, Østensjø S, Larun L, Odgaard-Jensen J, Jahnsen R. Intensive training of motor function and functional skills among young children with cerebral palsy: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pediatr.* 2014 Dec 5;14:292.
196. Van Capelle A, Broderick CR, van Doorn N, E Ward R, Parmenter BJ. Interventions to improve fundamental motor skills in pre-school aged children: A systematic review and meta-analysis. *J Sci Med Sport.* 2017 Jul;20(7):658-666.
197. van der Heijden RA, Lankhorst NE, van Linschoten R, Bierma-Zeinstra SM, van Middelkoop M. Exercise for treating patellofemoral pain syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Jan 20;1:CD010387.
198. van Eijsden MD, Gerhards SA, de Bie RA, Severens JL. Cost-effectiveness of postural exercise therapy versus physiotherapy in computer screen-workers with early non-specific work-related upper limb disorders (WRULD); a randomized controlled trial. *Trials.* 2009 Nov 17;10:103. (Kosteneffectiviteit)
199. van Middelkoop M, Rubinstein SM, Verhagen AP, Ostelo RW, Koes BW, van Tulder MW. Exercise therapy for chronic nonspecific low-back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2010 Apr;24(2):193-204.
200. Van Peppen RP, Kortsmid M, Lindeman E, Kwakkel G. Effects of visual feedback therapy on postural control in bilateral standing after stroke: a systematic review. *J Rehabil Med.* 2006 Jan;38(1):3-9.
201. Veehof MM, Trompetter HR, Bohlmeijer ET, Schreurs KM. Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cogn Behav Ther.* 2016;45(1):5-31.
202. Verbeek JH, Martimo KP, Karppinen J, Kuijper PP, Viikari-Juntura E, Takala EP. Manual material handling advice and assistive devices for preventing and treating back pain in workers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Jun 15;(6):CD005958.
203. Verhagen AP, Bierma-Zeinstra SM, Burdorf A, Stynes SM, de Vet HC, Koes BW. Conservative interventions for treating work-related complaints of the arm, neck or shoulder in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Dec 12;(12):CD008742
204. Vries HJ de, Kooiman TJ, van Ittersum MW, van Brussel M, de Groot M. Do activity monitors increase physical activity in adults with overweight or obesity? A systematic review and meta-analysis. *Obesity (Silver Spring).* 2016 Oct;24(10):2078-91.
205. Vries JS de, Krips R, Sierevelt IN, Blankevoort L, van Dijk CN. Interventions for treating chronic ankle instability. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Aug 10;(8):CD004124.
206. Vries NM de, van Ravensberg CD, Hobbelen JS, Olde Rikkert MG, Staal JB, Nijhuis-van der Sanden MW. Effects of physical exercise therapy on mobility, physical functioning, physical activity and quality of life in community-dwelling older adults with impaired mobility, physical disability and/or multi-morbidity: a meta-analysis. *Ageing Res Rev.* 2012 Jan;11(1):136-49.
207. Vysniauske R, Verburch L, Oosterlaan J, Molendijk ML. The Effects of Physical Exercise on Functional Outcomes in the Treatment of ADHD: A Meta-Analysis. *J Atten Disord.* 2016 Feb 9. pii: 1087054715627489. [Epub ahead of print]
208. Wallis JA, Taylor NF. Pre-operative interventions (non-surgical and non-pharmacological)

for patients with hip or knee osteoarthritis awaiting joint replacement surgery--a systematic review and meta-analysis. *Osteoarthritis Cartilage*. 2011 Dec;19(12):1381-95.

209. Wang T, Tan JY, Xiao LD, Deng R. Effectiveness of disease-specific self-management education on health outcomes in patients with chronic obstructive pulmonary disease: An updated systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns*. 2017 Aug;100(8):1432-1446.

210. Wang XQ, Zheng JJ, Yu ZW, Bi X, Lou SJ, Liu J, Cai B, Hua YH, Wu M, Wei ML, Shen HM, Chen Y, Pan YJ, Xu GH, Chen PJ. A meta-analysis of core stability exercise versus general exercise for chronic low back pain. *PLoS One*. 2012;7(12):e52082.

211. Wick K, Leeger-Aschmann CS, Monn ND, Radtke T, Ott LV, Rebholz CE, Cruz S, Gerber N, Schmutz EA, Puder JJ, Munsch S, Kakebeeke TH, Jenni OG, Granacher U, Kriemler S. Interventions to Promote Fundamental Movement Skills in Childcare and Kindergarten: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sports Med*. 2017 Oct;47(10):2045-2068.

212. Williams AC, Eccleston C, Morley S. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Nov 14;11:CD007407.

213. Williams KS, Assassa RP, Gillies CL, Abrams KR, Turner DA, Shaw C, Haslam J, Mayne C, McGrother CW; Leicestershire MRC Incontinence Study Team. A randomized controlled trial of the effectiveness of pelvic floor therapies for urodynamic stress and mixed incontinence. *BJU Int*. 2006 Nov;98(5):1043-50. (Kosteneffectiviteit)

214. Williams SL, French DP. What are the most effective intervention techniques for changing physical activity self-efficacy and physical activity behaviour—and are they the same? *Health Educ Res*. 2011 Apr;26(2):308-22.

215. Wolf FM, Guevara JP, Grum CM, Clark NM, Cates CJ. Educational interventions for asthma in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(1):CD000326.

216. Wright A, Lloyd-Davies A, Williams S, Ellis R, Strike P. Individual active treatment combined with group exercise for acute and subacute low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2005 Jun 1;30(11):1235-41. (Kosteneffectiviteit)

217. Yamato TP, Maher CG, Saragiotto BT, Hancock MJ, Ostelo RW, Cabral CM, Menezes Costa LC, Costa LO. Pilates for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jul 2;(7):CD010265

218. Yu JJ, Sit CHP, Burnett AF. Motor Skill Interventions in Children with Developmental Coordination Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Arch Phys Med Rehabil*. 2018 Jan 9. pii: S0003-9993(18)30004-2. doi: 10.1016/j.apmr.2017.12.009. [Epub ahead of print]

219. Zwerink M, Brusse-Keizer M, van der Valk PD, Zielhuis GA, Monninkhof EM, van der Palen J, Frith PA, Effing T. Self management for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Mar 19;(3):CD002990

220. Zwerink M, Effing T, Kerstjens HA, van der Valk P, Brusse-Keizer M, Zielhuis G, van der Palen J. Cost-Effectiveness of a Community-Based Exercise Programme in COPD Self-Management. *COPD*. 2016;13(2):214-23. (Kosteneffectiviteit)

Evidence tabel eHealth:

221. de Boer MJ, Versteegen GJ, Vermeulen KM, Sanderman R, Struys MM. A randomized controlled trial of an Internet-based cognitive-behavioural intervention for non-specific chronic pain: an effectiveness and cost-effectiveness study. *Eur J Pain*. 2014 Nov;18(10):1440-51. (Kosteneffectiviteit)

222. Direito A, Carraça E, Rawstorn J, Whittaker R, Maddison R. mHealth Technologies to Influence Physical Activity and Sedentary Behaviors: Behavior Change Techniques, Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Ann Behav Med*. 2017 Apr;51(2):226-239.

223. Dockx K, Bekkers EM, Van den Bergh V, Ginis P, Rochester L, Hausdorff JM, Mirelman A, Nieuwboer A. Virtual reality for rehabilitation in Parkinson's disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Dec 21;12:CD010760.
224. Donath L, Rössler R, Faude O. Effects of Virtual Reality Training (Exergaming) Compared to Alternative Exercise Training and Passive Control on Standing Balance and Functional Mobility in Healthy Community-Dwelling Seniors: A Meta-Analytical Review. *Sports Med.* 2016 Sep;46(9):1293-309.
225. Eccleston C, Fisher E, Craig L, Duggan GB, Rosser BA, Keogh E. Psychological therapies (Internet-delivered) for the management of chronic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Feb 26;(2):CD010152.
226. Howes SC, Charles DK, Marley J, Pedlow K, McDonough SM. Gaming for Health: Systematic Review and Meta-analysis of the Physical and Cognitive Effects of Active Computer Gaming in Older Adults. *Phys Ther.* 2017 Dec 1;97(12):1122-1137.
227. Macea DD, Gajos K, Daglia Calil YA, Fregni F. The efficacy of Web-based cognitive behavioral interventions for chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *J Pain.* 2010 Oct;11(10):917-29
228. McCabe C, McCann M, Brady AM. Computer and mobile technology interventions for self-management in chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 May 23;5:CD011425.
229. Murray E, Burns J, See TS, Lai R, Nazareth I. Interactive Health Communication Applications for people with chronic disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005 Oct 19;(4):CD004274.

## Bijlage 4: Betrokken stakeholders in de ontwikkeling van de VvOCM kennisagenda

### Hoogleraren/lectoren en onderzoekers (N = 34)

Aline Broekema, MSc  
Dr. Annelies Pool-Goudzwaard  
Dr. Annieck Timmerman  
Dr. Arlette Hesselink  
Dr. Bart Visser  
Dr. Corelien Kloek  
Dr. Daniël Bossen  
Dr. Harriët Wittink  
Dr. Jan-Paul van Wingerden  
Dr. John Verhoef  
Dr. Katja Braam  
Dr. Leontien van Wely  
Dr. Matthijs Tuijt  
Dr. Michiel Punt  
Dr. Paul Kuijer  
Dr. Teddy Oosterhuis  
Dr. Tinus Jongert  
Dr. Vera Baadjou  
Dr. Wilfred Peter  
Dr. Yvonne Heerkens  
Els van Westrienen, PhD  
Jelle Kloth, MSc  
Manon Wentink, PhD  
Margreet Wortman, PhD  
Margriet van Dijk, PhD  
Meta Wildenbeest, MSc  
Paul Keessen, PhD  
Prof. Dr. Cindy Veenhof  
Prof. Dr. Joost Dekker  
Prof. Dr. Judith van Rosmalen  
Prof. Dr. Ria Nijhuis- van der Sanden  
Prof. Dr. Thea Vliet Vlieland  
Rosanne Kuijpers, MSc  
Thea Kooiman, PhD

### Commissies en Netwerken Oefentherapie (N = 13)

Artrose netwerk  
Commissie praktijk en wetenschap  
Houding Netwerk Nederland  
Landelijk Netwerk Chronische pijn  
Landelijk Netwerk Sportoefentherapie  
Netwerk hippische sportoefentherapie  
Platform Bekkenoefentherapie VvOCM  
Platform Kinderoefentherapie VvOCM  
Platform Psychosomatische oefentherapie VvOCM  
Rug-netwerk  
Slaapoefentherapie  
SlaapSlim  
Werkgroep Ouderen en chronisch zieken  
ZwangerTotaal/BekkenTotaal



**Beroepsorganisaties (N = 11)**

Ergotherapie Nederland (EN)  
Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)  
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)  
Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV)  
Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)  
Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH)  
Nederlandse Vereniging van mondhygiënist(en) (NVM)  
Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP)  
Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK)  
Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF)  
Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)

**Zorgverzekeraars (N = 5)**

DSW Zorgverzekeraar  
Menzis  
VGZ zorgverzekering  
Zilveren Kruis  
Zorgverzekeraars Nederland

**Patiëntenorganisaties (N = 5)**

Nationale Vereniging ReumaZorg  
Nederland Reumafonds  
Nederlands Centrum Jeugdgezondheid  
Nederlandse Organisaties Vrijwilligerswerk (NOV)  
Osteoporose Vereniging

**Overige organisaties (N = 7)**

ArtEZ conservatorium  
Commissie wetenschap en innovatie van de NOV  
Intramuralen  
Nederlands Paramedisch instituut (NPi)  
Netherlands Society of Parental and Enteral Nutrition (NESPEN)  
Wetenschappelijk College Fysiotherapie (WCF van het KNGF)  
Zit met Pit!

### Uitnodiging Kennisagenda Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck

Geachte mevrouw, heer,

Graag vragen we uw medewerking voor het opstellen van de Kennisagenda Oefentherapie van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM). Een oefentherapeut (Cesar/Mensendieck) is specialist in het aanleren van gezond beweeggedrag.

Om oefentherapie goed te positioneren is een wetenschappelijke onderbouwing van het oefentherapeutisch handelen essentieel. Het ontwikkelen van een kennisagenda is hiervoor een belangrijk middel. Een kennisagenda brengt namelijk in kaart waar nog wetenschappelijke onderbouwing nodig is, de zogenaamde kennishiaten.

We benaderen u, omdat we het belangrijk vinden dat iedereen die zich bezighoudt met onderzoek op het vlak van oefentherapie betrokken wordt bij het opstellen van deze kennisagenda. We nodigen u uit om in de online vragenlijst uw top 3 aan kennishiaten te formuleren op het gebied van oefentherapie vanuit uw perspectief en expertise. Mocht er iemand anders binnen uw organisatie zijn die (ook) in aanmerking komt voor het invullen van deze vragenlijst, stuur deze mail dan gerust door. Te denken valt aan onderzoekers in uw organisatie of leden van uw commissie/netwerk. Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 5 minuten.

We vragen u om uw kennishiaat volgens de PICO-structuur (patiënt, interventie, controle, uitkomst) te formuleren. Mocht u hier niet bekend mee zijn dan kunt u ook onderwerpen of doelgroepen aangeven in plaats van de pico-formulering. Als u klikt op onderstaande link of op de knop (onder dit bericht) dan wordt u doorverwezen naar de online vragenlijst.

[https://nl.surveymonkey.com/r/KennisagendaOefentherapie\\_VvOCM](https://nl.surveymonkey.com/r/KennisagendaOefentherapie_VvOCM)

U wordt verzocht uw top 3 (het mogen er ook minder zijn) te noteren vóór 8 maart 2018.

Heeft u vragen dan kunt u contact opnemen met Marleen Post: [marleen@vvocm.nl](mailto:marleen@vvocm.nl), 030-2625627. De werkgroep zal de reacties bespreken en gebruiken voor het opstellen van een lijst met kennishiaten om deze vervolgens tijdens een bijeenkomst op 25 april met alle belanghebbende te prioriteren.

Namens de Wetenschapsraad van de VvOCM alvast hartelijk dank voor uw reactie.  
Met vriendelijke groet,

Marleen Post MSc

Marleen Post | Beleidsmedewerker Professionaliteit & Wetenschap |  
Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck |  
Kaap Hoordreef 28 | 3563 AT Utrecht | 030-2625627 |  
[marleen@vvocm.nl](mailto:marleen@vvocm.nl) | [info@vvocm.nl](mailto:info@vvocm.nl) | [www.vvocm.nl](http://www.vvocm.nl) |

[Enquête starten](#)

Mogelijk gemaakt door:



## Bijlage 6: Kennishiaat inventarisatie onder stakeholders VvOCM

### Kennisagenda VvOCM

#### Algemene Informatie:

Ingevuld door (voor- en achternaam): \_\_\_\_\_

Naam organisatie (optioneel): \_\_\_\_\_

E-mail adres: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

Ik (of mijn lectoraat) ben momenteel bezig met onderzoek naar: \_\_\_\_\_

#### Kennishiaat 1

U kunt op de volgende pagina's aangeven wat volgens uw expertise en perspectief de top 3 aan kennishiaten zijn. Wilt u dit zoveel mogelijk doen door middel van een onderzoeksvraag volgens de PICO-structuur (patiënt, interventie, controlegroep en uitkomstmaat)? Mocht u niet bekend zijn met de PICO structuur wilt u dan bij de deelvragen aangeven wat voor u relevante doelgroepen en onderwerpen/interventies zijn? Als u de PICO-structuur hebt aangehouden dan kunt u deze vragen overslaan. U kunt uw vraag nog toelichten onder toelichting, ook is hier ruimte om aan te geven wat de urgentie en relevantie is van dit hiaat.

Kunt u daarnaast aangeven welke partners voor cofinanciering eventueel kunnen worden betrokken bij onderzoek naar het genoemde hiaat?

Kennishiaat 1 (schrijf hier uw onderzoeksvraag in de PICO-structuur):

\_\_\_\_\_

1A) (optioneel) Onder welke patiëntengroep is meer onderzoek nodig?

\_\_\_\_\_

1B) (optioneel) Naar welk oefentherapeutisch onderwerp/interventie is meer onderzoek nodig?

\_\_\_\_\_

Toelichting (wat is de urgentie en relevantie van dit hiaat):

Wat zijn belangrijke mogelijke partners/co-financiers bij onderzoek naar dit hiaat?

#### Kennishiaat 2

Kennishiaat 2 (schrijf hier uw onderzoeksvraag in de PICO-structuur):

2A) (optioneel) Onder welke patiëntengroep is meer onderzoek nodig?

\_\_\_\_\_

2B) (optioneel) Naar welk oefentherapeutisch onderwerp/interventie is meer onderzoek nodig? \_\_\_\_\_

Toelichting (wat is de urgentie en relevantie van dit hiaat):

Wat zijn belangrijke mogelijke partners/co-financiers bij onderzoek naar dit hiaat?

### **Kennishiaat 3**

Kennishiaat 3 (schrijf hier uw onderzoeksvraag in de PICO-structuur):

3A) (optioneel) Onder welke patiëntengroep is meer onderzoek nodig?

3B) (optioneel) Naar welk oefentherapeutisch onderwerp/interventie is meer onderzoek nodig? \_\_\_\_\_

Toelichting (wat is de urgentie en relevantie van dit hiaat):

Wat zijn belangrijke mogelijke partners/co-financiers bij onderzoek naar dit hiaat?

Tot slot: wilt u verder nog iets kwijt in het kader van de kennisagenda oefentherapie? Dan kunt u dat hieronder noteren

Hartelijk dank voor het invullen namens de Wetenschapsraad van de VvOCM.

Een officiële uitnodiging zult u nog ontvangen maar hierbij alvast een SAVE THE DATE!

### **Woensdagmiddag 25 april is de wetenschapsmiddag**

Voor deze middag worden alle betrokken partijen die input hebben geleverd uitgenodigd. Dan worden eerste resultaten getoond en gaan we gezamenlijk onderzoeksthema's vaststellen en een prioritering van de kennishiaten opstellen. Om zo tot vaststelling van de uiteindelijke kennisagenda oefentherapie te komen.

Door op de onderstaande knop "afsluiten" te klikken sluit u deze vragenlijst.

### Uitnodiging ontwikkeling kennisagenda's paramedische beroepen

Geachte mevrouw, heer,

Zes paramedische beroepsverenigingen zijn bezig om elk een kennisagenda op te stellen, waarvoor we graag uw medewerking vragen. Deze kennisagenda's zullen als leidraad dienen bij toekomstig wetenschappelijk onderzoek op het terrein van paramedische zorg.

Deze uitnodiging ontvangt u namens verschillende beroepsverenigingen. Hierin zijn de volgende beroepen vertegenwoordigd: Diëtetiek, Ergotherapie, Huidtherapie, Logopedie, Oefentherapie (Cesar en Mensendieck) en Podotherapie. Fysiotherapie is hierin niet meegenomen omdat zij al een kennisagenda hebben ontwikkeld, wel zal dit beroep worden meegenomen in het paramedisch onderzoeksprogramma van ZonMw. Een korte beschrijving van wat de 6 beroepen inhouden is onder dit bericht toegevoegd, dit kan u helpen bij het beantwoorden van de vragen per beroepsgroep.

De kennisagenda zal gebaseerd worden op een verzameling van kennishiaten die voor de dagelijkse praktijkvoering van paramedici en hun cliënten van belang zijn. Een kennishiaat kan worden beschreven als een onderwerp, doelgroep of (onderzoeks)vraag waar een tekort aan kennis over is en waar dus nog verder onderzoek naar nodig is.

Een belangrijk onderdeel voor het opstellen van een kennisagenda is het inventariseren van de kennishiaten onder diverse stakeholders zoals: patiëntenverenigingen, mantelzorgers, verwijzers (huisartsen, specialisten, etc.), verzekeraars, onderzoeksinstituten, en andere belanghebbenden. Daarvoor hebben we een korte vragenlijst opgesteld waarin wordt gevraagd naar de kennisproblemen op het terrein van de paramedische zorg.

Ook uw kennis en ervaring nemen we hierin graag mee. Daarom willen u vragen deze vragenlijst in te vullen. Hiermee zorgt u ervoor dat er bij het opstellen van de kennisagenda ook rekening wordt gehouden met uw achterban. Mocht er iemand anders binnen uw organisatie zijn die (ook) in aanmerking komt voor het invullen van deze vragenlijst, stuur deze mail dan gerust door. Als u klikt op onderstaande knop klikt dan wordt u doorverwezen naar de online-vragenlijst die bestaat uit 3 vragen.

Graag ontvangen uw antwoorden vóór 1 maart 2018.

Heeft u vragen dan kunt u contact opnemen met Marleen Post: [marleen@vvocm.nl](mailto:marleen@vvocm.nl), 030-2625627

Alvast hartelijk dank!

**Met vriendelijke groet,**

**Namens de werkgroep Kennisagenda Paramedische beroepen**  
**Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)**  
**Ergotherapie Nederland (EN)**  
**Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH)**  
**Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLFF)**  
**Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM)**  
**Nederlandse vereniging van Podotherapeuten (NVvP)**

## **Beschrijving van de paramedische beroepen:**

### **Diëtetiek**

Het handelen van de diëtist is afgestemd op de unieke situatie van de patiënt, consument of organisatie. Het primaire doel is het voorkomen, opheffen, verminderen en/of compenseren van met voeding samenhangende of door voeding beïnvloedbare stoornissen, beperkingen en participatieproblemen. De diëtist speelt in op de (veranderende zorg-)vraag en biedt ondersteuning bij zelfmanagement. De inzet is gericht op maatschappelijke participatie, arbeidsproductiviteit en zelfredzaamheid van patiënten en consumenten.

### **Ergotherapie**

Bij ergotherapie staat het handelen van de individuele mens centraal. Het handelen bevat alles wat mensen doen of waaraan ze meedoen (participeren); voor zichzelf en anderen zorgen (zorgen/ wonen) recreëren, ontspanning en sociale contacten (vrije tijd/ spel), deelnemen aan de maatschappij door onderwijs, arbeid of vrijwilligerswerk (werken/ leren). Door functies, vaardigheden en strategieën in een activiteit te trainen en effectief te leren inzetten, een andere manier van handelen aan te leren, een hulpmiddel te leren gebruiken, of door de activiteit of de omgeving aan te passen, stelt de ergotherapeut mensen in staat hun zelfstandigheid, draagkracht en kwaliteit van leven te behouden en te vergroten.

### **Huidtherapie**

De huid- en oedeemtherapeut is een paramedisch behandelaar die preventieve, curatieve en palliatieve zorg biedt zowel binnen de eerste- als tweedelijns gezondheidszorg. De huidtherapeut is werkzaam binnen het domein van de gezonde en zieke huid. Patiënten en consumenten van jong tot oud kunnen bij de huidtherapeut terecht met medische huidproblemen (van acne, oedeem, wond tot nazorg oncologische-chirurgische operaties) en wensen op het gebied van cosmetische huidverbeteringen. Daarnaast geeft de huid- en oedeemtherapeut informatie en adviezen aan patiënten en consumenten die lichamelijke en/of psychische klachten en beperkingen ervaren die samenhangen met hun huidaandoeningen.

### **Logopedie**

De logopedist is een specialist op het gebied van stem, spraak, taal, gehoor en slikken. Logopedisten diagnosticeren en behandelen stoornissen op deze gebieden en de met deze stoornissen samenhangende beperkingen (met name op het gebied van communicatie, eten en drinken) en participatieproblemen (volgen van opleiding, werk, hobby's), de persoonlijke factoren (leeftijd, leefstijl) en externe factoren (gezin, school, werkomstandigheden) die daarop van invloed zijn. Daardoor draagt de logopedist bij aan de kwaliteit van leven van de cliënt. Logopedisten houden zich behalve met diagnostiek en behandeling ook bezig met voorlichting, preventie, coaching en praktijkgericht onderzoek.

### **Oefentherapie (Cesar/Mensendieck)**

De oefentherapeut is specialist in het aanleren van gezond beweeggedrag. De therapie is gericht op het behandelen en voorkomen van klachten die kunnen ontstaan door een verkeerde houding en beweging tijdens dagelijkse activiteiten. Kenmerkend voor oefentherapie Cesar en Mensendieck is dat de oefentherapeut niet alleen kijkt naar de klacht zelf, maar vooral naar waar die klacht vandaan komt. Vaak heeft dit met houding en/of beweeggedrag te maken. Dit is de basis voor de behandeling waarin samen met de cliënt gewerkt wordt aan een verandering in houding en beweging zodat de klacht verdwijnt.

### **Podotherapie**

De podotherapeut behandelt personen met voetklachten of klachten aan het houdings- en bewegingssysteem, die voortvloeien uit een afwijkend functioneren en/of afwijkende stand van de voeten. Daarnaast betreft het werkdomein van de podotherapeut ook personen met (chronische) ziekten met een verhoogd risico op voetcomplicaties.

[Enquête starten](#)

## Bijlage 8: Kennishiaat inventarisatie onder stakeholders PPN-VvOCM

### Ontwikkeling Kennisagenda's paramedische beroepen

#### Algemene gegevens:

1. Naam organisatie: \_\_\_\_\_
2. Ingevuld door: \_\_\_\_\_
3. E-mailadres: \_\_\_\_\_
4. Telefoonnummer: \_\_\_\_\_
5. Ik geef toestemming om nogmaals benaderd te worden voor aanvullende vragen:  
Ja/nee

#### Specifieke vragen per beroepsgroep

De vragen hebben betrekking op de volgende paramedische beroepsgroepen: Diëtetiek, Ergotherapie, Huidtherapie, Logopedie, Oefentherapie (Cesar of Mensendieck) en Podotherapie. In de mail is kort beschreven wat iedere beroepsgroep inhoudt. Bij de eerste twee vragen wordt u gevraagd per beroep een top 3 aan te geven (voor onderwerpen en doelgroep), de laatste vraag gaat over paramedische zorg in het algemeen.

1. Geef per beroepsgroep uw top 3 van onderwerpen aan waar volgens u meer kennis over nodig is:

<b>Diëtetiek 1:</b>	
Diëtetiek 2:	
Diëtetiek 3:	
Ergotherapie 1:	
<b>Ergotherapie 2:</b>	
Ergotherapie 3:	
<b>Huidtherapie 1:</b>	
Huidtherapie 2:	
Huidtherapie 3:	
<b>Logopedie 1:</b>	
Logopedie 2:	
Logopedie 3:	
<b>Oefentherapie 1:</b>	
Oefentherapie 2:	
Oefentherapie 3:	
<b>Podotherapie 1:</b>	
Podotherapie 2:	
Podotherapie 3:	

2. Geef per beroepsgroep uw top 3 van doelgroepen aan waar volgens u meer kennis over nodig is:

<b>Diëtetiek 1:</b>	
Diëtetiek 2:	
Diëtetiek 3:	
Ergotherapie 1:	
<b>Ergotherapie 2:</b>	
Ergotherapie 3:	
<b>Huidtherapie 1:</b>	
Huidtherapie 2:	
Huidtherapie 3:	
<b>Logopedie 1:</b>	
Logopedie 2:	
Logopedie 3:	
<b>Oefentherapie 1:</b>	
Oefentherapie 2:	
Oefentherapie 3:	
<b>Podotherapie 1:</b>	
Podotherapie 2:	
Podotherapie 3:	

### **Algemene paramedische zorg vraag**

3. Waar is volgens u meer kennis over nodig op het gebied van paramedische zorg in het algemeen?

Hartelijk dank voor het invullen namens de betrokken beroepsverenigingen:

Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)

Ergotherapie Nederland (EN)

Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH)

Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF)

Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM)

Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP)



## Bijlage 9: Overzicht aangeleverde kennishiaten

Nr.	Vraag	Thema
1	Wat is de meerwaarde van oefentherapeutische interventies op het verhogen van therapietrouw en het beklijven van therapie-effecten op lange termijn?	1
2	Wat maakt het verschil in oefentherapie op basis van Cesar en Mensendieck ten opzichte van oefentherapie door de fysiotherapeut?	1
3	Welke interventies zijn effectief om fysieke activiteit van kwetsbare groepen (lage ses, thuiswonende ouderen, chronisch zieken) te vergroten?	1
4	Hoe kan de oefentherapeut ervoor zorgen dat mensen, ook na een interventie, duurzaam (blijven) bewegen/fysiek actief blijven?	1
5	Is de attitude ten aanzien van pijn een determinant van de veranderingen in beweeggedrag van de romp bij lage rugpijn?	1
6	Welke factoren spelen een belemmerende of bevorderende rol bij het begeleiden van veranderingen ten aanzien van beweeggedrag? Uitkomsten: patiëntervaringen, therapeutervaringen, wellicht observaties?	1
7	Hoe verandert het beweeggedrag van de romp bij (dreigende) pijnprovocatie en (dreigend) verlies van controle bij gezonde personen en lage rugpijn-patiënten?	1
8	Wat zijn valide meetinstrumenten voor therapietrouw gericht op gedragsverandering?	1
9	Wat zijn de kenmerken van patiënten die baat hebben bij oefentherapie?	1
10	Wat zijn de kenmerken van SOLK patiënten die wel en geen baat hebben bij (psychosomatische) oefentherapie?	1
11	Wat zijn valide/betrouwbare meetinstrumenten voor belastbaarheid bij artrose?	1
12	Welke meetinstrumenten staan de oefentherapeut ter beschikking om vrouwen en mannen met Luts valide en betrouwbaar te onderzoeken?	1
13	Wat is de impact van een (ruggenwervel)fracturen op houding en bewegen?	1
14	Wat is de invloed van houding op daadwerkelijk scheefgroeien van rug?	1
15	Welke botversterkende oefeningen/programma zijn van belang voor het behoud van skelet- en bewegingsapparaat?	1
16	Welke patiëntkenmerken zijn gerelateerd aan de effecten bij oefentherapie Cesar/Mensendieck?	1
17	Wat zijn effectieve interventies voor het veranderen van (beweeg)gedrag?	1,2
18	Zijn additionele interventies gericht op gedragsverandering gegeven door een oefentherapeut effectief?	1,2
19	In hoeverre wordt er op dit moment gebruik gemaakt van gedragveranderingstechnieken (BCT's) binnen de oefentherapie voor patiënten met een chronische aandoening, is dit effectief, en in hoeverre is dit te verbeteren met behulp van een scholing?	1,2
20	Vergroot oefentherapie de zelfstandigheid bij ouderen?	1,2
21	Wat zijn lange termijn effecten van oefentherapie (gegeven door een oefentherapeut Cesar/Mensendieck)?	1,2

22	Welke interventies gebaseerd op theorieën m.b.t. gedragsverandering (bv theory of planned behavior) zijn (kosten)effectief om therapietrouw te vergroten bij chronische aandoeningen? Uitkomsten: functioneren cq functionele status.	1,2
23	Is een behandeling gericht op gedragsverandering effectiever dan vergroten van fysieke belastbaarheid bij chronische lagere rugklachten?	1,2
24	Wat zijn de effectieve elementen van oefentherapie?	1,2
25	Zijn de veranderingen in beweeggedrag van de romp bij (dreigende) pijnprovocatie en (dreigend) verlies van controle verschillend tussen gezonde personen en patiënten met terugkerende en chronische lage rugpijn?	1,2
26	Wat is de effectiviteit van beweegtherapie in de eerste lijn voor COPD/hart- en vaatziekten (HVZ)/diabetes mellitus (DM)?	1,2
27	Zijn er (m.b.t. beweegtherapie) verschillen tussen COPD/hart- en vaatziekten (HVZ)/diabetes mellitus (DM)?	1,2
28	Wanneer is aanvullend onderzoek geïndiceerd (voor COPD/hart- en vaatziekten (HVZ)/diabetes mellitus (DM))?	1,2
29	Welk aanvullende onderzoek is geïndiceerd (voor COPD/HVZ/DM) om de veiligheid van beweegtherapie in de eerste lijn te waarborgen?	1,2
30	Wat is het effect van het aanpassen beweging/houding op klachten/ter voorkomen blessures?	1,2
31	Wat is een effectieve oefentherapeutische interventie voor valpreventie?	1,2
32	Wat is nodig voor lange termijn effecten van oefentherapie om gedragsverandering te bereiken bij de cliënt?	1,2
33	Is het chronisch pijn protocol effectief bij patiënten jonger dan 18 jaar?	1,2
34	Welke mechanismen in de oefentherapie zorgen ervoor dat het effect langer behouden blijft?	1,2
35	Wat is het psychologische effect van oefentherapeutische behandelingen?	1,2
36	Welke prognostische factoren kan de oefentherapeut identificeren voor terugval na beroerte?	2
37	Wat is effectiever standaardisatie of een behandeling op maat?	2
38	Hoe kan de oefentherapeut arbeidsparticipatie nog meer integreren in het klinisch redeneren?	2
39	Wat zijn de resultaten bij het handelen volgens het chronisch pijn protocol en voor welk type patiënt (met welke karakteristieken) is dit het best toepasbaar?	2
40	Is er een causaal verband tussen de mate van beeldschermgebruik en pijnklachten bij kinderen in de basisschoolleeftijd?	2
41	Wat is de kosten-effectiviteit van kortdurende, intermitterende oefentherapie/beweegadviezen in combinatie met overige leefstijladvisering bij patiënten met inflammatoire reumatische aandoeningen (RA en AxSpA)?	2
42	Is trainen van activiteiten door een oefentherapeut effectiever dan afwachtend beleid door de huisarts bij Lage rugpijn/KANS?	2
43	Wat is het effect van oefentherapie op een vermindering in (medische en niet-medische) kosten in vergelijking met reguliere zorg bij patiënten met een chronische aandoening zoals COPD, hart- en vaatziekten, osteoporose en kanker en bij kwetsbare ouderen?	2

44	Vergroot kinderoefentherapie/motorisch leren de zelfstandigheid in ADL bij kinderen (met DCD).	2
45	Is pijneducatie gegeven door (psychosomatische) oefentherapeuten (kosten)effectief bij chronische pijn patiënten? Uitkomsten: pijn en functioneren, secundair kennis over pijn. Patiëntengroepen: o.a. chronische rug& nekklachten, failed back surgery, pre/post operatief wervelkolomoperatie.	2
46	Wat is de effectiviteit van kinderoefentherapie?	2
47	Hoeveel sessies oefentherapie zijn noodzakelijk?	2
48	Wat is het effect van optimale oefentherapie op het bewegend functioneren (vermindering in beperkingen in dagelijkse activiteiten en participatie) in vergelijking met reguliere zorg bij patiëntgroepen waarbij dit nog onvoldoende aangetoond is, zoals patiënten met chronische pijn, dementie, reumatoïde artritis, axiale spondyloartritis, schouderklachten, en elleboogklachten?	2
49	Wat is het effect van behandeling gericht op verminderen van overmatige controle, met vermijding van pijnprovocatie op het beloop van chronische lage rugpijn?	2
50	Wat is het effect van een groepstraining waarin copingtechnieken, ademhaling en ontspanning, algemene gezondheid en omgaan met klachten centraal staan, bij patiënten met chronische (pijn)klachten?	2
51	Vergroot oefentherapie de kwaliteit van leven bij volwassenen (met musculoskeletale pijn)?	2
52	Wat is de kosten-effectiviteit van oefentherapie bij SOLK, en wat zijn de werkzame elementen van oefentherapie voor SOLK?	2
53	Wat is het effect van oefentherapie op het bewegend functioneren (vermindering in beperkingen in dagelijkse activiteiten en participatie) in vergelijking met reguliere zorg bij complexe, kwetsbare patiënten (bv. vanwege multimorbiditeit, fragiliteit, verstandelijke beperking)?	2
54	Wat zijn effectieve methodes om valrisico te bepalen in de groeiende populatie ouderen?	2
55	What exercise-based therapy is more effective for return to work and sports among knee arthroplasty patients in working age?	2
56	Welke vorm van samenwerking van oefentherapie als partner in (multidisciplinaire/arbeid gerelateerde) netwerken in de zorg is optimaal?	2
57	Is oefentherapie effectief in Return to work/behoud van werk bij chronische aandoeningen?	2
58	Wat zijn contra-indicaties voor beweegtherapie in de eerste lijn?	2
59	Is psychosomatische oefentherapie effectief bij SOLK vergeleken met praktijkondersteuner-GGZ?	2
60	Wat is de effectiviteit van dieet en aerobe oefentherapie op handartrose?	2
61	Welke outcome sets (generieke/specifieke PROMS/PREMS) moeten worden gebruikt in de dagelijkse oefentherapie praktijk?	2
62	Wat is de relatie tussen zittend versus staand werken en klachten?	2
63	Is oefentherapie effectief bij revalideren na total hip replacement en total knee replacement?	2
64	Wat is het effect op de handen, armen en schouders van de behandelaar bij het uitvoeren van een ultrasone gebitsreiniging?	2

65	Wat is de kosteneffectiviteit oefentherapie t.a.v. andere vormen van behandeling (medicatie etc.)?	2
66	Welke oefeningen en trainingen zijn effectief bij rugklachten?	2
67	Welke oefentherapeutische interventie is effectief bij scoliose in de puberteit?	2
68	Wat is de effectiviteit van oefentherapie in de vroege fase van een ziekte of bij complexere problematiek?	2
69	Wat zijn effectieve beweeginterventies op fysiek functioneren bij patiëntgroepen waar nog geen effectiviteit is aangetoond?	2
70	Wat is de kosteneffectiviteit van oefentherapeutische interventies op de arbeidsparticipatie?	2
71	Wat is de (kosten) effectiviteit van e-Exercise bij patiënten met reumatoïde artritis in vergelijking met reguliere oefentherapie?	2,3
72	Wat is de meerwaarde van (netwerken van) oefen/fysiotherapeuten met specifieke deskundigheid op gebied van behandeling van mensen met hersenletsel (waaronder CVA)?	2,3
73	Welke vorm van samenwerking tussen oefentherapie en onderwijs binnen de gezonde school (zowel kinderdagopvang, basisschool, middelbare school, MBO) is optimaal?	2,3
74	Kunnen oefentherapeuten de zelfregulatie vaardigheden van patiënten verhogen binnen een 'blended interventie' gericht op verbetering van het (houdings- en) beweeggedrag?	3
75	is oefentherapie plus digitale tools (blended oefentherapie) effectiever dan oefentherapie?	3
76	Hoe kunnen we ervoor zorgen dat innovaties in de (oefentherapie) praktijk ook daadwerkelijk worden geadapteerd door de doelgroep?	3
77	Hoe kunnen oefentherapeuten het gebruik en betrokkenheid (engagement) bij eHealth technologie verhogen?	3
78	Wat is de toepasbaarheid en meerwaarde van technologische hulpmiddelen en/of eHealth ter verbetering van het diagnostische of therapeutische proces?	3
79	Hoe kunnen oefentherapeuten optimaal feedback geven op persoonlijke gezondheidsdata binnen eHealth interventies?	3
80	Wat is de plaats van de stappenteller in de behandeling?	3
81	Hoe wordt zorgtechnologie bekender en gebruikt onder zowel patiënten als professionals?	3