KENNISAGENDA OEFENTHERAPIE 2024

ACTUALISATIE VAN DE VVOCM KENNISAGENDA 2018



Vereniging van Oefentherapeuten

Colofon

©2024 Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck

Orteliuslaan 750
3528 BB Utrecht
Tel.: 030 262 5627
E-mail: info@vvocm.nl
Website: www.vvocm.nl

Initiatief

De Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM)

Projectgroep

- Dr. Thea Kooiman (projectleider/penvoerder VvOCM)
- Myrthe Simon-Konijnenburg, MSc (co-auteur en deelprojectleider, VvOCM)
- Ilse Schaffers, MSc (projectleider tot januari 2024, VvOCM)
- Dr. Margriet van Dijk (docent-onderzoeker HU)
- Dr. Matthijs Tuijt (docent-onderzoeker Windesheim)
- Meta Wildenbeest, MSc (promovendus VU en docent HU)
- Dr. Margreet Wortman (senior onderzoeker HvA en docent Windesheim)

Adviescommissie

- Prof. Dr. Bart Visser (Lector Oefentherapie – Dagelijks Bewegen!, HvA en bijzonder hoogleraar Vitaal Bewegen, VU)
- Prof. Dr. Cindy Veenhof (Lector Innovatie van Beweegzorg, HU en hoogleraar Fysiotherapie-wetenschappen, UMC Utrecht)
- Dr. Aniek Claassen (Projectleider Kennisagenda Fysiotherapie, KNGF)

In samenwerking met

Onderzoeksbureau Ecorys

Met dank aan

De Patiëntenfederatie Nederland (Tijmen van Wiltenburg) en de paramedische beroepsverenigingen Ergotherapie Nederland (EN), de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) en de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF) voor de samenwerking in de ontwikkeling van de VvOCM kennisagenda. Alle personen die kennishiaten hebben aangeleverd en/of hebben deelgenomen aan de stakeholders-bijeenkomst.

Financiering

ZonMw

Ontworpen door

Studio Trebor

Alle rechten voorbehouden. Teksten, delen van teksten en/of artikelen uit deze uitgave mogen, na verkregen toestemming van de VvOCM, worden overgenomen of worden verveelvoudigd 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 gepaste trots delen we de VvOCM Kennisagenda Oefentherapie 2024. Dit document geeft richting aan toekomstig onderzoek én het aangaan van samenwerking binnen oefentherapeutisch onderzoek. Deze kennisagenda is het resultaat van de actualisatie van de VvOCM Kennisagenda – Verandering in beweeggedrag en onderzoek (2018).

Met deze geactualiseerde versie bewegen we mee met de ontwikkelingen in de maatschappij en binnen de gezondheidszorg, waarbij het kader 'Passende zorg' en 'Een visie op oefentherapie en de oefentherapeut in 2030' twee belangrijke uitgangspunten zijn. Het doel van de kennisagenda is om ontwikkeling van het vakgebied te stimuleren door richting te bieden aan toekomstig onderzoek en daarmee passende zorg door de oefentherapeut én interprofessionele samenwerking te bevorderen.

Via deze weg willen we zowel de (docent-)onderzoekers binnen de projectgroep als de leden van de adviescommissie hartelijk bedanken voor hun waardevolle bijdragen aan de kennisagenda. Verder willen we alle deelnemers aan de stakeholdersbijeenkomst bedanken voor de waardevolle input en feedback. We kijken er naar uit om deze kennisagenda samen tot uitvoering te brengen!

Utrecht, mei 2024

Thea Kooiman en Myrthe Simon-Konijnenburg
Beleidsmedewerkers Kwaliteit en Wetenschap

Inhoudsopgave

Samenvatting **3**

1. Inleiding **7**
1.1 Aanleiding actualiseren Kennisagenda Oefentherapie 7
1.2 Doel van de kennisagenda 8
1.3 Oefentherapie Cesar/Mensendieck 8

2. Werkwijze **10**
2.1 Betrokkenen 10
2.2 Fases in de ontwikkeling 10
Fase 1: Inventarisatie kennishiaten en evaluatie huidige kennisagenda 11
Fase 2: Update van het literatuuronderzoek naar de (kosten)effectiviteit van oefentherapie 12
Fase 3: Bundeling van de kennishiaten 15
Fase 4: Het concretiseren en prioriteren van de kennishiaten 15
Fase 5: Ontwikkelen en vaststellen van de definitieve kennisagenda 18

3. Resultaten **19**
3.1 Resultaten van de verschillende fases 19
3.2 Thema 1: Oefentherapie en werkingsmechanismen 22
3.3 Thema 2: Gedragsverandering en zelfmanagement 23
3.4 Thema 3: Innovatie van beweegzorg door technologie 25
3.5 Thema 4: Samenwerking en substitutie 27
3.6 Definities 28

4. Implementatie van de Kennisagenda Oefentherapie **32**
4.1 Implementatie in het onderzoek, onderwijs en werkveld 32
4.2 Samenwerkingsverbanden 34

Referentielijst **35**

Bijlagen **38**
Bijlage 1a Wetenschappelijke Evidentietabel 38
Bijlage 1b Recente richtlijnen en bijbehorende wetenschappelijke evidentie 41
Bijlage 2 Maatschappelijke prioritering 42
Bijlage 3 Uitgebreide flowchart 45
Bijlage 4 Literatuurlijst literatuuronderzoek 46

Samenvatting

Recente ontwikkelingen zoals 'passende zorg' en het daarop ontwikkelde beleidsdocument 'Een visie op oefentherapie en de oefentherapeut in 2030' waren aanleiding voor VvOCM om haar kennisagenda uit 2018 te actualiseren. Het doel van de geactualiseerde Kennisagenda Oefentherapie 2024 is om ontwikkeling van het vakgebied te stimuleren door richting te bieden aan toekomstig onderzoek en daarmee passende zorg door de oefentherapeut én interprofessionele samenwerking te bevorderen.

Kennishiaten zijn opgehaald door 1) een enquête onder interne (oefentherapie) en externe stakeholders, 2) recente richtlijnen (gepubliceerd vanaf 2018) voor oefentherapeuten te screenen en 3) andere relevante kennisagenda's van aanpalende beroepsgroepen te screenen op kennishiaten.

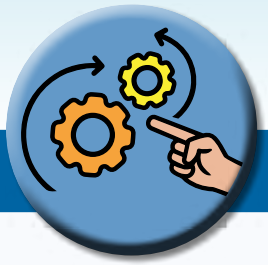
De opgehaalde kennishiaten zijn ontdubbeld, samengevoegd en geherformuleerd. Tijdens een stakeholdersbijeenkomst zijn de concept-kennishiaten daarna aangescherpt, aangevuld en geprioriteerd. Vervolgens zijn de kennisvragen geprioriteerd op basis van maatschappelijke relevantie. Bovendien is er literatuuronderzoek gedaan naar de kosteneffectiviteit van 22 aandoeningen die binnen de focus patiëntgroepen van de oefentherapeut vallen. Hiermee is de wetenschappelijke relevantie vastgesteld van toekomstig onderzoek naar deze doelgroepen. Ook is de oefentherapeutische relevantie vastgesteld van in totaal 32 aandoeningen: 22 aandoeningen waar systematisch literatuuronderzoek naar is gedaan en tien aandoeningen waarvoor een recente richtlijn beschikbaar is.
In totaal zijn er 15 kennisvragen vastgesteld en 12 verdiepende subkennisvragen. Deze vallen onder de volgende vier thema's:

1 Oefentherapie en werkingsmechanismen
2 Gedragsverandering en zelfmanagement
3 Innovatie van beweegzorg door technologie
4 Samenwerking en substitutie.

De kennisvragen staan weergegeven op de volgende pagina. Hierbij hebben 12 van de 15 kennisvragen een hoge maatschappelijke prioritering gekregen. Van de 12 subkennisvragen hebben alle vragen een gemiddelde maatschappelijke prioritering gekregen.

Uit het literatuuronderzoek werd duidelijk dat de hoogste wetenschappelijke relevantie ligt bij hyperventilatie, slaapproblemen en schouderklachten in verband met het ontbreken van of tegenstrijdig gevonden effectiviteit. Van de in totaal 32 aandoeningen hebben 19 aandoeningen een hoge oefentherapeutische relevantie gekregen, waarvan zeven aandoeningen voldeden aan alle criteria. Dit zijn: motorische ontwikkelingsachterstand bij kinderen, cerebrale parese, artrose/degeneratie van de lumbale wervelkolom, arbeidsgerelateerde rugklachten, chronische pijn, axiale spondylartritis en lage rugpijn.

De Kennisagenda Oefentherapie 2024 zal de komende jaren geïmplementeerd worden in het onderzoek, onderwijs én het werkveld. Eerste stappen hiertoe worden momenteel gezet samen met het Wetenschappelijk College Oefentherapie .



Thema 1: Oefentherapie en werkingsmechanismen

1	[Prioriteit: Hoog] Wat is de (kosten)effectiviteit op korte en lange termijn, van de oefentherapeutische interventie (motorisch leren*, oefenen in de context*, gedragsverandering* en zelfmanagementondersteuning*) op beweeggedrag*, functioneren in eigen omgeving* en kwaliteit van leven*?
2	[Prioriteit: Hoog] Wat is de (kosten)effectiviteit op korte en lange termijn, van de oefentherapeutische interventie (motorisch leren, oefenen in de context, gedragsverandering en zelfmanagementondersteuning) op arbeidsparticipatie, arbeidsverzuim en re-integratie en de daarmee gepaard gaande maatschappelijke kosten?
3	Prioriteit: Hoog] Wat zijn de onderliggende werkingsmechanismen van de oefentherapeutische interventie, gerelateerd aan de biologische, psychische en sociale factoren van de patiënt?
4	[Prioriteit: Hoog] Wat zijn de meest geschikte meetinstrumenten om het beweeggedrag en zelfmanagement van de patiënt in kaart te brengen in de oefentherapeutische praktijk op basis van de psychometrische eigenschappen en klinische toepasbaarheid van deze meetinstrumenten?

*Deze begrippen staan toegelicht in de definitielijst in hoofdstuk 3.6



Thema 2: Gedragsverandering en zelfmanagement

1	[Prioriteit: Hoog] Leidt de oefentherapeutische behandeling gericht op gedragsverandering* en zelfmanagement* bij mensen met chronische (pijn)klachten of chronische aandoeningen* tot minder recidieven/een gunstiger ziektebeloop ten opzichte van gebruikelijke zorg of geen behandeling?
2	[Prioriteit: Hoog] Wat zijn belangrijke elementen in de communicatie van de oefentherapeut om motivatie voor gedragsverandering bij de patiënt te bevorderen? a. [Prioriteit: Gemiddeld] In hoeverre draagt samen beslissen* in de oefentherapeutische praktijk bij aan de motivatie van de patiënt voor gedragsverandering?
3	[Prioriteit: Hoog] Hoe kan de oefentherapeut therapietrouw stimuleren, in het bijzonder bij patiënten met lage SES of lage gezondheidsvaardigheden, ter preventie* van chronische (pijn)klachten of chronische aandoeningen?

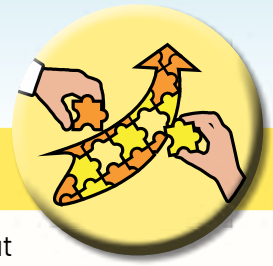
*Deze begrippen staan toegelicht in de definitielijst in hoofdstuk 3.6



Thema 3: Innovatie van beweegzorg door technologie

1	[Prioriteit: Hoog] Welke kennis en vaardigheden bij oefentherapeuten zijn voorwaardelijk voor (I) het gebruik van bestaande zorgtechnologie* ter ondersteuning van het motorisch leren*, oefenen in de context*, gedragsverandering* en/of zelfmanagement*? (II) het in co-creatie ontwikkelen van zorgtechnologie?
2	[Prioriteit: Hoog] Wat is de toepasbaarheid van zorgtechnologie in het diagnostische en/of therapeutische proces ter bevordering van motorisch leren, oefenen in de context, gedragsverandering en zelfmanagement? a. [Prioriteit: Gemiddeld] Welke zorgtechnologie is voldoende betrouwbaar, valide en toepasbaar om het beweeggedrag, zowel kwantiteit als kwaliteit van bewegen, in kaart te brengen en/of te bevorderen?
3	[Prioriteit: Gemiddeld] Wat is de (kosten)effectiviteit van de oefentherapeutische blended interventie* gericht op motorisch leren, oefenen in de context, gedragsverandering en zelfmanagement op het beweeggedrag, functioneren in de eigen omgeving en kwaliteit van leven in vergelijking met de face-to-face oefentherapeutische interventie? a. [Prioriteit: Gemiddeld] Wat is voor individuele patiënten de optimale verhouding tussen face-to-face oefentherapie en digitale componenten binnen een blended interventie?
4	[Prioriteit: Hoog] Hoe kan bestaande zorgtechnologie geoptimaliseerd worden zodat deze (nog meer) bijdraagt aan het effect van de oefentherapeutische blended interventie? a. [Prioriteit: Gemiddeld] Op welke wijze kunnen persoonlijke patiëntdata (bijv. beweegdata)* en Artificial Intelligence (AI) bijdragen aan (het effect van) de oefentherapeutische interventie? b. [Prioriteit: Gemiddeld] Op welke wijze kunnen gedragsveranderingstechnieken* toegevoegd worden aan bestaande of nog te ontwikkelen zorgtechnologie? c. [Prioriteit: Gemiddeld] Op welke wijze kunnen online platforms efficiënt ingericht worden zodat de oefentherapeut gemakkelijk betrouwbare en actuele informatie kan verkrijgen over klachten bij en behandelingen voor patiënten met zeldzame en/of complexe aandoeningen?
5	[Prioriteit: Gemiddeld] Wat is de invloed van inzet van zorgtechnologie op de patiënt-therapeutrelatie?

*Deze begrippen staan toegelicht in de definitielijst in hoofdstuk 3.6



Thema 4: Samenwerking en substitutie

1	[Prioriteit: Hoog] Hoe kan interprofessioneel samenwerken tussen de oefentherapeut en andere zorgverleners worden vormgegeven ten behoeve van persoonsgerichte en waardegedreven zorg* bij patiënten met chronische klachten of aandoeningen? a. [Prioriteit: Gemiddeld] Welke best practices van interprofessionele samenwerking zijn er? b. [Prioriteit: Gemiddeld] Welke rol kan de oefentherapeut innemen in een interprofessionele stepped care strategie* ten behoeve van verbetering van pijn, functioneren en participeren en wat is het patiëntenperspectief binnen deze strategie? c. [Prioriteit: Gemiddeld] Wat zijn de voornaamste succesfactoren en barrières om effectieve en samenhangende interprofessionele zorg te kunnen leveren? Welke rol/welke expertise vraagt dit? d. [Prioriteit: Gemiddeld] Wat is de (kosten)effectiviteit van zorg op basis van interprofessionele samenwerking in vergelijking met monodisciplinaire zorg op het beweeggedrag*, functioneren in de eigen omgeving*, zelfmanagement* en kwaliteit van leven*?
2	[Prioriteit: Hoog] Wat is de (kosten)effectiviteit van substitutie van eerste- of tweedelijnszorg* naar de oefentherapeut bij patiënten met chronische (pijn)klachten of chronische aandoeningen* op pijn, functioneren en participeren? a. [Prioriteit: Gemiddeld] Bij welke klachten en aandoeningen is substitutie van zorg zinvol? b. [Prioriteit: Gemiddeld] Welke randvoorwaarden (bijv. kennis, locatie, materialen, vergoeding) gelden voor een kwalitatief goede substitutie van zorg van de tweedelijn naar de eerstelijns oefentherapeut?
3	[Prioriteit: Gemiddeld] Welke patiëntinformatie, bijvoorbeeld de 'readiness to change'*, is van toegevoegde waarde om in kaart te brengen door de verwijzer voorafgaand aan de oefentherapeutische behandeling bij patiënten met chronische (pijn)klachten of chronische aandoeningen?

*Deze begrippen staan toegelicht in de definitielijst in hoofdstuk 3.6

1 Inleiding

1.1 Aanleiding actualiseren Kennisagenda Oefentherapie

In 2018 heeft VvOCM haar eerste Kennisagenda Oefentherapie gepubliceerd [1]. De afgelopen zes jaar heeft deze kennisagenda als leidraad gediend voor subsidierondes en het wetenschapsbeleid van VvOCM. Voorbeelden hiervan zijn deelname aan consortium- of adviesgroepen voor wetenschappelijk onderzoeken, afvaardiging vanuit haar netwerk bij relevante onderzoeksprojecten, deelname aan het schrijven van onderzoeksvoorstellen of ondersteuning bij het implementeren van relevante onderzoeksresultaten.

In de tussentijd hebben er diverse ontwikkelingen plaatsgevonden. In de eerste plaats is het kader 'Passende zorg' leidend geworden in de Nederlandse gezondheidszorg [2]. Passende zorg wordt gezien als aanpak om antwoord te kunnen bieden aan maatschappelijke uitdagingen als de stijgende zorgvraag, verder stijgende zorgkosten en het (dreigende) tekort aan zorgpersoneel.

De vier principes van Passende zorg zijn dat de zorg:

1. waardegedreven is, wat inhoudt dat de zorg op de eerste plaats effectief is, voldoet aan de stand van wetenschap & praktijk en meerwaarde heef voor de patiënt, met daarnaast een doelmatige inzet van mensen, middelen en materialen;
2. samen met en rondom de patiënt tot stand komt;
3. de juiste zorg op de juiste plaats is;
4. gericht is op gezondheid en niet op ziekte.

Bovengenoemde maatschappelijke ontwikkelingen waren voor VvOCM mede aanleiding tot het vormen van een visie op de toekomst. Deze visie staat beschreven in het beleidsdocument 'Een visie op oefentherapie en de oefentherapeut in 2030' [3]. Hierin zijn onder meer drie rollen van de oefentherapeut in 2030 omschreven en zeven thema's uitgewerkt voor toekomstbestendige oefentherapie. Bij de rol 'de oefentherapeut als paramedicus' is de focus op een aantal specifieke patiëntgroepen omschreven. Aansluitend op de visie op de toekomst is de Visie op kwaliteit van de oefentherapeut in 2030 [4] ontwikkeld.

Hoewel meerdere kennisvragen uit de Kennisagenda Oefentherapie 2018 nog steeds relevant zijn, waren de kansen die 'Passende zorg' biedt voor substitutie en preventie, nog onvoldoende verwerkt in de kennisagenda's [5]. Alles overziend was er voldoende aanleiding om de Kennisagenda Oefentherapie te actualiseren, zodat deze aansluit bij deze recente ontwikkelingen.

1.2 Doel van de kennisagenda

Het doel van de geactualiseerde Kennisagenda Oefentherapie 2024 is het geven van richting aan onderzoekers, (beweegzorg)lectoraten en oefentherapie-opleidingen voor toekomstig onderzoek. Dit onderzoek vormt de basis voor de doorontwikkeling van het beroep via het actualiseren van het beroepsprofiel en het ontwikkelen of actualiseren van beroepsinhoudelijke richtlijnen. Hiermee wordt passende zorg door de oefentherapeut bevorderd.

Daarnaast biedt de kennisagenda een overzicht van de meest actuele en belangrijke thema's en onderzoeksvragen op het gebied van oefentherapie voor de komende jaren. Zo biedt de kennisagenda aanknopingspunten ten behoeve van gezamenlijke inhoudelijke, strategische en financiële vraagstukken. Hiermee wordt beoogd interprofessionele samenwerking te bevorderen. Verder biedt de kennisagenda input voor toekomstige kennis- of onderzoeksagenda's van andere relevante stakeholders.

Ook het bieden van een houvast voor het wetenschapsbeleid van VvOCM - onder andere ten aanzien van deelname aan wetenschappelijke onderzoeksprojecten - is een belangrijk doel van de kennisagenda.

1.3 Oefentherapie Cesar/Mensendieck

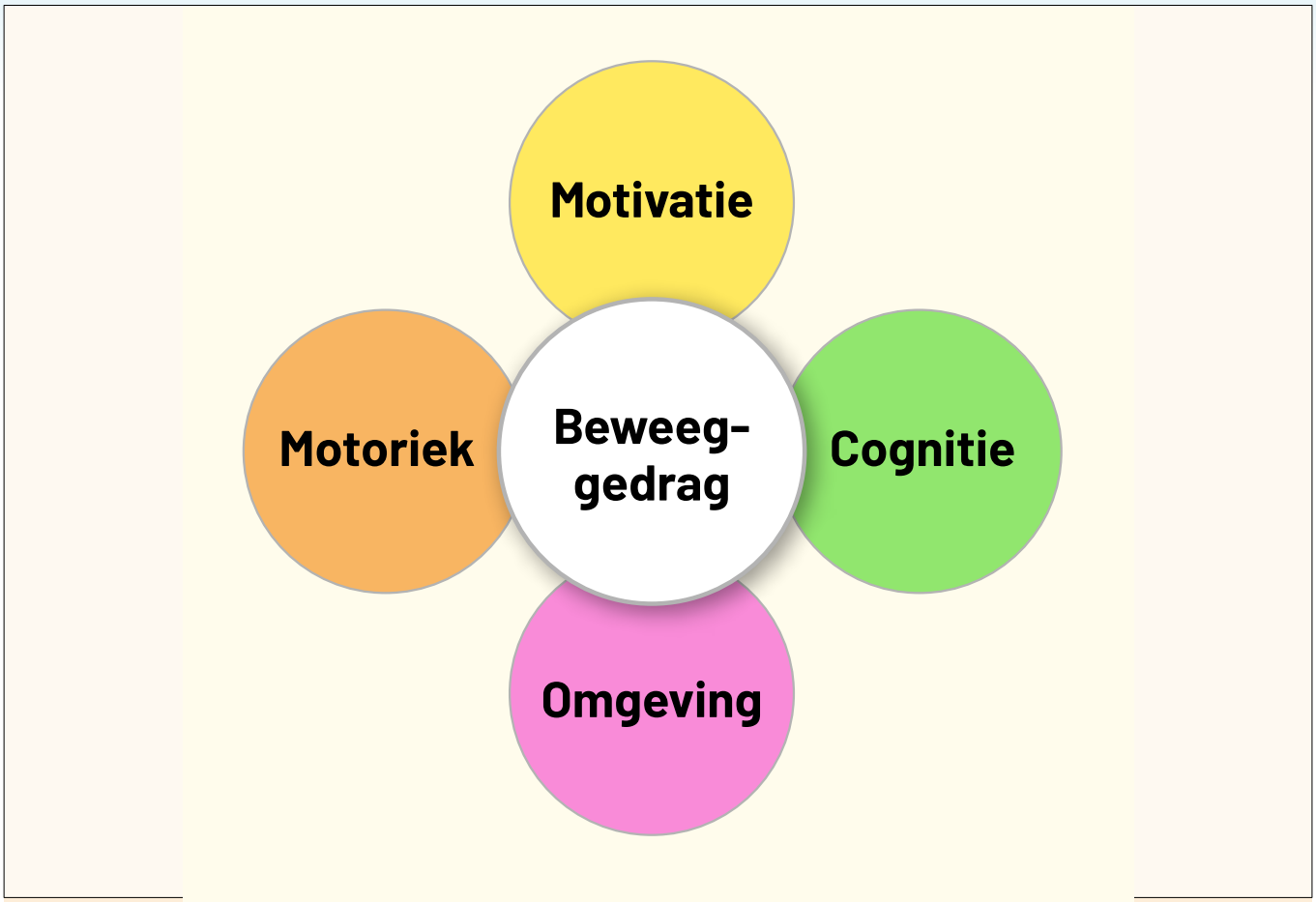
Oefentherapeuten ondersteunen mensen met langdurige klachten of beperkingen in het dagelijks bewegen gericht op de hulpvraag om hiermee (weer) eigen regie te nemen en mee te kunnen doen in de samenleving. Door te focussen op mensen met langdurige klachten werkt de oefentherapeut aan geïndiceerde en zorggerelateerde preventie: het doel is om verergering van klachten, verdere complicaties van de aandoening en een verslechtering van kwaliteit van leven te voorkomen. De oefentherapeutische interventie richt zich hierbij op het beweeggedrag en het bewegend functioneren (participatie, activiteiten en lichaamsfuncties). Hierbij is specifiek aandacht voor de factoren (motoriek, cognities, motivatie, emotie en omgeving) die het probleem ten aanzien van bewegend functioneren in stand houden of beïnvloeden [3, 6]. Deze werkwijze sluit goed aan op de basisprincipes van passende zorg.

In essentie is oefentherapie erop gericht om mensen te begeleiden om blijvend anders te bewegen [3]. Kenmerkend voor oefentherapie Cesar/Mensendieck is de holistische benadering waarbij de oefentherapeut niet alleen naar de klacht van de patiënt kijkt, maar de mens in zijn of haar context benadert. Oefentherapeuten betrekken in hun behandelingen alle aspecten van het biopsychosociale model [6].

De oefentherapeutische interventie bestaat uit een combinatie van verschillende pijlers [7]:

- Motorisch leren
- Oefenen in eigen context
- Zelfmanagement
- Gedragsverandering

Deze pijlers worden in de definitielijst (hoofdstuk 3.6) verder toegelicht. Figuur 1 laat het Oefentherapeutisch Interventie en Diagnostiek model zien. Dit ligt aan de basis van het oefentherapeutisch handelen [8].



Figuur 1.1 De vier aspecten uit het Oefentherapeutisch Diagnostiek en Interventie Model (ODIM)[8]. Het gehele model is te vinden in het beroepsprofiel oefentherapeut[6].

2 Werkwijze

2.1 Betrokkenen

De projectgroep is samengesteld uit een afvaardiging van het bureau VvOCM (beleidsmedewerkers Kwaliteit en Wetenschap) en vier onderzoekers van de Hogeschool van Amsterdam (HvA), Hogeschool Utrecht (HU) en Windesheim waar oefentherapie onderdeel is van het curriculum. Twee van deze onderzoekers waren eerder betrokken bij de ontwikkeling van de Kennisagenda Oefentherapie 2018. De projectgroep is zes keer samengekomen in een periode van zes maanden.

De adviescommissie werd gevormd door de Lector Oefentherapie en Hoogleraar Vitaal Bewegen (HvA en VU) en Lector Innovatie van Beweegzorg en hoogleraar Fysiotherapiewetenschappen (HU en UMC Utrecht), beiden lid van het Wetenschappelijk College Oefentherapie (WCO). Vanwege de overlap op het domein van beweegzorg had ook de projectleider Kennisagenda KNGF zitting in deze commissie. De adviescommissie werd drie keer geraadpleegd in een periode van zeven maanden.

De Patiëntenfederatie en aangesloten patiëntenverenigingen zijn betrokken geweest bij het aanleveren en prioriteren van de kennishiaten. De concept Kennisagenda Oefentherapie 2024 is aan de Patiëntenfederatie voorgelegd ter becommentariëring; de feedback is verwerkt.

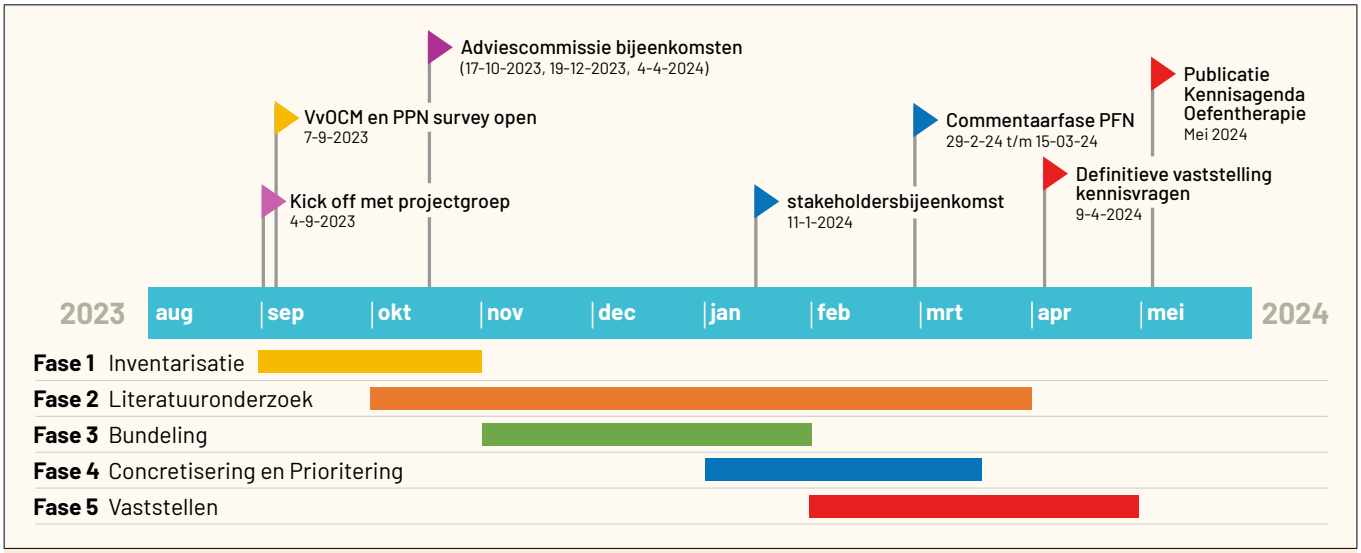
Tijdens de voorbereiding en uitvoering van het project is overlegd en afgestemd met de paramedische beroepsverenigingen binnen federatie Paramedisch Platform Nederland (PPN) die tegelijkertijd hun kennisagenda actualiseren; Ergotherapie Nederland (EN), de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) en de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF).

2.2 Fases in de ontwikkeling

De ontwikkeling van de geactualiseerde versie van de Kennisagenda Oefentherapie is gedaan door vijf fases te doorlopen:

1. Inventarisatie kennishiaten en evaluatie huidige kennisagenda.
2. Update van het literatuuronderzoek naar de (kosten)effectiviteit van oefentherapie
3. Bundeling van de kennishiaten
4. Het concretiseren en prioriteren van de kennishiaten
5. Ontwikkelen en vaststellen van de definitieve kennisagenda

Figuur 2.1 laat zien wanneer deze fases hebben plaatsgevonden, inclusief bijbehorende belangrijke data. Hierna worden de fases worden verder toegelicht.



Figuur 2.1 Visuele weergave van de ontwikkeling van de Kennisagenda Oefentherapie

Fase 1: Inventarisatie kennishiaten en evaluatie huidige kennisagenda

In deze fase zijn op verschillende manieren kennishiaten geïnventariseerd onder stakeholders van de oefentherapie (hoogleraren, lectoren, onderzoekers, leden, commissies, netwerken, verwijzers en patiëntenverenigingen).

Inventarisatie openstaande kennishiaten door interne en externe stakeholders

Vanuit PPN is er een vragenlijst uitgezet onder gezamenlijke (externe) stakeholders. Deze stakeholders is gevraagd om per beroepsgroep hun top 3 van doelgroepen en onderwerpen aan te geven waar volgens hen onderzoek naar gedaan zou moeten worden. Daarnaast is uitgevraagd waarover meer kennis nodig is op het gebied van paramedische zorg in het algemeen.

Naast deze PPN-vragenlijst heeft VvOCM een vragenlijst uitgezet onder eigen (interne) stakeholders, zoals onderzoekers/hoogleraren op het gebied van oefentherapie, commissies en netwerken van VvOCM en andere relevante partijen/verenigingen die niet waren opgenomen in de lijst van externe stakeholders.

Inventarisatie openstaande kennishiaten uit aanverwante kennisagenda's

Kennisagenda's van aanverwante beroepsgroepen en andere relevante partijen zijn geraadpleegd op kennishiaten die relevant (kunnen) zijn voor de oefentherapie. Tabel 2.1 geeft weer welke kennisagenda's in deze inventarisatie zijn meegenomen.

	Beroepsvereniging of andere partij	Jaar van uitgave	Link naar kennisagenda
EN	Ergotherapie Nederland	2018	EN - Kennisagenda
KNGF	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie	2023	KNGF - Kennisagenda
NHG	Nederlands Huisartsengenootschap	2018	NHG - Kennisagenda
NVLF	Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie	2018	NVLF - Kennisagenda
NVR	Nederlandse Vereniging voor Reumatologie	2023	NVR - Kennisagenda
NVvP	Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten	2018	NVvP - Kennisagenda
VSG	Vereniging voor Sportgeneeskunde	2017	VSG - Kennisagenda
PMT	Vaktherapeutische beroepen kennisagenda	2017	Vaktherapie (PMT) - Kennisagenda
VRA	Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen	2023	VRA - Kennisagenda
V&VN	Kennisagenda Wijkverpleging	2018	V&VN - Kennisagenda
NVD	Nederlandse Vereniging Dietisten	2018	NVD - Kennisagenda
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten	2023	VNG - Kennisagenda

Tabel 2.1 Kennisagenda's welke geïnventariseerd zijn op relevante kennishiaten

Inventarisatie openstaande kennishiaten uit richtlijnen

Sinds 2018 ontwikkelt VvOCM in samenwerking met het KNGF gezamenlijke richtlijnen voor fysio- én oefentherapeuten. De richtlijnen worden ontwikkeld met behulp van de KNGF-richtlijnenmethodiek [9]. Kennislacunes die beschreven staan in deze richtlijnen zijn meegenomen in de inventarisatie. Tabel 2.2 geeft de richtlijnen weer die zijn meegenomen in de inventarisatie.

Aandoening	Richtlijn
Reumatoïde Artritis	KNGF-richtlijn Reumatoïde Artritis (2018)
Artrose van de heup en knie	KNGF-richtlijn Artrose heup-knie (2019)
Axiale Spondylartritis	Aanbevelingen fysiotherapie bij mensen met axiale spondylartritis (2019)
COPD	KNGF-richtlijn COPD (2020)
Lage Rugpijn, lumbosacraal radiculair syndroom	KNGF-richtlijn Lage rugpijn en lumbosacraal radiculair syndroom (2021)
Oncologie	KNGF-richtlijn Oncologie (2022)
Parkinson	Multidisciplinaire Richtlijn Parkinson (2023)
Kwetsbare ouderen	Multidisciplinaire richtlijn Kwetsbare ouderen (2024)
Coronair lijden en chronisch hartfalen	Herziene KNGF-richtlijn Hartrevalidatie (2024)
Symptomatisch Perifeer Arterieel Vaatlijden (sPAV)	Samen beslissen voor de KNGF-richtlijn sPAV (in ontwikkeling)

Tabel 2.2 Aandoeningen waarvoor richtlijnen en andere kwaliteitsproducten zijn ontwikkeld na 2018

Fase 2: Update van het literatuuronderzoek naar de (kosten)effectiviteit van oefentherapie

Door middel van een update van het wetenschappelijke literatuuronderzoek uit de Kennisagenda Oefentherapie 2018 is inzichtelijk gemaakt bij welke aandoeningen er kennishiaten liggen op het gebied van (kosten) effectiviteit.

Hierbij is gekozen om literatuuronderzoek uit te voeren naar 22 aandoeningen die binnen de focus van de oefentherapeut vallen [3]. Doordat deze focus-patiëntgroepen van de oefentherapeut relatief breed opgesteld zijn (bijvoorbeeld: ademhalingsklachten), is er een vertaalslag gemaakt van deze brede patiëntgroepen naar specifieke aandoeningen die hieronder vallen (zie tabel 2.3). Het literatuuronderzoek is uitgevoerd door onderzoeksbureau Ecorys [10]. Aandoeningen waarvoor een recente richtlijn beschikbaar is (vanaf 2018 gepubliceerd) zijn niet meegenomen in de literatuurupdate (tabel 2.2), aangezien er in deze richtlijnen al evidentie voorhanden is voor de effectiviteit van oefentherapie. Een overzicht van deze evidentie is weergegeven in bijlage 1b.

Leeftijds-groep	Patiëntgroep	Aandoening	
Kinderen	Kinderen - Motorische ontwikkeling	1	Kinderen met (risico op) motorische ontwikkelingsachterstand (DCD)
		2	Kinderen met Cerebrale parese (CP)
Alle leeftijden	Alle leeftijden - Ademhalingsklachten	3	Astma
		4	Hyperventilatie(syndroom)
	Alle leeftijden - Bekken(bodem)klachten	5	Incontinentie (zowel fecale als urine-incontinentie)
	Alle leeftijden - Scoliose	6	Scoliose
	Alle leeftijden - Slaapproblemen	7	Slaapproblemen/Insomnia
Volwassenen-ouderen	Volwassenen/ouderen - (A)specifieke (lage)rug/nek/schouder/armklachten	8	A-specifieke nekklachten
		9	Specifieke rugklachten: osteoporose
		10	Schouderklachten
	Volwassenen/ouderen - Reumatische aandoeningen	11	Artrose/degeneratie LWK
	Volwassenen/ouderen - Arbeid gerelateerde klachten	12	Arbeidsgerelateerde rugklachten
		13	Arbeidsgerelateerde KANS
	Bekken(bodem)klachten	14	Bekkenklachten (waarbij zwangeren met bekkenklachten apart)
	Volwassenen/ouderen - Chronische pijn	15	Chronische pijn
		16	Fibromyalgie
	Volwassenen/ouderen - Progressieve neurologische aandoeningen	17	MS
		18	Dementie incl Alzheimer
	Volwassenen/ouderen - Psychosomatische klachten	19	Spanningshoofdpijn
		20	Chronisch vermoeidheidssyndroom
		21	ALK (voorheen SOLK)
		22	Post-covid

Tabel 2.3 Patiëntgroepen van de oefentherapeut in relatie tot aandoeningen voor het literatuuronderzoek Kennisagenda Oefentherapie 2023-2024

Onderzoeksvragen

De onderzoeksvragen van het literatuuronderzoek waren:

- Wat is de (kosten)effectiviteit van oefentherapie Cesar en Mensendieck (C/M) op ADL/vaardigheden, participatie, self-efficacy en motorisch zelfbeeld voor *kinderen* met aandoening x?
- Wat is de (kosten)effectiviteit van oefentherapie Cesar en Mensendieck (C/M) op ADL/vaardigheden, participatie, self-efficacy, pijn en kwaliteit van leven bij *volwassenen* (18-65 jaar) en *ouderen* (≥65 jaar) met aandoening x?

Methode

Tabel 2.4 geeft de PICO-structuur weer die gebruikt is voor het literatuuronderzoek naar beide onderzoeksvragen.

Binnen wetenschappelijk onderzoek wordt er vaak onderzoek gedaan naar losse of gecombineerde aspecten van 'oefentherapie' zoals looptraining, krachttraining, balansoefeningen, of range-of-motion oefeningen. In veel gevallen is hier geen gedragsinterventie aan toegevoegd. Vanwege het belang van de gedragscomponent binnen de oefentherapeutische interventie, is de effectiviteit hiervan apart onderzocht.

PICO-aspect	Toelichting
Patient	Tabel 2.2. geeft de 22 aandoeningen weer waarnaar het onderzoek is gedaan. Voor de aandoeningen 1 en 2 (DCD en CP) is alleen onderzoek gedaan naar de leeftijdsgroep kinderen. Bij aandoening 3 t/m 7 is onderscheid gemaakt naar twee (leeftijds)categorieën: kinderen (<18 jaar) en volwassenen/ouderen (>18 jaar). Voor één aandoening (dementie) is onderscheid gemaakt tussen volwassenen (<65 jaar) en ouderen (≥65 jaar). Voor 1 aandoening (bekkenklachten) werd onderscheid gemaakt tussen wel of niet zwanger.
Intervention	Bij dit literatuuronderzoek is onderscheid gemaakt in: - Oefentherapie: een interventie gericht op het bewegend functioneren* (participatie, activiteiten en lichaamsfuncties) gegeven onder begeleiding van een therapeut**. - Gedragsinterventies als onderdeel van oefentherapie C/M; Een interventie gericht op het bewegen/beweeggedrag/bewegend functioneren waaraan één of meer gedragscomponenten zijn toegevoegd, bijvoorbeeld gedragsveranderingstechnieken, pijneducatie en/of zelfmanagementondersteuning.
Comparison	Geen interventie, placebo of gebruikelijke zorg
Outcome	ADL/vaardigheden, participatie, self-efficacy, pijn, kwaliteit van leven en motorisch zelfbeeld

Tabel 2.4 PICO

**onder bewegend functioneren wordt binnen de oefentherapie ook kwaliteit van het bewegen verstaan.*
***deze interventie kan ook gegeven zijn door een fysiotherapeut of andere bewegingsprofessional zoals een ergotherapeut*

Onderzoek naar passieve vormen van behandeling zoals passieve mobilisaties, digitale interventies zonder combinatie met gesuperviseerde oefentherapie en onderzoek naar multidisciplinaire interventies waarbij het aandeel oefentherapie minder dan de helft van de interventie omvatte zijn geëxcludeerd.

Fase 3: Bundeling van de kennishiaten

Tijdens fase 3 zijn alle kennishiaten die in fase 1 vanuit de verschillende bronnen zijn opgehaald ontdubbeld, zoveel mogelijk herschreven in bruikbare onderzoeksvragen, met behulp van het programma Miro (Miro online whiteboard) onder subthema's geplaatst en vervolgens onder de bestaande thema's uit de kennisagenda 2018 geplaatst.

Hierna zijn de kennishiaten volgens onderstaande selectiecriteria geselecteerd of geëxcludeerd:

1. Is de vraag helder geformuleerd?
2. Is het mogelijk om de vraag te beantwoorden met onderzoek?
3. Is de vraag relevant voor de oefentherapeut en/of zijn patiënten? (zie tabel 2.2 en 2.3)
4. Is/wordt de vraag onderzocht met lopend onderzoek?

Vervolgens zijn de kennishiaten aan (overkoepelende) kennisvragen uit de kennisagenda van 2018 gekoppeld. Hierna zijn op basis van de (overige) kennishiaten nieuwe kennisvragen geformuleerd, kennisvragen geherformuleerd en waar nodig/mogelijk samengevoegd. Specifieke doelgroepen uit de onderliggende kennishiaten zijn hierbij weggehaald omdat de vragen relevant kunnen zijn voor meerdere doelgroepen van de oefentherapeut. Tenzij in de vraag een specifieke doelgroep is benoemd gelden de kennisvragen dan ook voor alle doelgroepen van de oefentherapeut (zie tabel 2.2 en 2.3).

Fase 4: Het concretiseren en prioriteren van de kennishiaten

Prioriteren door stakeholders

Tijdens de stakeholdersbijeenkomst (gehouden op 11-01-2024) zijn de concept kennisvragen en concept thema's voorgelegd aan de stakeholders. De deelnemers zijn opgesplitst in kleine groepjes en hebben in vier rondes de concept kennisvragen van de vier conceptthema's bediscussieerd en aangescherpt. Vervolgens zijn de kennisvragen geprioriteerd. Hiertoe zijn per ronde zijn de volgende drie stappen doorlopen:

Stappen per ronde	Doel	Toelichting
1	Aanscherpen conceptvragen	Missen de deelnemers nog een vraag, kunnen vragen gecombineerd worden, kunnen de vragen specifieker gemaakt worden?
2	Vaststellen thematitels	Gezamenlijk worden de nieuwe thematitels aangepast of de bestaande bevestigd.
3	Prioriteren van de kennisvragen binnen het thema	De deelnemers geven hun top 3 per thema aan op basis van impact voor de stakeholders (patiënt, oefentherapeut, collega zorgverlener, maatschappij, onderzoeker).

Stakeholders die niet aanwezig konden zijn hebben de mogelijkheid gekregen via de mail input te leveren. Ook deze feedback is verwerkt.

Prioriteren kennisvragen op basis van maatschappelijke relevantiecriteria

De kennisvragen zijn vervolgens geprioriteerd door ze te beoordelen op maatschappelijke relevantie. Hiertoe zijn vijf criteria – aangescherpte criteria uit de Kennisagenda Oefentherapie 2018 – tegen de kennisvragen aangehouden. De kennisvragen voldoen aan de criteria als ze voldoen aan de beoordelingsvragen, inclusief onderliggende vraagstukken (zie tabel 2.5). Het patiëntenperspectief is meegenomen bij de criteria 2 en 5.

De prioritering die de kennisvraag krijgt is een optelsom van het aantal criteria waar deze vraag positief (ja) op scoort. De omzetting van score naar prioritering is weergegeven in tabel 2.6.

Selectiecriteria	Beoordeling	Onderliggende vraagstukken
1. Onderzoekbaarheid (voorwaarde)	De kennisvraag is om te zetten in een onderzoekbare vraag: Ja/Nee	Het is mogelijk om een onderzoek binnen de normaliter gestelde periode uit te voeren op basis van de kennisvraag en SMART opgestelde onderzoeksvraag
2. De kennisvraag is een belangrijk onderwerp voor de oefentherapie	Voor de kennisvraag is een van onderliggende vraagstukken van toepassing: Ja/Nee	Rakend aan onderwerpen veranderagenda Visie op oefentherapie en de oefentherapeut 2030*
		De kennisvraag komt uit de PPN- of VvOCM-survey
		De kennisvraag is een kennishiaat uit een actuele KNGF/VvOCM-richtlijn[a]
3. De kennisvraag gaat over een thema dat relevant is voor de Nederlandse gezondheidszorg	Prioriteren van de kennisvragen binnen het thema	De geïdentificeerde maatschappelijke thema's zijn[b]: - Beweegstimulering op groepsniveau of individueel niveau - Digitalisering (zorgtechnologie) en gegevensuitwisseling* - Duurzame zorg - (Beperkte) gezondheidsvaardigheden - Kosteneffectiviteit - Kwaliteit van zorg* - Ondersteuning voor zorg en zelfstandig thuis (blijven) wonen voor ouderen - Organisatie - Passende zorg* - Positieve gezondheid - Preventie en stepped care - Samen beslissen - Samenwerking* - Substitutie/substitutiepotentieel/ontlasten van de huisarts of 2e lijn* - Transparantie* - Uitkomstgerichte zorg - Zelfmanagement/ Gedragsverandering* - Zorgwaarde
4. De kennisvraag is ook voor andere partijen relevant om inhoudelijk en/of financieel aan bij te dragen	Met betrekking tot het onderwerp vindt op dit moment gesubsidieerd oefentherapie gerelateerd onderzoek plaats, volgens de inventarisatie bij de umc's, hogescholen (opleidingen oefentherapie/lectoraten) en subsidieverstrekkers: Ja/Nee	
5. De kennisvraag wordt als belangrijk beoordeeld tijdens de stakeholdersbijeenkomst	De kennisvraag is in de top 3 gekomen van de prioritering per thema: Ja/Nee	

Tabel 2.5 Maatschappelijke criteria voor beoordeling kennisvragen

[a] *De actuele VvOCM- of KNGF-richtlijnen zijn de richtlijnen die voldoen aan de AQUA-leidraad en zijn gepubliceerd vanaf 2018. Dit zijn de volgende richtlijnen: Richtlijn Reumatoïde Artritis (2018); Richtlijn Artrose heup-knie (2019); Richtlijn COPD (2020); Richtlijn Lage rugpijn en LSR (2021); Richtlijn Oncologie (2022); Richtlijn Zelfmanagement (2022); Richtlijn Zorg op Afstand (2023); Richtlijn Hartrevalidatie (2024); Richtlijn Kwetsbare Ouderen (2024)*[11-19].

[b] *De thema's zijn uit de volgende publicaties geïdentificeerd: Integraal Zorg Akkoord (2022); Rapport De juiste zorg op de juiste plek (2018); Rapport Visie op oefentherapie en de Oefentherapeut in 2030 (2023); Rapport Kwaliteitskader Fysio- en Oefentherapie (2023); Rapport Ecorys (2020), Rapport Equalis (2021); Kennisagenda VvOCM (2018); Programmavoorstel Paramedische Zorg 2023-2026, ZonMw (2023).*[1-3, 5, 20-23]

**Onderwerpen uit de veranderagenda de Visie op kwaliteit van de oefentherapeut in 2030*[3].

	Prioritering op oefentherapeutische relevantie	Score
	Kleine relevantie, lage prioriteit	1 - 2 positieve waarderingen
	Matige relevantie, gemiddelde prioriteit	3 –4 positieve waarderingen
	Grote relevantie, hoge prioriteit	5 positieve waarderingen

Tabel 2.6 Prioritering van kennisvragen op maatschappelijke relevantie

Prioriteren doelgroepen op basis van oefentherapeutische relevantiecriteria

De geselecteerde aandoeningen voor het wetenschappelijk literatuuronderzoek (bijlage 1a) en de aandoeningen uit de richtlijnen (bijlage 1b) zijn ook beoordeeld op oefentherapeutische relevantie, door ze te beoordelen op zes beoordelingsvragen. Deze vragen zijn onderverdeeld in twee criteria (tabel 2.7). Deze criteria zijn overgenomen uit de Kennisagenda Oefentherapie 2018 en aangescherpt door de projectgroep.

De prioritering van de doelgroep wordt bepaald door het aantal beoordelingsvragen waar deze vraag positief (ja) op scoort. De omzetting van score naar prioritering is weergegeven in tabel 2.8.

Selectiecriteria	Beoordelingsvragen
De doelgroep is een belangrijke doelgroep voor de oefentherapie	1. De doelgroep is onderdeel van de focus van de oefentherapeut[a] (voorwaarde)
	2. Er is voor deze doelgroep een landelijke vereniging of netwerk waaraan oefentherapeuten deelnemen (binnen en buiten de VvOCM om): Ja/Nee
	3. De doelgroep staat in de top 10 aandoeningen volgens NIVEL-registraties[b] : Ja/Nee
	4. De doelgroep is genoemd in de VvOCM- en/of PPN-survey: Ja/Nee
	5. Er is een richtlijn, kwaliteitsproduct of protocol ontwikkeld voor de doelgroep[c]: Ja/Nee
De doelgroep is ook voor andere partijen relevant om inhoudelijk en/of financieel aan bij te dragen	6. Met betrekking tot de doelgroep vindt op dit moment gesubsidieerd oefentherapie gerelateerd onderzoek plaats, volgens de inventarisatie bij de umc's, hogescholen (opleidingen oefentherapie/lectoraten) en subsidieverstrekkers: Ja/Nee

Tabel 2.7 Oefentherapeutische relevantiecriteria doelgroepen

[a] *Dit zijn de doelgroepen die beschreven staan in het visiedocument 'een visie op oefentherapie en de oefentherapeut in 2030* [3]*. Ze staan weergegeven in tabel 2.2.*

[b] *Dit zijn de expertisegebieden volgens de NIVEL-jaarverslag 2021* [24]*. Het gaat om de volgende doelgroepen: 1. Ontwikkelingsstoornissen (kind); 2. Psychosomatische aandoeningen; 3. LWK: spier-, pees-, fascie aandoeningen; 4. Inwendig: hyperventilatie zonder longpathologie; 5. CWK: spier-, pees-, fascie aandoeningen; 6. Totale WK: spier-, pees-, fascie aandoeningen; 7. Totale WK: afwijking WK/bekken; 8. C-TWK: spier-, pees en fascie aandoeningen; 9. Bekken: gynaecologie; 10. Bekken: spier-, pees-, fascie aandoeningen.*

[c] *Aandoeningsspecifieke richtlijnen of kwaliteitsproducten: RA (2018); COPD (2019); Artrose heup/knie (2019); Aanbevelingen FT bij AX-SPA (2019); Lage rug en lubosacraa radiculair syndroom; Domein specifiek KNGF Oncologie (2022); Multidisciplinaire Richtlijn Parkinson (2023); Richtlijn sPAV (in ontwikkeling); Richtlijn Hartrevalidatie (2024); Multidisciplinaire richtlijn Kwetsbare ouderen (2024)*

	Prioritering op maatschappelijke relevantie	Score
	Kleine relevantie, lage prioriteit	1 - 2 positieve waarderingen
	Matige relevantie, gemiddelde prioriteit	3 - 4 positieve waarderingen
	Grote relevantie, hoge prioriteit	5 - 6 positieve waarderingen

Tabel 2.8 Prioritering van doelgroepen op oefentherapeutische relevantie

Prioriteren doelgroepen op basis van wetenschappelijke relevantie

Op basis van het geüpdatete literatuuronderzoek naar de (kosten)effectiviteit van oefentherapie is binnen de evidentietabel in bijlage 1a de wetenschappelijk prioritering weergegeven. Zoals bij de PICO weergegeven is bij de 'Interventie' onderscheid gemaakt tussen 'oefentherapie' en de 'gedragscomponent binnen oefentherapie C/M'. Per aandoening én per interventie is op basis van de hoeveelheid gevonden evidentie een wetenschappelijke prioritering aangebracht: lage, gemiddelde of hoge prioriteit. De legenda van bijlage 1 geeft weer hoe deze prioritering tot stand is gekomen.

Prioriteren doelgroepen op basis van aanwezige richtlijnen

In bijlage 1b staan de doelgroepen weergegeven waarvan een recente KNGF/VvOCM-richtlijn is gepubliceerd. In het richtlijnproces wordt veelal systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd naar de (kosten)effectiviteit van specifieke interventies voor de betreffende doelgroepen. In de richtlijn staan deze interventies beschreven. Net als bij het literatuuronderzoek voor de 22 aandoeningen is het onderscheid gemaakt tussen 'oefentherapie' en de 'gedragsinterventie binnen oefentherapie'. Bij de beoordeling is rekening gehouden of er systematisch literatuuronderzoek is gedaan, dat aangeeft dat er een indicatie is voor effectiviteit van oefentherapie bij die doelgroep. Indien er gebruik is gemaakt van niet-systematisch literatuuronderzoek of expert opinion, resulteerde dit in de beoordeling 'geen indicatie voor effectiviteit'. Daarnaast is er ook een oefentherapeutische prioritering uitgevoerd en weergegeven in de bijlage.

Fase 5: Ontwikkelen en vaststellen van de definitieve kennisagenda

In deze fase zijn alle genomen stappen en resultaten verwerkt in de geactualiseerde Kennisagenda Oefentherapie 2024. Verder zijn de resultaten met de andere PPN-partijen, de Patientenfederatie en ZonMw gedeeld en is er een strategie opgesteld voor de implementatie van de kennisagenda.

3 Resultaten

3.1 Resultaten van de verschillende fases

Fase 1 – inventarisatie kennishiaten

Vanuit de gehele inventarisatie zijn in totaal 215 kennishiaten opgehaald (zie tabel 3.1).

Factoren die het gebruik van richtlijnen **bevorderen**	**Aantal kennishiaten**
PPN vragenlijst – specifiek oefentherapie	40
VvOCM vragenlijst	44
Kennisagenda's verwante beroepsgroepen	108
Richtlijnen	23
Totaal	**215**

Tabel 3.1 Opgehaalde kennishiaten vanuit verschillende bronnen.

Fase 2 – Update van het literatuuronderzoek naar de (kosten)effectiviteit van oefentherapie

Voor 12 aandoeningen is er een hoge wetenschappelijke relevantie gevonden vanuit de literatuur. Voor de aandoeningen 'arbeidsgerelateerde rugklachten', 'chronische pijn' en 'fibromyalgie' werd de meeste evidentie gevonden. Voor de aandoeningen 'hyperventilatie', 'slaapproblemen' en 'schouderklachten' werd de minste evidentie gevonden. Vanuit de recent gepubliceerde richtlijnen is voor twee aandoeningen hoge wetenschappelijke relevantie gevonden. In Bijlage 1a worden de resultaten van het literatuuronderzoek naar de (kosten)effectiviteit van oefentherapie en de gedragscomponent binnen oefentherapie in een evidentietabel weergegeven.

Fase 3 en 4 - Bundeling van de kennishiaten en concretiseren en prioriteren van de kennishiaten

Figuur 3.1 geeft schematisch weer welke stappen gevolgd zijn om van de geïdentificeerde kennishiaten naar de definitieve thema's en kennisvragen te komen. Er zijn vier thema's geformuleerd, waarvan twee thema's hetzelfde zijn gebleven ten opzichte van de kennisagenda 2018 (de huidige thema's 2 en 3). Onder de vier thema's zijn in totaal 15 kennisvragen en 12 verdiepende subkennisvragen geformuleerd. In bijlage 3 staat een uitgebreide versie van de flowchart waarin het verloop van het aantal kennishiaten, thema's en uiteindelijke kennisvragen staat weergegeven.

De vier thema's zijn:

1. Oefentherapie en werkingsmechanismen
2. Gedragsverandering en zelfmanagement
3. Innovatie van beweegzorg door technologie
4. Samenwerking en substitutie

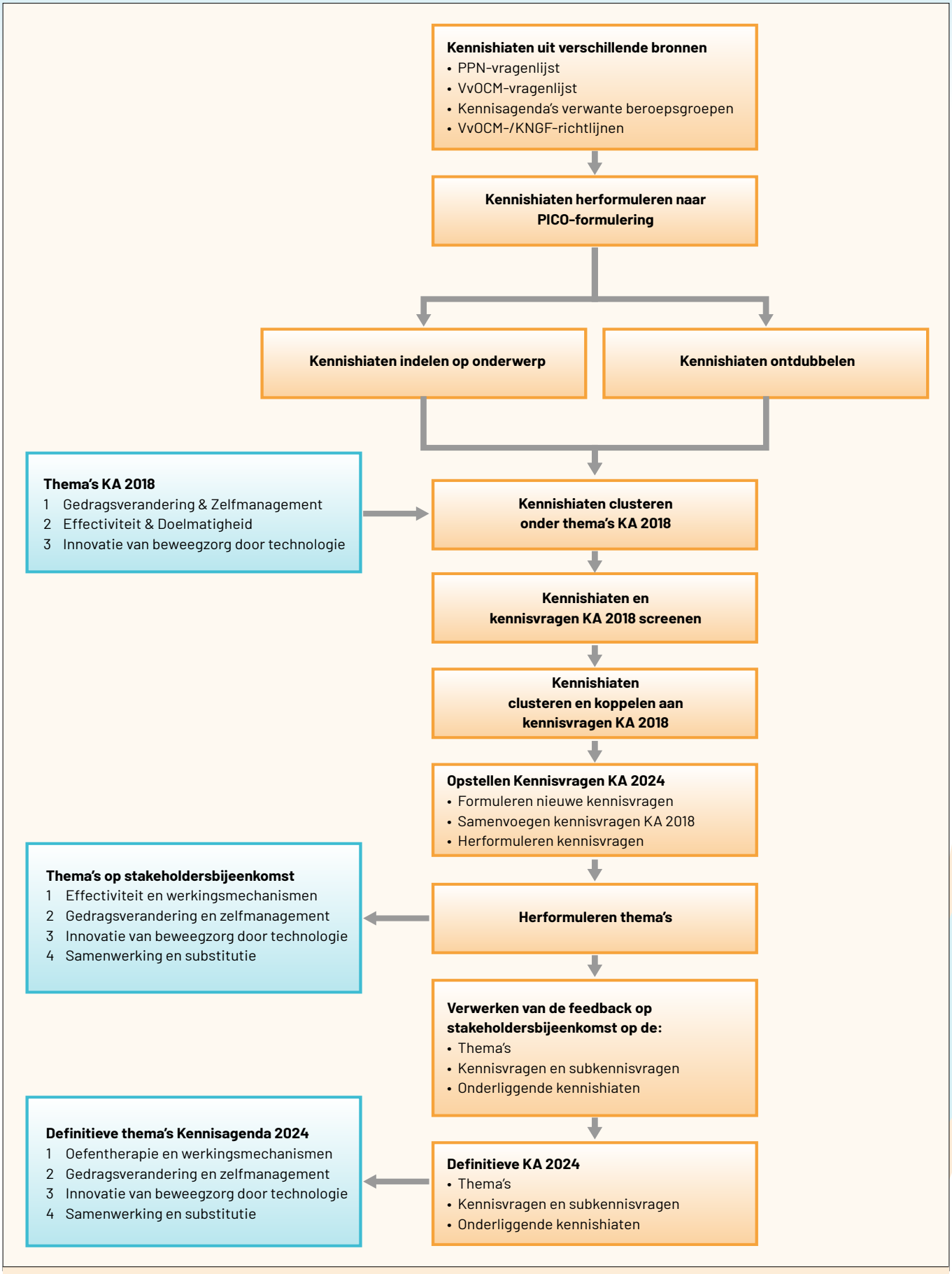
In hoofdstuk 3.2 tot en met 3.5 wordt dieper ingegaan op de thema's. De definitieve kennisvragen worden per thema toegelicht.

Resultaten maatschappelijke prioritering van de kennisvragen

Van de 15 kennisvragen hebben 12 vragen een hoge maatschappelijke prioritering gekregen en drie vragen een gemiddelde maatschappelijke prioritering. De 12 subkennisvragen hebben allemaal een gemiddelde prioriteit. In bijlage 2 staat de uitkomst van de beoordeling op de maatschappelijke criteria weergegeven.

Resultaten oefentherapeutische prioritering van de doelgroepen

Van de 22 doelgroepen waarvoor wetenschappelijk evidentie in kaart is gebracht, hebben 12 doelgroepen een hoge oefentherapeutische prioritering gekregen (zie bijlage 1a). Van de tien doelgroepen waarvan een recente richtlijn beschikbaar is, hebben zeven doelgroepen een hoge oefentherapeutische prioriteit gekregen (zie bijlage 1b). De aandoeningen die voldeden aan alle criteria zijn motorische ontwikkelingsachterstand bij kinderen, cerebrale parese, artrose/degeneratie van de lumbale wervelkolom, arbeidsgerelateerde rugklachten, chronische pijn, axiale spondylartritis en lage rugpijn.



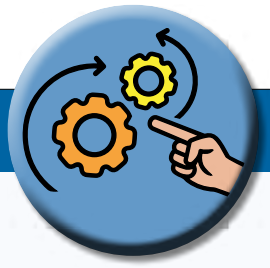
Figuur 3.1 Flowchart van kennishiaten naar kennisvragen en subkennisvragen

3.2 Thema 1: Oefentherapie en werkingsmechanismen

Zoals in de inleiding beschreven bestaat de oefentherapeutische interventie uit een motorisch leerproces, oefenen in de context en ondersteuning bij gedragsverandering en zelfmanagement [6, 7]. Verschillende studies bij diverse doelgroepen tonen de (kosten)effectiviteit van 'oefentherapie' en de 'gedragscomponent binnen oefentherapie' (zie de evidentietabel, bijlage 1a). Echter is dit nog niet bij alle doelgroepen onderzocht. Ook werd onderzoek naar het effect van de oefentherapeutische interventie op uitkomsten als arbeidsverzuim en arbeidsparticipatie en samenhangende maatschappelijk kosten als nuttig gezien door de stakeholders.
Daarom is het belangrijk om de (kosten)effectiviteit van de oefentherapeutische interventie te onderzoeken voor de doelgroepen waarbij dit nog niet bekend is. Meer transparantie over de effectiviteit van de oefentherapie en de gedragscomponent binnen de oefentherapeutische interventie draagt bovendien bij aan de positionering van de oefentherapie binnen (multidisciplinaire) richtlijnen, de duidingstrajecten van het Zorginstituut (ZiNL) met betrekking tot de stand van de wetenschap en praktijk [25] en aan transparantie over de effectiviteit van oefentherapie naar patiënten [26]. Daarnaast kunnen de onderzoeksresultaten oefentherapeuten ondersteunen in de keuze waarop de nadruk gelegd wordt in de behandeling: de oefentherapeutische aspecten en/of de gedragscomponenten.

De 'werkingsmechanismen' – het tweede aspect van dit thema – gaan over waaróm een interventie werkt. Onderzoek hiernaar is van belang om de effectiviteit van bepaalde interventies bij specifieke aandoeningen en patiëntkenmerken te optimaliseren.

Een grote uitdaging bij zowel het onderzoek naar oefentherapie als naar de onderliggende werkingsmechanismen is het meetbaar maken van beweeggedrag (kwantitatief en/of kwalitatief) en de mate van zelfmanagement van een patiënt. Het ontwikkelen van meetinstrumenten die deze uitkomstmaten operationaliseren is van belang binnen dit onderzoeksthema.



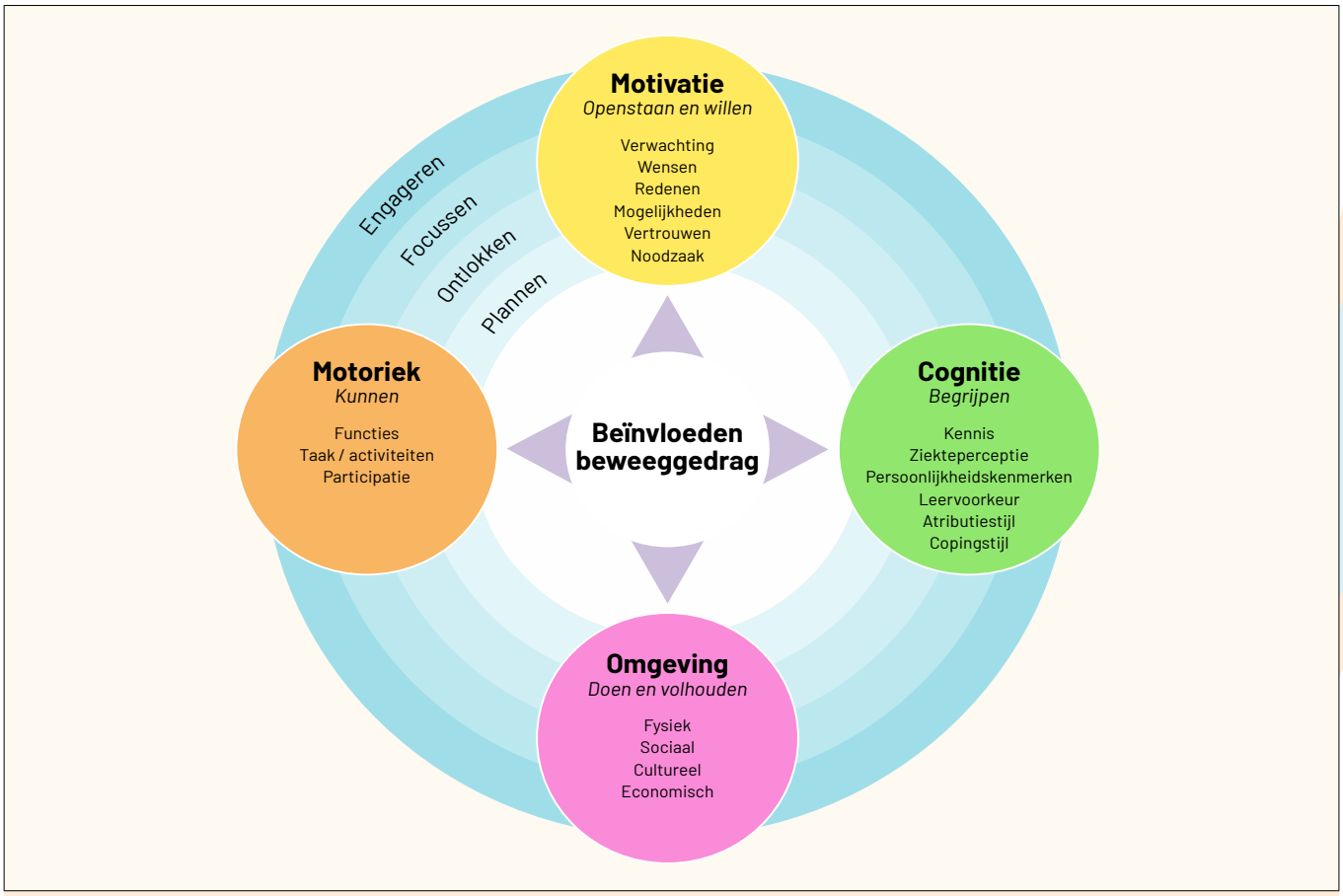
Thema 1: Oefentherapie en werkingsmechanismen	
1	[Prioriteit: Hoog] Wat is de (kosten)effectiviteit op korte en lange termijn, van de oefentherapeutische interventie (motorisch leren*, oefenen in de context*, gedragsverandering* en zelfmanagementondersteuning*) op beweeggedrag*, functioneren in eigen omgeving* en kwaliteit van leven*?
2	[Prioriteit: Hoog] Wat is de (kosten)effectiviteit op korte en lange termijn, van de oefentherapeutische interventie (motorisch leren, oefenen in de context, gedragsverandering en zelfmanagementondersteuning) op arbeidsparticipatie, arbeidsverzuim en re-integratie en de daarmee gepaard gaande maatschappelijke kosten?
3	Prioriteit: Hoog] Wat zijn de onderliggende werkingsmechanismen van de oefentherapeutische interventie, gerelateerd aan de biologische, psychische en sociale factoren van de patiënt?
4	[Prioriteit: Hoog] Wat zijn de meest geschikte meetinstrumenten om het beweeggedrag en zelfmanagement van de patiënt in kaart te brengen in de oefentherapeutische praktijk op basis van de psychometrische eigenschappen en klinische toepasbaarheid van deze meetinstrumenten?
*Deze begrippen staan toegelicht in de definitielijst in hoofdstuk 3.6	

3.3 Thema 2: Gedragsverandering en zelfmanagement

De oefentherapeut begeleidt patiënten in het veranderen van hun (beweeg)gedrag om zo klachten te verminderen of op te lossen en de mate van zelfmanagement en participeren in het dagelijks leven te vergroten. Hierbij wordt door de oefentherapeut zowel naar het kwantitatieve aspect (hoeveel beweegt een persoon) als ook naar het kwalitatieve aspect (hoe beweegt een persoon) van het beweeggedrag gekeken. Daarnaast kan de gedragsverandering of zelfmanagementondersteuning ook betrekking hebben op bijvoorbeeld stressmanagement, dagindeling en gedrag dat van invloed is op het slapen.

Het veranderen van gedrag is een complex proces. Geen model is sluitend of uitgebreid genoeg om het gehele proces van veranderen te omvatten. De oefentherapeut maakt dan ook gebruik van verschillende modellen van gedragsverandering, die geïntegreerd zijn binnen het Oefentherapeutisch Diagnostiek en Interventie Model (ODIM) [8].

Het model van gedragsverandering door oefentherapie [27] staat hierbij aan de basis; Volgens dit model kent gedragsverandering zes stappen: openstaan, begrijpen, willen, kunnen, doen en volhouden, die plaatsvinden in vier fases [27]. De stappen van gedragsverandering zijn binnen het vliegwiel van het ODIM ondergebracht in de vier aspecten, zie figuur 3.2 [8]. Ook het ASE-model, het COM-B model, het ICF-model en de principes van motivational interviewing zijn in het ODIM geïntegreerd [28-31].



Figuur 3.2 Relatie tussen de vier ODIM aspecten en de zes stappen van gedragsverandering.

De werkwijze van oefentherapeuten komt overeen met de 'samen beslissen' methode – een belangrijk-rijk speerpunt van het IZA - die momenteel breed geïmplementeerd wordt in de (para)medische zorg [2].

Gezien de toename van het aantal mensen met chronische (pijn)klachten en chronische aandoeningen, het hoge aantal mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden (36% van de Nederlandse bevolking) [32] en de dreigende capaciteitstekorten in de gezondheidszorg is het thema 'gedragsverandering en zelfmanagement' zeer passend bij belangrijke speerpunten binnen het Integraal Zorgakkoord (IZA). Om er een aantal te noemen: 'waardegedreven zorg', 'juiste zorg op de juiste plek', 'samen beslissen', 'gericht op gezondheid in plaats van ziekte' en 'voorkomen van duurdere zorg'. Door de focus te leggen op gedragsverandering en zelfmanagement kan duurdere zorg in de tweede- of derdelijn (multidisciplinaire revalidatietrajecten) voorkomen worden. Om deze redenen zijn de volgende kennisvragen relevant:



Thema 2: Gedragsverandering en zelfmanagement	
1	[Prioriteit: Hoog] Leidt de oefentherapeutische behandeling gericht op gedragsverandering* en zelfmanagement* bij mensen met chronische (pijn)klachten of chronische aandoeningen* tot minder recidieven/een gunstiger ziektebeloop ten opzichte van gebruikelijke zorg of geen behandeling?
2	[Prioriteit: Hoog] Wat zijn belangrijke elementen in de communicatie van de oefentherapeut om motivatie voor gedragsverandering bij de patiënt te bevorderen? a. [Prioriteit: Gemiddeld] In hoeverre draagt samen beslissen* in de oefentherapeutische praktijk bij aan de motivatie van de patiënt voor gedragsverandering?
3	[Prioriteit: Hoog] Hoe kan de oefentherapeut therapietrouw stimuleren, in het bijzonder bij patiënten met lage SES of lage gezondheidsvaardigheden, ter preventie* van chronische (pijn)klachten of chronische aandoeningen?
*Deze begrippen staan toegelicht in de definitielijst in hoofdstuk 3.6	

3.4 Thema 3: Innovatie van beweegzorg door technologie

Innovatie van beweegzorg is belangrijk om het vakgebied oefentherapie te versterken en aan te sluiten op landelijke ontwikkelingen. Binnen het IZA is digitalisering en gegevensuitwisseling een belangrijk speerpunt [2]. De laatste jaren is er veel ontwikkeling geweest op het gebied van zorgtechnologie in de gehele breedte van zorg en op het gebied van beweegzorg. Deze zorgtechnologie kan de oefentherapeutische zorg ondersteunen of een interventietechniek zijn in de behandeling ter motivatie, monitoring of bewustwording van het eigen beweeggedrag, gezondheids-uitkomsten, gedragsverandering en zelfmanagement.

Patiënten kunnen via technologie over hun eigen gezondheidsgegevens (zoals BMI of bloeddruk) beschikken en kunnen inzicht krijgen in hun eigen (kwantitatieve) beweeggedrag (zoals het aantal gezette stappen per dag of actieve minuten). Daarnaast kan in toenemende mate gebruik worden gemaakt van technische middelen zoals sensoren (IMU's) om het kwalitatieve beweeggedrag meetbaar te maken [33]. Tevens is er de mogelijkheid om een 'blended' vorm van behandeling aan te bieden, waarin 'face-to-face' contact met de patiënt wordt geïntegreerd met zorg of monitoring op afstand. Zo beveelt de richtlijn 'Zorg op Afstand' bijvoorbeeld aan om apps of wearables in te zetten als de patiënt in staat is om zonder directe supervisie aan therapiedoelen kan werken [12].

Om zorgtechnologie in te zetten, zijn (mogelijk aanvullende) competenties vereist van de oefentherapeut, zoals bepalen welke technologie past bij de zorgvraag, behoefte en mogelijkheden van de patiënt en het gebruik van deze data binnen het oefentherapeutisch diagnostisch of behandelproces. Daarnaast is het van belang om te weten welke technologie goed toepasbaar is in de oefentherapeutische praktijk voordat deze breed geïmplementeerd kan worden.
Om passende zorg te kunnen blijven leveren als oefentherapeut, is (kosten)-effectiviteitsonderzoek naar het inzetten van zorgtechnologie in de beweegzorg vergeleken met gebruikelijke beweegzorg wenselijk.

Ook zijn er diverse mogelijkheden op het gebied van ontwikkeling van zorgtechnologie voor de oefentherapeut. Artificial intelligence (AI) is een veelbelovende technologie en een veelgehoorde term in de gezondheidszorg. Hoewel er veel over de potentie wordt gesproken zijn er nog nauwelijks concrete toepassingen van AI in de Nederlandse (en internationale) zorg [34]. Ook zijn er nog diverse verbetermogelijkheden in het toepassen van gedragsveranderingstechnieken binnen zorgtechnologie [35]. Daarnaast is er vanuit de praktijk behoefte aan het beschikbaar krijgen van betrouwbare en actuele informatie, met name voor patiënten met zeldzame en complexe aandoeningen. Het is zeer aannemelijk dat zorgtechnologie hiervoor oplossingen kan bieden.



Thema 3: Innovatie van beweegzorg door technologie

1	[Prioriteit: Hoog] Welke kennis en vaardigheden bij oefentherapeuten zijn voorwaardelijk voor (I) het gebruik van bestaande zorgtechnologie* ter ondersteuning van het motorisch leren*, oefenen in de context*, gedragsverandering* en/of zelfmanagement*? (II) het in co-creatie ontwikkelen van zorgtechnologie?
2	[Prioriteit: Hoog] Wat is de toepasbaarheid van zorgtechnologie in het diagnostische en/of therapeutische proces ter bevordering van motorisch leren, oefenen in de context, gedragsverandering en zelfmanagement? a. [Prioriteit: Gemiddeld] Welke zorgtechnologie is voldoende betrouwbaar, valide en toepasbaar om het beweeggedrag, zowel kwantiteit als kwaliteit van bewegen, in kaart te brengen en/of te bevorderen?
3	[Prioriteit: Gemiddeld] Wat is de (kosten)effectiviteit van de oefentherapeutische blended interventie* gericht op motorisch leren, oefenen in de context, gedragsverandering en zelfmanagement op het beweeggedrag, functioneren in de eigen omgeving en kwaliteit van leven in vergelijking met de face-to-face oefentherapeutische interventie? a. [Prioriteit: Gemiddeld] Wat is voor individuele patiënten de optimale verhouding tussen face-to-face oefentherapie en digitale componenten binnen een blended interventie?
4	[Prioriteit: Hoog] Hoe kan bestaande zorgtechnologie geoptimaliseerd worden zodat deze (nog meer) bijdraagt aan het effect van de oefentherapeutische blended interventie? a. [Prioriteit: Gemiddeld] Op welke wijze kunnen persoonlijke patiëntdata (bijv. beweegdata)* en Artificial Intelligence (AI) bijdragen aan (het effect van) de oefentherapeutische interventie? b. [Prioriteit: Gemiddeld] Op welke wijze kunnen gedragsveranderingstechnieken* toegevoegd worden aan bestaande of nog te ontwikkelen zorgtechnologie? c. [Prioriteit: Gemiddeld] Op welke wijze kunnen online platforms efficiënt ingericht worden zodat de oefentherapeut gemakkelijk betrouwbare en actuele informatie kan verkrijgen over klachten bij en behandelingen voor patiënten met zeldzame en/of complexe aandoeningen?
5	[Prioriteit: Gemiddeld] Wat is de invloed van inzet van zorgtechnologie op de patiënt-therapeutrelatie?

*Deze begrippen staan toegelicht in de definitielijst in hoofdstuk 3.6

3.5 Thema 4: Samenwerking en substitutie

In het huidige zorglandschap is interprofessionele samenwerking en bijbehorende substitutie van zorg niet meer weg te denken. Om de beweging naar passende zorg te kunnen maken moet er een goede samenwerking plaatsvinden tussen zorgverleners binnen én tussen de eerste- tweede-, én derdelijn. Om de uitdagingen in de zorg het hoofd te bieden en recht te doen aan regionale verschillen zal zorg in de toekomst steeds meer regionaal georganiseerd worden. Hiervoor ontwikkelen zich nieuwe organisatievormen en neemt het aantal regionale samenwerkingsverbanden toe [2, 3].

De oefentherapeut kan met focus op gezondheid in plaats van ziekte, via samen beslissen, zelfredzaamheid, leefstijl, preventie, gedragsverandering en zelfmanagement een substantiële bijdrage leveren aan passende zorg[3]. Goede communicatie, veilige gegevensuitwisseling en samenwerking met de patiënt én andere zorgverleners zijn hierbij van groot belang.

In 'Een visie op oefentherapie en de oefentherapeut in 2030' zet de beroepsgroep in op lokale aansluiting bij het formele en informele netwerk om een patiënt heen én op regionale samenwerking rond relevante patiëntgroepen. Hierbij zijn de volgende kennisvragen van belang:



Thema 4: Samenwerking en substitutie

1	[Prioriteit: Hoog] Hoe kan interprofessioneel samenwerken tussen de oefentherapeut en andere zorgverleners worden vormgegeven ten behoeve van persoonsgerichte en waardegedreven zorg* bij patiënten met chronische klachten of aandoeningen? a. [Prioriteit: Gemiddeld] Welke best practices van interprofessionele samenwerking zijn er? b. [Prioriteit: Gemiddeld] Welke rol kan de oefentherapeut innemen in een interprofessionele stepped care strategie* ten behoeve van verbetering van pijn, functioneren en participeren en wat is het patiëntenperspectief binnen deze strategie? c. [Prioriteit: Gemiddeld] Wat zijn de voornaamste succesfactoren en barrières om effectieve en samenhangende interprofessionele zorg te kunnen leveren? Welke rol/welke expertise vraagt dit? d. [Prioriteit: Gemiddeld] Wat is de (kosten)effectiviteit van zorg op basis van interprofessionele samenwerking in vergelijking met monodisciplinaire zorg op het beweeggedrag*, functioneren in de eigen omgeving*, zelfmanagement* en kwaliteit van leven*?
2	[Prioriteit: Hoog] Wat is de (kosten)effectiviteit van substitutie van eerste- of tweedelijnszorg* naar de oefentherapeut bij patiënten met chronische (pijn)klachten of chronische aandoeningen* op pijn, functioneren en participeren? a. [Prioriteit: Gemiddeld] Bij welke klachten en aandoeningen is substitutie van zorg zinvol? b. [Prioriteit: Gemiddeld] Welke randvoorwaarden (bijv. kennis, locatie, materialen, vergoeding) gelden voor een kwalitatief goede substitutie van zorg van de tweedelijn naar de eerstelijns oefentherapeut?
3	[Prioriteit: Gemiddeld] Welke patiëntinformatie, bijvoorbeeld de 'readiness to change'*, is van toegevoegde waarde om in kaart te brengen door de verwijzer voorafgaand aan de oefentherapeutische behandeling bij patiënten met chronische (pijn)klachten of chronische aandoeningen?

*Deze begrippen staan toegelicht in de definitielijst in hoofdstuk 3.6

3.6 Definities

Beweeggedrag

Het observeerbare houdings- en beweeggedrag in de eigen context van de patiënt[36, 37]. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen kwantiteit en kwaliteit van beweeggedrag.

Kwantiteit van beweeggedrag:

- Duur: hoe vaak en hoe lang voert de patiënt handelingen, activiteiten, bewegingen en houdingen uit (aantal minuten per dag, of het aantal stappen per dag)
- Intensiteit: hoe intensief voert de patiënt activiteiten, handelingen, bewegingen en houdingen uit (hartslag, bewegingsuitslagen, snelheid, energieverbruik)

Kwaliteit van beweeggedrag:

De manier waarop activiteiten worden uitgevoerd. Het is een resultaat van individuele beweegpatronen, aangepast aan persoonlijke mogelijkheden (beïnvloed door fysieke en mentale functies en persoonlijke factoren), taken en omgeving. Het kan beschreven worden door observeerbare karakteristieken zoals vloeiendheid, bijbewegingen, symmetrie en rotaties tijdens bewegen [38, 39].

Beweegdata

Data over het kwantitatieve of kwalitatieve beweeggedrag van een patiënt, vaak weergegeven in stappen per dag, aantal actieve minuten, aantal calorieën verbrand, beweegsnelheid of 'gait parameters'.

Blended interventies

Een interventie waarbij zowel face-to-face als online zorg en contactmomenten worden ingezet.

Doelgroepen van de oefentherapeut

De focus patiëntgroepen van de oefentherapeut staan omschreven in het beleidsdocument: 'Een visie op oefentherapie en de oefentherapeut in 2030' [3]:

- Ademhalingsklachten
- (A)specifieke (lage) rug-, nek-, schouder- en armklachten
- Arbeidsgerelateerde klachten
- Bekken(bodem) klachten
- Chronische pijn
- Geriatrie
- Motorische ontwikkelachterstanden
- Progressieve neurologische klachten
- Psychosomatische klachten
- Reumatische aandoeningen
- Scoliose
- Slaapproblemen

De kennisvragen gelden in principe voor alle doelgroepen van de oefentherapeut. In sommige gevallen wordt de doelgroep gespecificeerd in de kennisvraag, namelijk bij:

- Chronische pijn: dit betreft pijn die langer dan drie maanden blijft bestaan, waarbij er geen één op één relatie (meer) is met het oorspronkelijke letsel [40].
- Chronische aandoeningen: aandoeningen waar geen uitzicht is op volledig herstel [41].

Functioneren in eigen omgeving
Gericht op activiteiten en participatie in het dagelijks leven [6].

Gebruikelijke zorg
Alle zorg die plaatsvindt rondom de patiënt, anders dan oefentherapeutische zorg. Dit kan ook géén zorg inhouden, bijvoorbeeld een afwachtend beleid.

Gezondheidsvaardigheden
De vaardigheden van personen om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van gezondheidsgerelateerde beslissingen [42].

Kwaliteit van leven
Kwaliteit van leven gaat erover hoe iemand zijn eigen bestaan ervaart en of diegene in staat is om hier een waardevolle invulling aan te geven. Er zijn diverse interne en externe factoren die iemands levenskwaliteit beïnvloeden, zoals iemands lichamelijke of psychische toestand, levensbeschouwing, sociale relaties, leefomgeving of mate van zelfstandigheid en autonomie [43].

Oefentherapeutische interventie
De oefentherapeutische interventie is een interventie die zich richt op het houdings- en beweeggedrag en het bewegend functioneren (functies, activiteiten en participatie). Hierbij is specifiek aandacht voor de factoren (motoriek, cognities, motivatie, emotie en omgeving) die het probleem ten aanzien van bewegend functioneren in stand houden dan wel beïnvloeden. Het doel is houding- en beweeggedrag (zowel kwalitatief als kwantitatief) te optimaliseren om korte- en langetermijnparticipatie te herstellen, te vergroten of te behouden [6]. De oefentherapeutische interventie bestaat uit een combinatie van elementen [7], die hieronder staan toegelicht:

- **Motorisch leren**

  Motorisch leren wordt beschreven als een 'set van processen gerelateerd aan oefening of ervaring die leiden tot relatief permante veranderingen in de mogelijkheid om vaardige bewegingen te produceren' [44]. De oefentherapeut maakt hierbij bewust keuzes in het gebruik van expliciete of impliciete leerstrategieën (interne of externe focus van aandacht), op basis van wat het beste past bij de patiënt. Bij expliciet leren wordt de aandacht gericht op het eigen lichaam. Bij impliciet leren gaat over het effect van de beweging op de omgeving [45].

  Het arsenaal aan leerstrategieën is groot en kan variëren, bijvoorbeeld: foutloos leren, impliciet of expliciet leren, drie fasen leren, differentieel leren, in open en gesloten keten oefenen, het gebruik van dubbeltaken, het gebruik van auditieve cues, het uitlokken van bewegingen met behulp van oefenmaterialen of door de koppeling met voor de patiënt relevante ADL. Feedback kan verbaal, visueel (met behulp van spiegels) of proprioceptief gegeven worden [6, 44].

  Het motorisch leerproces is de basis van het gedragsveranderingsproces ten aanzien van het beweeggedrag.

- **Oefenen in de context**

  De oefentherapeut is een context-gericht behandelaar. De betekenis van 'context' is tweeledig. Enerzijds gaat het om persoonskenmerken van de patiënt en zijn sociale en fysieke omgeving. De oefentherapeut houdt met deze factoren rekening in de behandeling. Anderzijds gaat het over de locatie waar de therapie plaatsvindt. Dit kan een praktijk of behandelcentrum zijn, op de werkplek of het sportveld, maar ook (fysiek of digitaal) bij de patiënt [3, 6].

- **Gedragsverandering**

  Gedragsverandering is een proces waarbij gedragsroutines aangepast worden om te streven naar een nieuw, verbeterd doelgedrag. Gedragsverandering kan hierbij tot uiting komen in het beweeggedrag, maar ook in factoren als stressmanagement, dagindeling of gewoontes rondom slaap. Volgens het model van gedragsverandering door oefentherapie kent gedragsverandering zes stappen, te weten: openstaan, begrijpen, willen, kunnen, doen en volhouden [27]. Bij het gedragsveranderingsproces speelt 'Readiness to change' een rol. Dit is de bereidheid tot gedragsverandering van patiënten. Met behulp van een vragenlijst of gesprek (m.b.v. MI) kan bepaald en beoordeeld worden wat de mate van bereidheid is om een gedragsverandering te maken op gebieden die vaak onderdeel zijn van een multidisciplinaire behandeling, bijvoorbeeld zelfmanagement in het omgaan met pijn [46].

  Gedragsveranderingsstrategieën

  Gedragsveranderingstrategieën zijn gecoördineerde sets van activiteiten gericht op het veranderen van specifieke gedragspatronen [47]. Voorbeelden zijn Motivational Interviewing (MI), Problem Solving Therapy (PST) en Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Hierbij zijn 'gedragsveranderingstechnieken' afgebakende, concrete technieken om gedrag te veranderen, vanuit de taxonomie van Michie et al [29]. Voorbeelden zijn het stellen van gedrags- of uitkomstdoelen en het geven van beloningen.

- **Zelfmanagementondersteuning**

  Zelfmanagement is het zodanig omgaan met de aandoening (symptomen, behandeling, lichamelijk, psychische en sociale consequenties en bijbehorende aanpassingen in leefstijl) dat de aandoening optimaal wordt ingepast in het leven [48-50].

  Zelfmanagementondersteuning is de ondersteuning die oefentherapeuten bieden aan mensen met een ziekte of beperking en hun netwerk, zodat zij in het dagelijks leven met hun ziekte of beperking kunnen omgaan en zo gezond mogelijk leven. Hierbij handelen oefentherapeuten volgens de Richtlijn Zelfmanagement [51].

Patiëntenperspectief

Het patiëntenperspectief bestaat uit de ervaringen, verwachtingen en wensen van mensen die zorg ontvangen. Dit perspectief kan gebruikt worden om bijvoorbeeld te bepalen welke problemen patiënten ervaren en welke verbeteringen gerealiseerd moeten worden. Hiermee kan onderzoek, beleid, richtlijnontwikkeling en zorginnovatie verbeterd worden en neemt de relevantie daarvan voor de patiënt toe. Patiëntenparticipatie betekent hierbij het benutten van de specifieke ervaringsdeskundigheid van patiënten en/of hun naasten voor het verbeteren van de zorg [52].

Patiëntveiligheid

Het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte schade die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen en/of door tekortkoming van het zorgsysteem [53].

Preventie van (chronische) (pijn)klachten of chronische aandoeningen

Bij preventie gaat het om het bevorderen en beschermen van de gezondheid, het vookomen van ziekten en het vroegtijdig opsporen van mogelijke complicaties. Preventieve maatregelen worden op verschillende plekken en door diverse organisaties genomen [54]. Bij de oefentherapeut gaat het om geïndiceerde preventie (bij een patiënt met beginnende klachten) of om zorg-gerelateerde preventie (bij een patiënt met een ziekte of aandoening; voorkomen dat er secundaire klachten of complicaties optreden).

Het kan ook gaan om collectieve preventie bij doelgroepen met een verhoogd risico op negatieve gezondheidsuitkomsten. Voorbeelden hiervan zijn preventieprogramma's die een oefentherapeut kan geven zoals de Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) bij mensen met een gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico of een valpreventieprogramma voor ouderen met een verhoogd valrisico.

Samen beslissen

Een proces waarin zorgverlener en patiënt samen bespreken welke behandeling of zorg het beste bij de patiënt past. Hierbij worden alle opties, voor- en nadelen, voorkeuren en omstandigheden van de patiënt meegenomen [55].

Stepped care strategie

Stepped Care houdt in dat zorg bestaat uit een aantal stappen, waarbij de minst intensieve/ invasieve behandeling als eerste wordt gekozen. Indien deze niet tot significante verbetering leidt, dan wordt verdergegaan met de volgende, intensievere stap [56].

Substitutie van zorg

Substitutie is het verplaatsen van zorg, waarbij de patiënt een ander type behandeling krijgt bij een andere zorgverlener. Deze substitutie kan bijvoorbeeld plaatsvinden van de huisarts naar de oefentherapeut of van de tweedelijn (bijvoorbeeld de medisch specialist) naar de eerste- of tweedelijns oefentherapeut.

Therapietrouw

Therapietrouw is de mate waarin de patiënt zijn behandeling uitvoert zoals afgesproken met zijn behandelaar. Therapietrouw is belangrijk omdat het de kans dat een behandeling werkt zo groot mogelijk maakt [57].

Waardegedreven Zorg

De zorg is op de eerste plaats effectief, voldoet aan de stand van wetenschap & praktijk en heeft meerwaarde voor de patiënt met een doelmatige inzet van mensen, middelen en materialen [2].

Zorgtechnologie

Technologie die ingezet wordt om gezondheid, welzijn en gezondheidszorg te verbeteren.

4 Implementatie van de Kennisagenda Oefentherapie

4.1 Implementatie in het onderzoek, onderwijs en werkveld

Om te verhelderen op welke manieren de kennisagenda geïmplementeerd kan worden, heeft de projectgroep de volgende activiteiten uitgevoerd:

- Tijdens de inventarisatiefase is met behulp van een enquête input opgehaald bij oefentherapie-stakeholders. Er is gevraagd naar de kennis over en het gebruik van de vorige Kennisagenda Oefentherapie (2018).
- De gezamenlijke borging van de nieuwe kennisagenda en de rol van alle stakeholders is bediscussieerd tijdens de stakeholdersbijeenkomst.
- Bovengenoemd vraagstuk is bediscussieerd in een projectgroepbijeenkomst.
- Een concept uitwerking van deze acties is ter becommentariëring voorgelegd aan de Adviescommissie.

Uit deze activiteiten is duidelijk geworden dat de vorige kennisagenda met name bekend is en gebruikt wordt in het onderwijs en onderzoek, maar niet binnen het werkveld. Alle stakeholders zijn het erover eens dat het werkveld een grotere rol moet krijgen binnen de implementatie van de nieuwe Kennisagenda Oefentherapie 2024. Daarnaast zijn er ook binnen het onderwijs en onderzoek verbeterslagen mogelijk voor implementatie. De eerste stap van de implementatie is om bekendheid te genereren voor de kennisagenda, zowel in het onderzoek en onderwijs als in het werkveld. Hiervoor worden de volgende implementatieproducten of -strategieën ontwikkeld:

- De publicatie van de kennisagenda zal aandacht krijgen op verschillende kanalen van VvOCM, zoals de website, nieuwsbrief en sociale media kanalen (onderzoek, onderwijs en werkveld).
- De kennisagenda zal verspreid worden onder relevante stakeholders, namelijk: patiëntenorganisaties, kennisinstellingen, subsidieverstrekkers en relevante beroepsorganisaties (onderzoek en samenwerking).
- Er wordt een factsheet ontwikkeld met daarop alle kennisvragen uit de Kennisagenda Oefentherapie 2024 (onderzoek en onderwijs).
- Er wordt een flyer voor patiënten ontwikkeld met daarop de oproep om mee te doen aan onderzoek. Deze flyer kan de oefentherapeut in en om de praktijkruimte neerleggen of ophangen (werkveld).
- Tijdens het jubileumcongres voor oefentherapeuten wordt een interactieve wetenschapssessie georganiseerd (onderzoek en werkveld).
- Er vindt een verkenning plaats hoe oefentherapeuten actief kunnen aansluiten en deelnemen aan het MSG Science Netwerk [58] (werkveld).
- Door samenwerking met de opleidingen kan de kennisagenda in de opleidingsplannen worden verwerkt (onderwijs).

Hierna wordt per doelgroep de rol met betrekking tot de implementatie van de kennisagenda verder toegelicht.

Onderzoek

Lectoraten

VvOCM werkt samen met diverse lectoraten en participeert in meerdere onderzoeken gerelateerd aan oefentherapeutische zorg. Een voorwaarde voor deelname aan nieuwe onderzoeken is aansluiting op de Kennisagenda Oefentherapie 2024. Met de volgende lectoraten is er (nauwe) samenwerking:

- Lectoraat Oefentherapie – Dagelijks bewegen! (HvA)
- Lectoraat Innovatie van Beweegzorg (HU)
- Lectoraat Data and Health (HU)
- Lectoraat Bewegen, gezondheid en welzijn (Windesheim)

Naast het toesturen van het eindproduct ontvangen deze lectoraten ook de factsheet met de kennisvragen. Deze wens is door een aantal onderzoekers uitgesproken.

Subsidie voor nieuw onderzoek

Naar aanleiding van de Kennisagenda Oefentherapie 2024 komen er vanuit ZonMW subsidiegelden beschikbaar voor nieuw onderzoek, zodat één of meerdere geprioriteerde kennisvragen beantwoord kunnen worden. Mogelijk binnen een nieuw promotieonderzoek. Daarnaast zal er ook samenwerking gezocht worden met andere beroepsgroepen ten aanzien van de onderzoeksvragen binnen thema 4 'samenwerking en substitutie'. Hiervoor zal ook een subsidieronde plaatsvinden.

Naast ZonMW zijn er mogelijk andere subsidieverstrekkers, zoals RAAK, STW (techniek), Kiem (bedrijven), zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties zoals het Longfonds.

Wetenschappelijk College Oefentherapie (WCO)

Op initiatief van VvOCM is het WCO in 2021 opgericht. Hiermee kwam de eerder opgerichte wetenschapscommissie te vervallen. Het doel van het WCO is om het werkveld te ondersteunen bij het evidence based handelen en te stimuleren om deel te nemen aan wetenschappelijk onderzoek, een netwerk van oefentherapieonderzoekers en betrokken oefentherapeuten op te zetten en het bureau VvOCM te adviseren in vraagstukken rondom wetenschapsbeleid. Op deze manier probeert het college de kloof tussen wetenschap en praktijk te overbruggen.

Het WCO zal samen met de beleidsmedewerkers Kwaliteit en Wetenschap van VvOCM op het jubileumcongres op 1 juni – de Dag van de Oefentherapeut – een sessie organiseren rondom de Kennisagenda Oefentherapie 2024 en daarbij een update verzorgen over lopende onderzoeksprojecten binnen de oefentherapie. De sessie is interactief, waarbij deelnemende oefentherapeuten gevraagd wordt inbreng te leveren op de vraag hoe oefentherapeuten en onderzoekers zo goed mogelijk kunnen samenwerken.

Onderwijs

Binnen de opleidingen Oefentherapie op de HvA, HU en Windesheim zal de Kennisagenda Oefentherapie 2024 opgenomen worden in de opleidingsplannen. Op deze wijze voorziet de kennisagenda input voor het wetenschappelijke onderwijs en studentprojecten, zoals afstudeerprojecten.

Ook wordt hiermee beoogd studenten enthousiast te maken voor het doen van onderzoek en de vertaalslag te maken van wetenschappelijke kennis naar het oefentherapeutisch handelen.

Werkveld

Het is van groot belang dat het werkveld – dus niet alleen de vertegenwoordigers van bijvoorbeeld de specialisaties (stakeholders) – op de hoogte is van de Kennisagenda Oefentherapie 2024 en dat het belang voor deelname aan wetenschappelijk onderzoek benadrukt wordt. Met de eerdergenoemde activiteiten wordt het werkveld betrokken bij de implementatie van de kennisagenda.

4.2 Samenwerkingsverbanden

Naast de interne implementatie van de kennisagenda binnen de oefentherapie is het ook van groot belang de kennisagenda te implementeren door samen te werken met andere externe stakeholders. Verschillende gezondheids- en beroepsorganisaties (paramedisch en medisch) hebben overlappende thema's en kennisvragen in hun kennisagenda, bijvoorbeeld rondom de onderwerpen interprofessionele samenwerking, innovatie van zorg, werkingsmechanismen en preventie. Voorbeelden van deze organisaties zijn het NHG, KNGF, EN, NVD en de kennisagenda van het IPH (positieve gezondheid). Daarnaast bieden ook kennisinstellingen zoals het NIVEL of patiëntenorganisaties mogelijkheden tot samenwerking. Door de Kennisagenda Oefentherapie 2024 te delen met deze partijen en nauw in contact te blijven met onderzoekers op het gebied van oefentherapie kan samenwerking gestimuleerd worden. Een voorbeeld hiervan is meedoen aan gezamenlijke subsidieaanvragen.

Het thema 'innovatie van oefentherapie door technologie' biedt daarnaast mogelijkheden tot samenwerking met het bedrijfsleven. Deze samenwerking kan leiden tot het beschikbaar komen van (co)financiering ten behoeve van het uitvoeren van onderzoek naar kennisvragen binnen thema 3 'innovatie van beweegzorg door technologie'.

Om de kennisvragen binnen thema 4 'samenwerking en substitutie' te kunnen beantwoorden is het uitbreiden van (multidisciplinaire) netwerken cruciaal. Er liggen mogelijkheden bij het aansluiten bij het Academisch Netwerk Huisartsgeneeskunde (ANHA) en bij het MSG Science Netwerk Fysiotherapie van de VU: een landelijk samenwerkingsverband tussen de MSG-groep (Master opgeleide fysiotherapeuten), de Leerstoel Musculoskeletale Fysiotherapie aan de Vrije Universiteit Amsterdam en fysiotherapeuten in het werkveld, om deelname aan onderzoek te faciliteren. Sinds kort kunnen oefentherapeuten aansluiten bij dit netwerk.

Referentielijst

[1] VvOCM. VvOCM Kennisagenda Verandering in beweeggedrag en onderzoek [Online] Available: https://vvocm.nl/Portals/2/Documents/VvOCM/Kennisagenda.pdf?ver=2020-03-15-194308-270

[2] IZA, "Integraal Zorg Akkoord - Samen werken aan gezonde zorg," Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, den Haag, 2022. [Online]. Available: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg

[3] VvOCM. Een visie op oefentherapie en de oefentherapeut in 2030 [Online] Available: https://vvocm.nl/VvOCM/Visie-op-de-toekomst

[4] VvOCM, "Een visie op kwaliteit van de oefentherapeut in 2030," 2023. [Online]. Available: https://vvocm.nl/VvOCM/Visie-op-kwaliteit

[5] ZonMW, "Programma Paramedische Zorg 2023–2026," 2023. [Online]. Available: https://www.zonmw.nl/sites/zonmw/files/2023-04/Programmatekst-Paramedische-Zorg-2023-2026.pdf

[6] VvOCM, "Beroepsprofiel oefentherapeut," 2019. [Online]. Available: https://vvocm.nl/Portals/2/Documents/Kwaliteit/Kwaliteitsregistratie/Beroepsprofiel%20oefentherapeut.pdf?ver=2020-03-15-204730-810

[7] M. S. H. Wortman. "Optimising Exercise Therapy to improve healthy movement behaviour in the patient's context " ZonMW. https://projecten.zonmw.nl/nl/project/optimising-exercise-therapy-improve-healthy-movement-behaviour-patients-context (accessed 15-02-2024.

[8] C. Bastiaansen-ten Haaf, Smorenburg, N., "Het Oefentherapeutisch Diagnostiek en Interventie Model.," Beweegreden, vol. 3, 2015.

[9] KNGF, "KNGF-richtlijnenmethodiek 2022," Amersfoort, 2022. [Online]. Available: https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kennisplatform/onbeveiligd/richtlijnen/richtlijnenmethodiek/kngf-richtlijnen-methodiek_2022.pdf

[10] Ecorys. https://www.ecorys.com/nl/ (accessed 14-11-2023.

[11] KNGF-VvOCM-EN-NVH-NVD-NVLF, "Paramedische Richtlijn Kwetsbare Ouderen," 2024. [Online]. Available: https://www.vvocm.nl/Portals/2/paramedische_richtlijn_kwetsbare_ouderen_praktijkrichtlijn_def.pdf

[12] KNGF-VvOCM, "KNGF-richtlijn Zorg op afstand," 2023. [Online]. Available: https://www.kngf.nl/kennisplatform/richtlijnen/zorg-op-afstand

[13] KNGF-VvOCM, "KNGF-richtlijn COPD," 2020. [Online]. Available: https://www.kngf.nl/kennisplatform/richtlijnen/copd

[14] KNGF-VvOCM, "KNGF-Richtlijn artrose heup-knie," 2018. [Online]. Available: https://www.kngf.nl/kennisplatform/richtlijnen/artrose-heup-knie

[15] KNGF-VvOCM, "KNGF-richtlijn Hartrevalidatie," 2024. [Online]. Available: https://www.kngf.nl/kennisplatform/themas/Hartrevalidatie

[16] KNGF-VvOCM, "KNGF-richtlijn Lage rugpijn en LSR ", 2021. [Online]. Available: https://www.kngf.nl/kennisplatform/richtlijnen/lage-rugpijn-2021

[17] KNGF-VvOCM, "KNGF-richtlijn Oncologie," 2022. [Online]. Available: https://www.vvocm.nl/Portals/2/kngf-richtlijn_oncologie_praktijkrichtlijn.pdf

[18] KNGF-VvOCM, "KNGF-richtlijn Reumatoïde Artritis ", 2019. [Online]. Available: https://www.kngf.nl/kennisplatform/richtlijnen/reumatoide-artritis

[19] KNGF-VvOCM, "KNGF-richtlijn Zelfmanagement," 2022. [Online]. Available: https://www.vvocm.nl/Portals/2/kngf-richtlijn_zelfmanagement_praktijkrichtlijn_2022.pdf
[20] Ecorys, "Substitutie van zorg - Fysio- en oefentherapie op de juiste plek," Rotterdam, 2020. [Online]. Available: https://fysionieuws.nl/wp-content/uploads/2021/02/3049300-eindrapport_substitutie-van-zorg_def.pdf
[21] Equalis. "Het substitutiepotentieel van uitgebreidere inzet fysio- en oefentherapie." https://equalis.nl/substitutiepotentieel-door-inzet-fysio-en-oefentherapie/ (accessed).
[22] VWS, "Rapport De juiste zorg op de juiste plek," 2018. [Online]. Available: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/04/06/rapport-de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek
[23] Zorginstituut Nederland, "Kwaliteitskader fysiotherapie en oefentherapie," 2023.
[24] Nivel, "Zorg door de oefentherapeut - Jaarcijfers 2021 en trendcijfers 2018-2021," Utrecht, 2023. [Online]. Available: https://www.nivel.nl/nl/publicatie/zorg-door-de-oefentherapeut-jaarcijfers-2021-en-trendcijfers-2018-2021
[25] ZiNL, "Beoordeling Stand van de Wetenschap en Praktijk 2023," 2023. [Online]. Available: https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2023/04/11/beoordeling-swp-2023
[26] Patientenfederatie, "Patiënt is tevreden over fysio- en oefentherapeut, maar kwaliteitsinformatie kan beter," 2022. [Online]. Available: https://www.patientenfederatie.nl/actueel/nieuws/patient-is-tevreden-over-fysio-en-oefentherapeut-maar-kwaliteitsinformatie-kan-beter
[27] M. F. K. Balm. Gezond bewegen kun je leren [Online] Available: https://marcelbalm.nl/gedragsmodel-balm/
[28] S. Michie, Atkins, L., West, R., The Behaviour Change Wheel - a guide to designing interventions. Silverback Publishing, 2014.
[29] S. Michie et al., "The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions," (in eng), Ann Behav Med., no. 1532-4796 (Electronic), 2013.
[30] A. Poelgeest, Noordstar, J., Mares, M., Luijnenburg-Kroes, P., Balm, M. , Gezond bewegen kun je leren. den Haag: Boom-Lemma, 2010.
[31] W. R. Miller, Rosnick, R., Moyers, T.B. , Motivational Interviewing, Fourth Edition. Helping People Change and Grow. Guilford Press, 2023.
[32] Nivel, "Consumentenpanel Gezondheidszorg," 2018. [Online]. Available: https://www.zorgvoorbeter.nl/thema-s/persoonsgerichte-zorg/gezondheidsvaardigheden.
[33] M. Medical. https://www.motekmedical.com/ (accessed 18-03-2024).
[34] LUMC. "AI in de zorg: van ontwikkeling tot toepassing." https://campagne.lumc.nl/ai-in-de-zorg (accessed 13-02-2024).
[35] T. Kooiman, "The use of self-tracking technology for health " 2018.
[36] H. Bussmann, Van den Berg - Emons, R., & Stam, H. , "Beweeggedrag van patiënten met chronische fysieke condities.," Nederlands Tijdschrift voor Revalidatie, vol. 33(1) 5-12., 2011.
[37] J. B. Bussman, "One plus one equals three (or more ...): combining the assessment of movement behavior and subjective states in everyday life," Front. Psychol.,, 2013.
[38] M. J. H. van Dijk, van der Wal, A. M., Mollema, J., Visser, B., Kiers, H., Heerkens, Y., & van der Sanden, M. W. G. N., "The Observable Movement Quality scale for patients with low back pain (OMQ-LBP): validity and reliability in a primary care setting of physical therapy," BMC Musculoskelet Disord, vol. 24(1), 705, 2023. [Online]. Available: https://doi.org/10.1186/s12891-023-06784-1
[39] M. J. H. van Dijk, "Movement quality under the magnifying glass," Radboud University Medical Center, 2024. [Online]. Available: https://www.globalacademicpress.com/ebooks/margriet_van_dijk/
[40] NCP. https://www.netwerkchronischepijn.nl/patienten/wat-is-chronische-pijn/ (accessed 12-02-2024).

[41] Patientenfederatie. "Informatie over chronische ziekten en behandeling." https://www.patientenfederatie.nl/over-de-zorg/chronische-ziekte (accessed 12-02-2024).
[42] M. Heijmans, Brabers, A., Rademakers, J. . "Health Literacy in Nederland." (accessed.
[43] ZonMW. https://www.zonmw.nl/nl/kwaliteit-van-leven (accessed 12-02-2024).
[44] M. Kleynen, "Perspectives on THEORY and APPLICATION of implicit and explicit motor learning in neurological rehabilitation," Universiteit van Maastricht, 2018.
[45] G. Wulf, "Attentional focus and motor learning: a reviwu of 15 years. ," Int. Rev. Sport Exerc. Psychol. , vol. 6: 77-104 2013, doi: 10.1080/1750984X.2012.723728.
[46] W. R. Nielson, Jensen, M.P., Ehde, D.M., Kerns, R.D., Molton, I.R., "Further development of the multidimensional pain readiness to change questionnaire: the MPRCQ2.," J Pain, vol. Jun;9(6):552-565., 2008.
[47] S. Michie, Wood, C.E., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J.J., Hardeman, W. , "Behaviour change techniques: the development and evaluation of a taxonomic method for reporting and describing behaviour change interventions (a suite of five studies involving consensus methods, randomised controlled trials and analysis of qualitative data)." Health Technol Assess. , vol. Nov;19(99):1-188, 2015, doi: 10.3310/hta19990. .
[48] J. Engels. "Zelfmanagement, een begrip met een mix aan emoties en interpretaties." ZonMW. https://www.zonmw.nl/nl/artikel/zelfmanagement-een-begrip-met-een-mix-aan-emoties-en-interpretaties (accessed 26-02-2024).
[49] A. Spink, I. Wagner, and P. Orrock, "Common reported barriers and facilitators for self-management in adults with chronic musculoskeletal pain: A systematic review of qualitative studies," (in eng), Musculoskelet Sci Pract., vol. 56:102433. , no. 2468-7812 (Electronic), 2021.
[50] S. Du, X. Yuan C Fau - Xiao, J. Xiao X Fau - Chu, Y. Chu J Fau - Qiu, H. Qiu Y Fau - Qian, and H. Qian, "Self-management programs for chronic musculoskeletal pain conditions: a systematic review and meta-analysis," (in eng), Patient Educ Couns. vol. 85(3):e299-310. , no. 1873-5134 (Electronic), 2011.
[51] E. N. Mutubuki, van Doormaal, M.C.M., Conijn, D, Toonders, S., Ostelo, R.W.J.G, "KNGF-richtlijn Zelfmanagement," 2022. [Online]. Available: https://vvocm.nl/Portals/2/kngf-richtlijn_zelfmanagement_praktijkrichtlijn_2022.pdf.
[52] Patientenfederatie. https://www.patientenfederatie.nl/ (accessed 18-03-2024).
[53] C. Wagner, Wal, G. van der., "Voor een goed begrip: bevordering patiëntveiligheid vraagt om heldere definitie. ," Medisch Contact, vol. 60(47), 1888-1891, 2005.
[54] RIVM. "Wat is preventie?" https://www.loketgezondleven.nl/beleid/wat-is-preventie (accessed 12-02-2024).
[55] FMS. "Wat is Samen Beslissen." https://demedischspecialist.nl/themas/thema/samen-beslissen-0/wat-is-samen-beslissen (accessed 12-02-2024).
[56] J. A. C. Meeuwissen, "The case for stepped car - Exploring the applicability and cost-utility of stepped-care strategies in the management of depression," VU University Amsterdam 2018.
[57] J. H. Bakker, "Therapietrouw. van ervaren belang naar gedeeld belang. Verkenning in opdracht. van het Ministerie van VWS.," 2016. [Online]. Available: https://zoek.officielebekendmakingen.nl/blg-671330.pdf
[58] MSG Netwerk. https://msg-sciencenetwerk.nl/ (accessed 18-03-2024).

Bijlage 1a - Wetenschappelijke Evidentietabel

Legenda

	Effectiviteit	Kosteneffectiviteit
++ Veel positief bewijs	Meta-analyse van meer dan 10 RCTs, met als conclusie: bewijs voor effectiviteit	
+ Beperkt positief bewijs	Meta-analyse van 10 of minder RCTs, met als conclusie: bewijs voor effectiviteit	≥1 RCT met als conclusie aanwijzingen voor kosten effectiviteit
± Onbeslist	Meta-analyse met als conclusie: tegenstrijdig bewijs voor effectiviteit	>1 RCT met tegenstrijdige aanwijzingen voor kosteneffectiviteit
- Beperkt negatief bewijs	Meta-analyse van minder dan 10 RCTs met de conclusie: bewijs voor ineffectiviteit	≤1 RCT met als conclusie: aanwijzingen voor géén kosteneffectiviteit
- - Veel negatief bewijs	Meta-analyse van meer dan 10 RCTs met als conclusie: bewijs voor ineffectiviteit	
o onbekend	Geen meta-analyse bekend	Geen RCT's bekend

Kleur laatste 2 kolommen	Prioritering kennishiaat	Effectiviteit	Kosten-effectiviteit
	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

Aandoening		Oefentherapeutische relevantie (totaalscore[1])	Wetenschappelijke relevantie[2]					
			Doelgroep	E/KE	Oefentherapie		Gedragsinterventie binnen oefentherapie	
1	Motorische ontwikkelings-achterstand (DCD)	6	Kinderen	E	++	(1)(2)(3)(4)	o	
				KE	o		o	
2	Cerebrale parese	6	Kinderen	E	++	(1)(5)**(6)**(7)(8)(9)(10)	±	(10)
				KE	*o*		o	
3	Astma	4	Kinderen	E	+	**(15)**	+	(11)
				KE	*o*		o	
			Volwassenen	E	++	**(12)(15)**	++	**(12)**(13)(14)
				KE	*o*		o	
4	Hyperventilatie	4	Kinderen	E	o		o	
				KE	o		o	
			Volwassenen	E	o		o	
				KE	o		o	
5	Incontinentie	5	Kinderen	E	o		o	
				KE	o		o	
			Volwassenen	E	+	**(16)(17)**(18)**(19)(20)**	++	**(21)(19)**
				KE	±	**(17)**(22)	o	
6	Scoliose	5	Kinderen	E	+	**(23)(24)(25)(26)(27)(28)**	o	
				KE	*o*		o	
			Volwassenen	E	+	**(24)**	o	
				KE	*o*		o	
7	Slaapproblemen	5	Kinderen	E	o		o	
				KE	o		o	
			Volwassenen	E	+	(29)	o	
				KE	o		o	
8	A-specifieke nekklachten	4	Volwassenen	E	+	**(31)(32)(33)**	+	**(31)**(34)(35)(36)(37)
				KE	o		-	(38)
9	Osteoporose	5	Volwassenen Volwassenen	E	++	**(39)**(40)(41)**(42)**	++	**(39)**
				KE	o		o	
10	Schouderklachten	4	Volwassenen	E	++	**(43)**(44)	o	
				KE	o		o	
11	Artrose/ degeneratie LWK	6	Volwassenen	E	++	**(45)**(46)(47)(48)(49)	++	**(45)(50)**
				KE	++	(45)(50)	o	
12	Arbeidsgerelateerde rugklachten	6	Volwassenen	E	+	**(51)(52)(53)(54)(55)(56)(57)(58)(59)(60)(61)(62)(63)(64)(65)**(66)(67)**(68)(69)(70)(71)(72)**	+	**(53)(56)(57)(58)(59)(60)(61)(62)(63)(64)(65)(68)**(73)**(74)**
				KE	±	(22)**(51)(54)**	o	
13	Arbeidsgerelateerde KANS	5	Volwassenen	E	+	**(71)**(75)(76)**(77)(78)(79)**	o	
				KE	+	(80)(81)	o	
14	Bekkenklachten	5	Volwassenen	E	+	**(82)(83)(84)**	o	
				KE	o		o	
			Zwangeren	E	+	(85)**(86)(87)(88)(89)**	o	
				KE	o		o	

15	Chronische Pijn	6	Volwassenen	E	++	(35)**(51)(57)**(67)**(72)(90)**(91)(92)(93)(94)(95)(96)(97)(98)(99)	++	(36)**(57)**(100)(101)(102)(103)(104)(105)(106)(107)(108)(109)(110)**(111)**(112)
				KE	+	(113)	+	(114)(115)(116)(117)(118)(119)(120)(121)(122)(123)(124)
16	Fibromyalgie	4	Volwassenen	E	++	(125)**(127)(128)(129)(130)(131)**(132)(133)	+	**(126)**(134)(135)
				KE	±	(136)	±	(136)
17	MS	4	Volwassenen	E	+	**(138)(139)(140)(141)**	+	**(139)(140)**
				KE	o		o	
18	Dementie	4	Volwassenen	E	+	(142)	o	
				KE	o		o	
			Ouderen	E	++	(143)(144)(145)**(146)**	o	
				KE	+	(147)	o	
19	Spannings-hoofdpijn	5	Volwassenen	E	++	**(148)(149)(150)(151)**	+	**(150)**
				KE	o		o	
20	Chronisch vermoeidheids-syndroom	4	Volwassenen	E	+	**(30)**(153) **(154)**	+	**(154)**
				KE	+	**(152)**	+	**(152)**
21	ALK	5	Volwassenen	E	++	**(30)(72)(126)(128)(129)(130)(131)**(132)	+	(155)
				KE	o		-	(156)
22	Long-covid	4	Volwassenen	E	+	**(157)**	+	**(157)**
				KE	+	**(157)**	+	**(157)**

[1] De totaalscore geeft het aantal positief gescoorde oefentherapeutische relevantiecriteria weer
[2] De dikgedrukte referenties geven nieuwe referenties weer vanuit het geüpdatete literatuuronderzoek

Bijlage 1b – Recente richtlijnen en bijbehorende wetenschappelijke evidentie

Aandoening	Oefentherapeutische relevantie (totaalscore[1])	Aanbevelingen in richtlijnen aanwezig op basis van systematische literatuuronderzoek naar (kosten) effectiviteit		
		E/KE	Oefentherapie	Gedragsinterventie binnen oefentherapie
Reumatoïde Artritis	5	E		
		KE		
Artrose van de heup en knie	5	E		
		KE		
Axiale Spondylartritis	6	E		
		KE		
COPD	5	E		
		KE		
Lage Rugpijn en lumbosacraal radiculair syndroom	6	E		
		KE		
Oncologie	4	E		
		KE		
Parkinson	5	E		
		KE		
Kwetsbare ouderen	5	E		
		KE		
Coronair lijden en chronisch hartfalen	3	E		
		KE		
Symptomatisch Perifeer Arterieel Vaatlijden (sPAV)	3	E		
		KE		

Legenda: Rood: Hoge oefentherapeutische prioriteit; Oranje: Gemiddelde oefentherapeutische prioriteit; Lichtgrijs: er is systematisch literatuuronderzoek gedaan naar (componenten van) oefentherapie/ gedragsinterventie binnen oefentherapie met positief gevonden effectiviteit. Donkergrijs: Er is geen systematisch literatuuronderzoek gedaan; er is gebruik gemaakt van niet-systematisch literatuuronderzoek of expert opinion.

[1] De totaalscore geeft het aantal positief gescoorde oefentherapeutische relevantiecriteria weer.

Bijlage 2 – Maatschappelijke prioritering

Beoordeling kennisvragen op maatschappelijk criteria

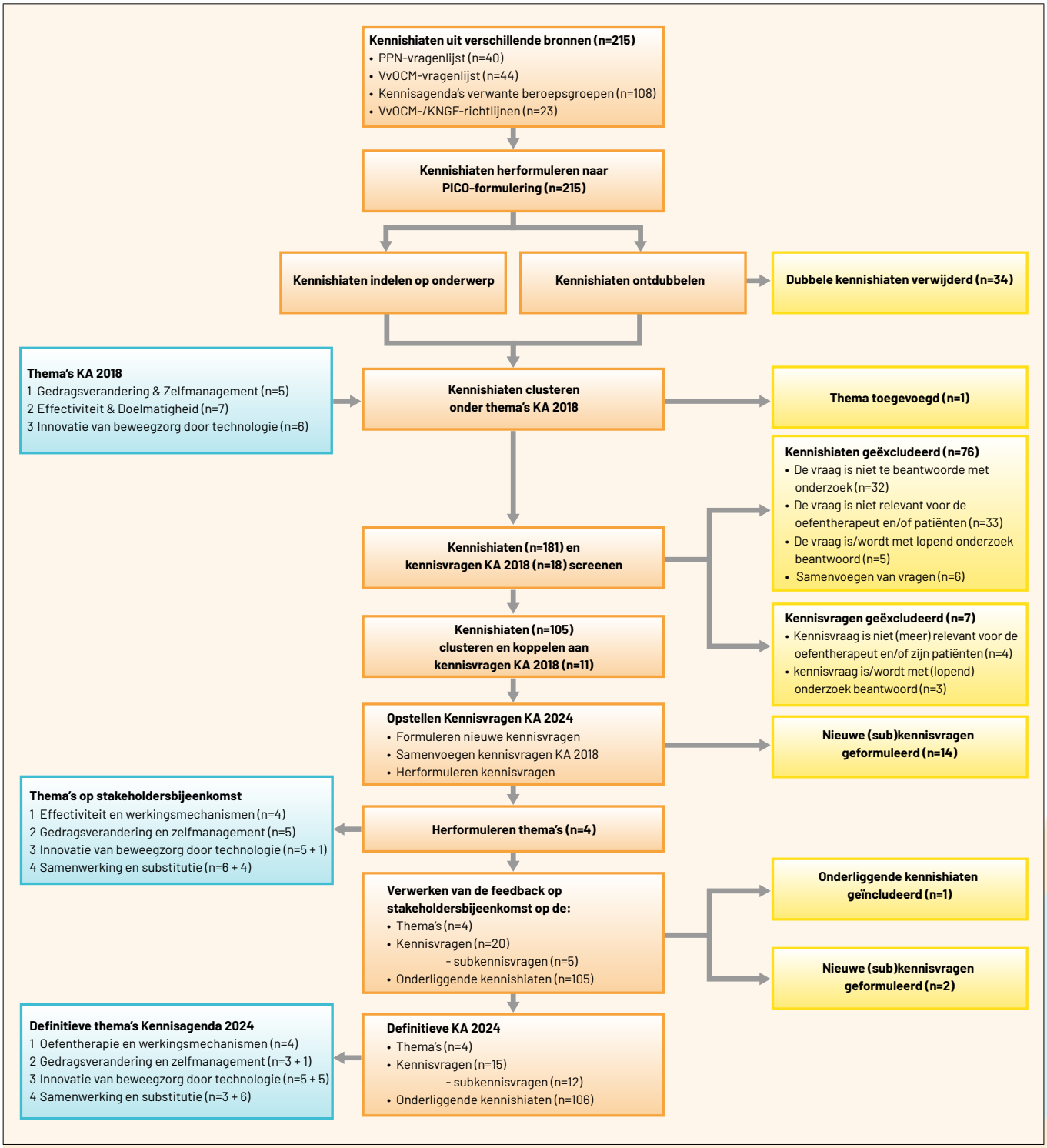
Thema en Kennisvraag	1	2				3		4	5	Totaalscore en beoordeling
	Onderzoekbaarheid	Belangrijk voor beroepsgroep				Relevant voor gezondheidszorg		Interessant voor andere partijen	Vraag stond in top 3 tijdens stakeholdersbijeenkomst	
	Kennishiaat is om te zetten in een onderzoekbare vraag	Onderwerpen Visie op OT en toekomst	PPN- of VvOCM-survey	Kennishiaat uit richtlijn	Beoordeling criterium 2	Onderwerp in maatschappelijk relevante publicatie	Beoordeling criterium 3	Er vindt op dit moment onderzoek plaats naar het onderwerp		
1.1	Ja	V	V	V	Ja	Passende zorg Kwaliteit van zorg Beweegstimulering Zelfmanagement/ Gedragsverandering Kosteneffectiviteit	Ja	Ja	Ja	5
1.2	Ja	V	V	V	Ja	Passende zorg Kwaliteit van zorg Zelfmanagement/ Gedragsverandering Kosteneffectiviteit	Ja	Ja	Ja	5
1.3	Ja	V	V	V	Ja	Passende zorg Kwaliteit van zorg Beweegstimulering Zelfmanagement/ Gedragsverandering	Ja	Ja	Ja	5
1.4	Ja	V	X	V	Ja	Passende zorg Kwaliteit van zorg Uitkomstgerichte zorg Transparantie Zelfmanagement/ Gedragsverandering	Ja	Ja	Ja	5
2.1	Ja	V	X	V	Ja	Passende zorg Kwaliteit van zorg Beweegstimulering Zelfmanagement/ Gedragsverandering	Ja	Ja	Ja	5
2.2	Ja	V	V	V	Ja	Passende zorg Samen beslissen Zelfmanagement/ Gedragsverandering	Ja	Ja	Ja	5
2.2a	Ja	V	X	X	Ja	Passende zorg Samen beslissen Zelfmanagement/ Gedragsverandering	Ja	Nee	Nee	3

2.3	Ja	V	V	V	Ja	Passende zorg Preventie en stepped care Samen beslissen Zelfmanagement/ Gedragsverandering (Beperkte) gezondheids-vaardigheden	Ja	Ja	Ja	5
3.1	Ja	V	X	X	Ja	Passende zorg Samenwerking Digitalisering (ehealth) en gegevensuitwisseling Zelfmanagement/ Gedragsverandering	Ja	Ja	Ja	5
3.2	Ja	V	V	X	Ja	Passende zorg Digitalisering (ehealth) en gegevensuitwisseling Ondersteuning voor zelfstandig thuis (blijven wonen voor ouderen Beweegstimulering Zelfmanagement/ Gedragsverandering	Ja	Ja	Ja	5
3.2a	Ja	V	X	V	Ja	Passende zorg Digitalisering (ehealth) en gegevensuitwisseling Kwaliteit van zorg Transparantie Zelfmanagement/ Gedragsverandering	Ja	Ja	Nee	4
3.3	Ja	V	V	V	Ja	Passende zorg Digitalisering (ehealth) en gegevensuitwisseling Kwaliteit van zorg Beweegstimulering Duurzame zorg Zelfmanagement/ Gedragsverandering Kosteneffectiviteit	Ja	Ja	Nee	4
3.3a	Ja	V	X	X	Ja	Passende zorg Digitalisering (ehealth) en gegevensuitwisseling Kwaliteit van zorg Duurzame zorg	Ja	Ja	Nee	4
3.4	Ja	V	X	X	Ja	Passende zorg Digitalisering (ehealth) en gegevensuitwisseling Kwaliteit van zorg	Ja	Ja	Ja	5
3.4a	Ja	V	V	X	Ja	Passende zorg Digitalisering (ehealth) en gegevensuitwisseling Kwaliteit van zorg	Ja	Ja	Nee	4
3.4b	Ja	V	V	X	Ja	Passende zorg Digitalisering (ehealth) en gegevensuitwisseling Zelfmanagement/ Gedragsverandering	Ja	Ja	Nee	4
3.4c	Ja	V	V	X	Ja	Passende zorg Digitalisering (ehealth) en gegevensuitwisseling Kwaliteit van zorg Transparantie	Ja	Nee	Nee	3

3.5	Ja	V	X	X	Ja	Passende zorg Digitalisering (ehealth) en gegevensuitwisseling Kwaliteit van zorg	Ja	Nee	Nee	3
4.1	Ja	V	V	X	Ja	Passende zorg Samenwerking Organisatie Kwaliteit van zorg	Ja	Ja	Ja	5
4.1a	Ja	V	X	X	Ja	Passende zorg Samenwerking Organisatie Kwaliteit van zorg	Ja	Nee	Nee	3
4.1b	Ja	V	V	X	Ja	Passende zorg Samenwerking Preventie en stepped care Organisatie Samen beslissen	Ja	Nee	Nee	3
4.1c	Ja	V	V	X	Ja	Passende zorg Samenwerking Organisatie Kwaliteit van zorg	Ja	Nee	Nee	3
4.1d	Ja	V	V	X	Ja	Passende zorg Samenwerking Organisatie Kwaliteit van zorg Zelfmanagement/ Gedragsverandering Kosteneffectiviteit	Ja	Nee	Nee	3
4.2	Ja	V	X	X	Ja	Passende zorg Substitutie/ substitutiepotentieel Organisatie Kwaliteit van zorg Ondersteuning voor zorg en zelfstanding thuis (blijven) wonen voor ouderen Kosteneffectiviteit	Ja	Ja	Ja	5
4.2a	Ja	V	X	X	Ja	Passende zorg Substitutie/ substitutiepotentieel Organisatie Kwaliteit van zorg Kosteneffectiviteit	Ja	Ja	Nee	4
4.2b	Ja	V	X	X	Ja	Passende zorg Substitutie/ substitutiepotentieel Organisatie Kwaliteit van zorg Kosteneffectiviteit	Ja	Ja	Nee	4
4.3	Ja	V	X	X	Ja	Passende zorg Samenwerking Organisatie Kwaliteit van zorg Zelfmanagement/ Gedragsverandering	Ja	Nee	Ja	4

De beoordeling per criterium leidt tot een ja of nee. Bij criterium 2 is op drie onderdelen beoordeeld, als minimaal één keer is voldaan (V) leidt dat tot een ja. Het aantal criteria dat met ja is beoordeeld leidt tot de totaalscore en bijbehorende beoordeling: rood: hoge prioriteit (4-5 keer ja); oranje: gemiddelde prioriteit (3 keer ja); groen: lage prioriteit (1-2 keer ja).

Bijlage 3 - Uitgebreide flowchart



Figuur 3.1 Uitgebreide versie flowchart: van kennishiaten naar kennisvragen en subkennisvragen

Bijlage 4 – Literatuurlijst literatuuronderzoek

1 Lucas BR, Elliott EJ, Coggan S, Pinto RZ, Jirikowic T, McCoy SW, et al. Interventions to improve gross motor performance in children with neurodevelopmental disorders: a meta-analysis. BMC Pediatr. 2016 Dec 29;16(1):193.

2 Smits-Engelsmn BCM, Blank R, van der Kaay A, Mosterd-van der Meijs R, Vlugt-van den Brand E, Polatajko HJ, et al. 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 29;55(3):229–37.

3 Yu JJ, Burnett AF, Sit CH. Motor skill interventions in children with developmental coordination disorder: A systematic review and meta-analysis. Arch Phys Med Rehabil. 2018 Oct;99(10):2076–99.

4 Miyahara M, Hillier SL, Pridham L, Nakagawa S. Task-oriented interventions for children with developmental co-ordination disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017 Jul 31;2017(8).

5 Arpino C, Vescio MF, De Luca A, Curatolo P. Efficacy of intensive versus nonintensive physiotherapy in children with cerebral palsy: a meta-analysis. International Journal of Rehabilitation Research. 2010 Jun;33(2):165–71.

6 Chiu HC, Ada L, Bania TA. Mechanically assisted walking training for walking, participation, and quality of life in children with cerebral palsy. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2020 Nov 18;2020(11).

7 Ryan JM, Cassidy EE, Noorduyn SG, O'Connell NE. Exercise interventions for cerebral palsy. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017 Jun 11;6(6).

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

9 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(1):292.

10 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 20;59(10):1011–8.

11 Wolf F, Guevara JP, Grum CM, Clark NM, Cates CJ. Educational interventions for asthma in children. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2002 Oct 21;(1).

12 Osadnik CR, Gleeson C, McDonald VM, Holland AE. Pulmonary rehabilitation versus usual care for adults with asthma. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2022 Aug 22;2022(8).

13 Martin A, Fitzsimons C, Jepson R, Saunders DH, van der Ploeg HP, Teixeira PJ, et al. Interventions with potential to reduce sedentary time in adults: systematic review and meta-analysis. Br J Sports Med. 2015 Aug;49(16):1056–63.

14 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 Apr 1;23(2):184–91.

15 Garagorri-Gutiérrez D, Leirós-Rodríguez R. Effects of physiotherapy treatment in patients with bronchial asthma: A systematic review. Physiother Theory Pract. 2022 Apr 3;38(4):493–503.

16 Alouini S, Memic S, Couillandre A. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence with or without biofeedback or electrostimulation in women: A systematic review. Int J Environ Res Public Health. 2022 Feb 27;19(5):2789.

17 Dumoulin C, Cacciari LP, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2018 Oct 4;2018(10).
18 Ayeleke RO, Hay-Smith EJC, Omar MI. Pelvic floor muscle training added to another active treatment versus the same active treatment alone for urinary incontinence in women. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015 Nov 3;2015(11).
19 Ali MU, Fong KNK, Kannan P, Bello UM, Kranz GS. Effects of nonsurgical, minimally or noninvasive therapies for urinary incontinence due to neurogenic bladder: a systematic review and meta-analysis. Ther Adv Chronic Dis. 2022 Jan 18;13:204062232110630.
20 Johnson EE, Mamoulakis C, Stoniute A, Omar MI, Sinha S. Conservative interventions for managing urinary incontinence after prostate surgery. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2023 Apr 18;2023(4).
21 Todhunter-Brown A, Hazelton C, Campbell P, Elders A, Hagen S, McClurg D. Conservative interventions for treating urinary incontinence in women: an Overview of Cochrane systematic reviews. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2022 Sep 2;2022(9).
22 Williams KS, Assassa RP, Gillies CL, Abrams KR, Turner DA, Shaw C, et al. A randomized controlled trial of the effectiveness of pelvic floor therapies for urodynamic stress and mixed incontinence. BJU Int. 2006 Nov 9;98(5):1043–50.
23 Gámiz-Bermúdez F, Obrero-Gaitán E, Zagalaz-Anula N, Lomas-Vega R. Corrective exercise-based therapy for adolescent idiopathic scoliosis: Systematic review and meta-analysis. Clin Rehabil. 2022 May 28;36(5):597–608.
24 Park JH, Jeon HS, Park HW. Effects of the Schroth exercise on idiopathic scoliosis: A meta-analysis. Eur J Phys Rehabil Med. 2018 Jun;54(3):440–9.
25 Ceballos Laita L, Tejedor Cubillo C, Mingo Gómez T, Jiménez Del Barrio S. Effects of corrective, therapeutic exercise techniques on adolescent idiopathic scoliosis: A systematic review. Arch Argent Pediatr. 2018 Aug 1;116(4):e582–9.
26 Dimitrijević V, Šćepanović T, Jevtić N, Rašković B, Milankov V, Milosević Z, et al. Application of the Schroth method in the treatment of idiopathic scoliosis: A systematic review and meta-analysis. Int J Environ Res Public Health. 2022 Dec 13;19(24):16730.
27 Fan Y, Ren Q, To MKT, Cheung JPY. Effectiveness of scoliosis-specific exercises for alleviating adolescent idiopathic scoliosis: A systematic review. BMC Musculoskelet Disord. 2020 Dec 27;21(1):495.
28 Ceballos-Laita L, Carrasco-Uribarren A, Cabanillas-Barea S, Pérez-Guillén S, Pardos-Aguilella P, Jiménez Del Barrio S. The effectiveness of Schroth method in Cobb angle, quality of life and trunk rotation angle in adolescent idiopathic scoliosis: A systematic review and meta-analysis. Eur J Phys Rehabil Med. 2023 Apr;59(2):228–36.
29 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.
30 Larun L, Brurberg KG, Odgaard-Jensen J, Price JR. Exercise therapy for chronic fatigue syndrome. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2019 Oct 2;2021(3).
31 Sbardella S, La Russa C, Bernetti A, Mangone M, Guarnera A, Pezzi L, et al. Muscle energy technique in the rehabilitative treatment for acute and chronic non-specific neck pain: A systematic review. Healthcare. 2021 Jun 17;9(6):746.
32 Pattanshetty RB, Patil SN. Role of manual therapy for neck pain and quality of life in head and neck cancer survivors: A systematic review. Indian J Palliat Care. 2021 Dec 18;28:99–112.

33 Tatsios PI, Grammatopoulou E, Dimitriadis Z, Papandreou M, Paraskevopoulos E, Spanos S, et al. The effectiveness of spinal, diaphragmatic, and specific stabilization exercise manual therapy and respiratory-related interventions in patients with chronic nonspecific neck pain: Systematic review and meta-analysis. Diagnostics. 2022 Jun 30;12(7):1598.
34 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.
35 Bertozzi L, Gardenghi I, Turoni F, Villafañe JH, Capra F, Guccione AA, et al. 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 1;93(8):1026–36.
36 Monticone M, Cedraschi C, Ambrosini E, Rocca B, Fiorentini R, Restelli M, et al. Cognitive-behavioural treatment for subacute and chronic neck pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015 May 26;2016(5).
37 Bosmans JE, Pool JJM, de Vet HCW, van Tulder MW, Ostelo RWJG. 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;36(18):E1179–86.
38 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;38(13):1059–67.
39 Mohammadi A, Behboodi Moghadam Z, Ghelichkhani F, Alidost F, Naghizadeh S, Haghparast Z, et al. Prevention of osteoporosis in menopausal women: A systematic review of nonpharmacological clinical trials. J Educ Health Promot. 2022;11(1):287.
40 Giangregorio LM, MacIntyre NJ, Thabane L, Skidmore CJ, Papaioannou A. Exercise for improving outcomes after osteoporotic vertebral fracture. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013 Jan 31;(1).
41 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 28;23(10):888–96.
42 Gibbs JC, MacIntyre NJ, Ponzano M, Templeton JA, Thabane L, Papaioannou A, et al. Exercise for improving outcomes after osteoporotic vertebral fracture. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2019 Jul 5;
43 Giacalone A, Alessandria P, Ruberti E. The physiotherapy intervention for shoulder pain in patients treated for breast cancer: Systematic review. Cureus. 2019 Dec 18;11(12):e6416.
44 Steuri R, Sattelmayer M, Elsig S, Kolly C, Tal A, Taeymans J, et al. 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):1340–7.
45 Ammendolia C, Hofkirchner C, Plener J, Bussières A, Schneider MJ, Young JJ, et al. Non-operative treatment for lumbar spinal stenosis with neurogenic claudication: an updated systematic review. BMJ Open. 2022 Jan 19;12(1):e057724.
46 Greenwood J, McGregor A, Jones F, Mullane J, Hurley M. Rehabilitation following lumbar fusion surgery. Spine (Phila Pa 1976). 2016 Jan;41(1):E28–36.
47 McGregor AH, Probyn K, Cro S, Doré CJ, Burton AK, Balagué F, et al. Rehabilitation following surgery for lumbar spinal stenosis. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013 Dec 9;(12).
48 Oosterhuis T, Costa LO, Maher CG, de Vet HC, van Tulder MW, Ostelo RW. Rehabilitation after lumbar disc surgery. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014 Mar 14;2014(3).

49 Oosterhuis T, Ostelo RW, van Dongen JM, Peul WC, de Boer MR, Bosmans JE, et al. 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):144–53.
50 Willett M, Duda J, Fenton S, Gautrey C, Greig C, Rushton A. Effectiveness of behaviour change techniques in physiotherapy interventions to promote physical activity adherence in lower limb osteoarthritis patients: A systematic review. PLoS One. 2019 Jul 10;14(7):e0219482.
51 Hayden JA, Ellis J, Ogilvie R, Malmivaara A, van Tulder MW. Exercise therapy for chronic low back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2021 Sep 28;2021(10).
52 Kazeminia M, Rajati F, Rajati M. The effect of pelvic floor muscle-strengthening exercises on low back pain: a systematic review and meta-analysis on randomized clinical trials. Neurological Sciences. 2023 Mar 7;44(3):859–72.
53 Hajihasani A, Rouhani M, Salavati M, Hedayati R, Kahlaee AH. The influence of cognitive behavioral therapy on pain, quality of life, and depression in patients receiving physical therapy for chronic low back pain: A systematic review. PM&R. 2019 Feb 11;11(2):167–76.
54 Smrcina Z, Woelfel S, Burcal C. A systematic review of the effectiveness of core stability exercises in patients with non-specific low back pain. Int J Sports Phys Ther. 2022 Aug 1;17(5).
55 Arcanjo FL, Martins JVP, Moté P, Leporace G, Oliveira DA de, Sousa CS de, et al. Proprioceptive neuromuscular facilitation training reduces pain and disability in individuals with chronic low back pain: A systematic review and meta-analysis. Complement Ther Clin Pract. 2022 Feb;46:101505.
56 Rathnayake APS, Sparkes V, Sheeran L. What is the effect of low back pain self-management interventions with exercise components added? A systematic review with meta-analysis. Musculoskelet Sci Pract. 2021 Dec;56:102469.
57 Parreira P, Heymans MW, van Tulder MW, Esmail R, Koes BW, Poquet N, et al. Back Schools for chronic non-specific low back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017 Aug 3;2017(8).
58 IJzelenberg W, Oosterhuis T, Hayden JA, Koes BW, van Tulder MW, Rubinstein SM, et al. Exercise therapy for treatment of acute non-specific low back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2023 Aug 30;2023(8).
59 Corp N, Mansell G, Stynes S, Wynne-Jones G, Morsø L, Hill JC, et al. Evidence-based treatment recommendations for neck and low back pain across Europe: A systematic review of guidelines. European Journal of Pain. 2021 Feb 12;25(2):275–95.
60 Ferlito R, Blatti C, Lucenti L, Boscarino U, Sapienza M, Pavone V, et al. Pain education in the management of patients with chronic low back pain: A systematic review. J Funct Morphol Kinesiol. 2022 Sep 26;7(4):74.
61 Hernandez-Lucas P, Leirós-Rodríguez R, Lopez-Barreiro J, García-Soidán JL. Is the combination of exercise therapy and health education more effective than usual medical care in the prevention of non-specific back pain? A systematic review with meta-analysis. Ann Med. 2022 Dec 31;54(1):3106–15.
62 Nascimento PRC do, Costa LOP, Araujo AC, Poitras S, Bilodeau M. Effectiveness of interventions for non-specific low back pain in older adults. A systematic review and meta-analysis. Physiotherapy. 2019 Jun;105(2):147–62.
63 de Campos TF, Maher CG, Fuller JT, Steffens D, Attwell S, Hancock MJ. Prevention strategies to reduce future impact of low back pain: a systematic review and meta-analysis. Br J Sports Med. 2021 May;55(9):468–76.
64 Sun W, Zhang H, Lv C, Tang L, Tian S. Comparative efficacy of 12 non-drug interventions on non-specific chronic low back pain in nurses: A systematic review and network meta-analysis. J Back Musculoskelet Rehabil. 2021 Jul 13;34(4):499–510.

65 Zhang Q, Jiang S, Young L, Li F. The effectiveness of group-based physiotherapy-led behavioral psychological interventions on adults with chronic low back pain. Am J Phys Med Rehabil. 2019 Mar;98(3):215–25.
66 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;30(11):1235–41.
67 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.
68 Maia LB, Amarante LG, Vitorino DFM, Mascarenhas RO, Lacerda ACR, Lourenço BM, et al. Effectiveness of conservative therapy on pain, disability and quality of life for low back pain in pregnancy: A systematic review of randomized controlled trials. Braz J Phys Ther. 2021 Nov;25(6):676–87.
69 Areerak K, Waongenngarm P, Janwantanakul P. Factors associated with exercise adherence to prevent or treat neck and low back pain: A systematic review. Musculoskelet Sci Pract. 2021 Apr;52:102333.
70 Almeida MO, Narciso Garcia A, Menezes Costa LC, van Tulder MW, Lin CWC, Machado LA. The McKenzie method for (sub)acute non-specific low back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2023 Apr 5;2023(4).
71 Van Hoof W, O'Sullivan K, O'Keeffe M, Verschueren S, O'Sullivan P, Dankaerts W. The efficacy of interventions for low back pain in nurses: A systematic review. Int J Nurs Stud. 2018 Jan;77:222–31.
72 Geneen LJ, Moore RA, Clarke C, Martin D, Colvin LA, Smith BH. Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017 Apr 24;2017(4).
73 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 of Systematic Reviews. 2013 Aug 30;2013(8).
74 Zaina F, Côté P, Cancelliere C, Di Felice F, Donzelli S, Rauch A, et al. A systematic review of clinical practice guidelines for persons with non-specific low back pain with and without radiculopathy: Identification of best evidence for rehabilitation to develop the WHO's package of interventions for rehabilitation. Arch Phys Med Rehabil. 2023 Nov;104(11):1913–27.
75 Aas RW, Tuntland H, Holte KA, Røe C, Lund T, Marklund S, et al. Workplace interventions for neck pain in workers. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011 Apr 13;2011(4).
76 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 of Systematic Reviews. 2013 Dec 12;2013(12).
77 Otto AK, Gutsch C, Bischoff LL, Wollesen B. Interventions to promote physical and mental health of nurses in elderly care: A systematic review. Prev Med (Baltim). 2021 Jul;148:106591.
78 Sundstrup E, Seeberg KGV, Bengtsen E, Andersen LL. A systematic review of workplace interventions to rehabilitate musculoskeletal disorders among employees with physical demanding work. J Occup Rehabil. 2020 Dec 26;30(4):588–612.
79 Chen X, Coombes BK, Sjøgaard G, Jun D, O'Leary S, Johnston V. Workplace-based interventions for neck pain in office workers: Systematic review and meta-analysis. Phys Ther. 2018 Jan 1;98(1):40–62.
80 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 1;68(4):265–72.

81 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 Dec 17;10(1):103.
82 Franco JV, Turk T, Jung JH, Xiao YT, Iakhno S, Garrote V, et al. Non-pharmacological interventions for treating chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2018 May 12;2018(5).
83 Klotz SGR, Schön M, Ketels G, Löwe B, Brünahl CA. Physiotherapy management of patients with chronic pelvic pain (CPP): A systematic review. Physiother Theory Pract. 2019 Jun 3;35(6):516–32.
84 Klotz SGR, Kolbe C, Rueß M, Brünahl CA. The role of psychosocial factors in the interprofessional management of women with chronic pelvic pain: A systematic review. Acta Obstet Gynecol Scand. 2024 Feb 14;103(2):199–209.
85 Liddle SD, Pennick V. Interventions for preventing and treating low-back and pelvic pain during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015 Sep 30;2015(9).
86 Davenport MH, Marchand AA, Mottola MF, Poitras VJ, Gray CE, Jaramillo Garcia A, et al. Exercise for the prevention and treatment of low back, pelvic girdle and lumbopelvic pain during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. Br J Sports Med. 2019 Jan;53(2):90–8.
87 Almousa S, Lamprianidou E, Kitsoulis G. The effectiveness of stabilising exercises in pelvic girdle pain during pregnancy and after delivery: A systematic review. Physiotherapy Research International. 2018 Jan 8;23(1).
88 Shiri R, Coggon D, Falah-Hassani K. Exercise for the prevention of low back and pelvic girdle pain in pregnancy: A meta-analysis of randomized controlled trials. European Journal of Pain. 2018 Jan 4;22(1):19–27.
89 Santos FF, Lourenço BM, Souza MB, Maia LB, Oliveira VC, Oliveira MX. Prevention of low back and pelvic girdle pain during pregnancy: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials with GRADE recommendations. Physiotherapy. 2023 Mar;118:1–11.
90 Ferro Moura Franco K, Lenoir D, dos Santos Franco YR, Jandre Reis FJ, Nunes Cabral CM, Meeus M. Prescription of exercises for the treatment of chronic pain along the continuum of nociplastic pain: A systematic review with meta-analysis. European Journal of Pain. 2021 Jan 16;25(1):51–70.
91 O'Connor SR, Tully MA, Ryan B, Bleakley CM, Baxter GD, Bradley JM, et al. Walking exercise for chronic musculoskeletal pain: Systematic review and meta-analysis. Arch Phys Med Rehabil. 2015 Apr;96(4):724-734.e3.
92 Oliveira CB, Franco MR, Maher CG, Christine Lin C, Morelhão PK, Araújo AC, et al. Physical activity interventions for increasing objectively measured physical activity levels in patients with chronic musculoskeletal pain: A systematic review. Arthritis Care Res (Hoboken). 2016 Dec 28;68(12):1832–42.
93 Hayden J, van Tulder MW, Malmivaara A, Koes BW. Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2005 Jul 20;2011(2).
94 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.
95 Wang XQ, Zheng JJ, Yu ZW, Bi X, Lou SJ, Liu J, et al. A meta-analysis of core stability exercise versus general exercise for chronic low back pain. PLoS One. 2012 Dec 17;7(12):e52082.
96 Gross A, Kay TM, Paquin JP, Blanchette S, Lalonde P, Christie T, et al. Exercises for mechanical neck disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015 Jan 28;1(1).
97 Leaver AM, Refshauge KM, Maher CG, McAuley JH. Conservative interventions provide short-term relief for non-specific neck pain: a systematic review. J Physiother. 2010;56(2):73–85.

98 Choi BK, Verbeek JH, Tam WWS, Jiang JY. Exercises for prevention of recurrences of low-back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010 Jan 20;2010(1).
99 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 13;29(12):1155–67.
100 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.
101 Bawa FLM, Mercer SW, Atherton RJ, Clague F, Keen A, Scott NW, et al. Does mindfulness improve outcomes in patients with chronic pain? Systematic review and meta-analysis. British Journal of General Practice. 2015 Jun;65(635):e387–400.
102 Carnes D, Homer KE, Miles CL, Pincus T, Underwood M, Rahman A, et al. Effective delivery styles and content for self-management interventions for chronic musculoskeletal pain. Clin J Pain. 2012 May;28(4):344–54.
103 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.
104 Geneen LJ, Martin DJ, Adams N, Clarke C, Dunbar M, Jones D, et al. Effects of education to facilitate knowledge about chronic pain for adults: a systematic review with meta-analysis. Syst Rev. 2015 Dec 1;4(1):132.
105 Hilton L, Hempel S, Ewing BA, Apaydin E, Xenakis L, Newberry S, et al. Mindfulness meditation for chronic pain: Systematic review and meta-analysis. Annals of Behavioral Medicine. 2017 Apr 22;51(2):199–213.
106 Veehof MM, Trompetter HR, Bohlmeijer ET, Schreurs KMG. Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: A meta-analytic review. Cogn Behav Ther. 2016 Jan 2;45(1):5–31.
107 Williams AC de C, Eccleston C, Morley S. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012 Nov 14;11(11).
108 Henschke N, Ostelo RW, van Tulder MW, Vlaeyen JW, Morley S, Assendelft WJ, et al. Behavioural treatment for chronic low-back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010 Jul 7;2010(7).
109 Hoffman BM, Papas RK, Chatkoff DK, Kerns RD. Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. Health Psychology. 2007;26(1):1–9.
110 Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJEM, Ostelo RW, Guzman J, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014 Sep 2;2014(9).
111 Dennis J, Wylde V, Gooberman-Hill R, Blom A, Beswick AD. Effects of presurgical interventions on chronic pain after total knee replacement: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ Open. 2020 Jan 20;10(1):e033248.
112 Du S, Hu L, Dong J, Xu G, Chen X, Jin S, et al. Self-management program for chronic low back pain: A systematic review and meta-analysis. Patient Educ Couns. 2017 Jan;100(1):37–49.
113 Johnson RE, Jones GT, Wiles NJ, Chaddock C, Potter RG, Roberts C, et al. Active exercise, education, and cognitive behavioral therapy for persistent disabling low back pain: A randomized controlled trial. Spine (Phila Pa 1976). 2007 Jul;32(15):1578–85.
114 Boyers D, McNamee P, Clarke A, Jones D, Martin D, Schofield P, et al. Cost-effectiveness of self-management methods for the treatment of chronic pain in an aging adult population. Clin J Pain. 2013 Apr;29(4):366–75.

115 Geraets JJXR, Goossens MEJB, de Bruijn CPC, de Groot IJM, Köke AJS, Pelt RAGB, et al. Cost-effectiveness of a graded exercise therapy program for patients with chronic shoulder complaints. Int J Technol Assess Health Care. 2006 Jan 27;22(1):76–83.
116 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.
117 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. European Journal of Pain. 2009 Jan 9;13(1):71–81.
118 Taylor SJC, Carnes D, Homer K, Kahan BC, Hounsome N, Eldridge S, et al. 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.
119 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.
120 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.
121 Lamb S, Lall R, Hansen Z, Castelnuovo E, Withers E, Nichols V, et al. 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 (Rockv). 2010 Aug;14(41):1–253.
122 Schweikert B, Jacobi E, Seitz R, Cziske R, Ehlert A, Knab J, et al. 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.
123 Goossens MEJB, de Kinderen RJA, Leeuw M, de Jong JR, Ruijgrok J, Evers SMAA, et al. Is exposure in vivo cost-effective for chronic low back pain? A trial-based economic evaluation. BMC Health Serv Res. 2015 Jun 14;15(1):549.
124 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 8;16(3):254–62.
125 Bidonde J, Busch AJ, Schachter CL, Overend TJ, Kim SY, Góes SM, et al. Aerobic exercise training for adults with fibromyalgia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017 Jun 21;2017(6).
126 Sosa-Reina MD, Nunez-Nagy S, Gallego-Izquierdo T, Pecos-Martín D, Monserrat J, Álvarez-Mon M. Effectiveness of therapeutic exercise in fibromyalgia syndrome: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. Biomed Res Int. 2017;2017:1–14.
127 Kundakci B, Kaur J, Goh SL, Hall M, Doherty M, Zhang W, et al. Efficacy of nonpharmacological interventions for individual features of fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Pain. 2022 Aug;163(8):1432–45.
128 Hernando-Garijo I, Jiménez-del-Barrio S, Mingo-Gómez T, Medrano-de-la-Fuente R, Ceballos-Laita L. Effectiveness of non-pharmacological conservative therapies in adults with fibromyalgia: A systematic review of high-quality clinical trials. J Back Musculoskelet Rehabil. 2022 Jan 12;35(1):3–20.
129 Llàdser AN, Montescó-Curto P, López C, Rosselló L, Lear S, Toussaint L, et al. Multidisciplinary rehabilitation treatments for patients with fibromyalgia: a systematic review. Eur J Phys Rehabil Med. 2022 Mar;58(1):76–84.
130 Bidonde J, Busch AJ, Schachter CL, Webber SC, Musselman KE, Overend TJ, et al. Mixed exercise training for adults with fibromyalgia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2019 May 24;5(5).

131 Bravo C, Skjaerven LH, Guitard Sein-Echaluce L, Catalan-Matamoros D. Effectiveness of movement and body awareness therapies in patients with fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis. Eur J Phys Rehabil Med. 2019 Oct;55(5):646–57.
132 Busch AJ, Webber SC, Richards RS, Bidonde J, Schachter CL, Schafer LA, et al. Resistance exercise training for fibromyalgia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013 Dec 20;2013(12).
133 Häuser W, Bernardy K, Arnold B, Offenbächer M, Schiltenwolf M. Efficacy of multicomponent treatment in fibromyalgia syndrome: A meta-analysis of randomized controlled clinical trials. Arthritis Care Res (Hoboken). 2009 Feb 15;61(2):216–24.
134 Theadom A, Cropley M, Smith HE, Feigin VL, McPherson K. Mind and body therapy for fibromyalgia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015 Apr 9;2015(4).
135 Bernardy K, Klose P, Busch AJ, Choy EH, Häuser W. Cognitive behavioural therapies for fibromyalgia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013 Sep 10;2017(6).
136 McBeth J, Prescott G, Scotland G, Lovell K, Keeley P, Hannaford P, et al. Cognitive behavior therapy, exercise, or both for treating chronic widespread pain. Arch Intern Med. 2012 Jan 9;172(1):48–57.
138 Amatya B, Khan F, Galea M. Rehabilitation for people with multiple sclerosis: an overview of Cochrane Reviews. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2019 Jan 14;2019(1).
139 Amatya B, Young J, Khan F. Non-pharmacological interventions for chronic pain in multiple sclerosis. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2018 Dec 19;2018(12).
140 Chasiotis AK, Kitsos DK, Stavrogianni K, Giannopapas V, Papadopoulou M, Zompola C, et al. Rehabilitation on cerebellar ataxic patients with multiple sclerosis: A systematic review. J Neurosci Res. 2023 Dec 24;101(12):1773–80.
141 Hayes S, Galvin R, Kennedy C, Finlayson M, McGuigan C, Walsh CD, et al. Interventions for preventing falls in people with multiple sclerosis. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2019 Nov 28;11(11).
142 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. The American Journal of Occupational Therapy. 2014 Jan 1;68(1):50–6.
143 Burton E, Cavalheri V, Adams R, Oakley Browne C, Bovery-Spencer P, Fenton A, et al. 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;10:421–34.
144 Forbes D, Forbes SC, Blake CM, Thiessen EJ, Forbes S. Exercise programs for people with dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015 Apr 15;2015(4).
145 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 6;26(10):1000–11.
146 Coronado RA, Albers HE, Allen JL, Clarke RG, Estrada VA, Simon CB, et al. Pain-reducing effects of physical therapist-delivered interventions: A systematic review of randomized trials among older adults with dementia. Journal of Geriatric Physical Therapy. 2020 Jul;43(3):159–69.
147 Clarkson P, Davies L, Jasper R, Loynes N, Challis D. A systematic review of the economic evidence for home support interventions in dementia. Value in Health. 2017 Sep;20(8):1198–209.
148 Cumplido-Trasmonte C, Fernández-González P, Alguacil-Diego IM, Molina-Rueda F. Manual therapy in adults with tension-type headache: A systematic review. Neurología (English Edition). 2021 Sep;36(7):537–47.
149 Turkistani A, Shah A, Jose AM, Melo JP, Luenam K, Ananias P, et al. Effectiveness of manual therapy and acupuncture in tension-type headache: A systematic review. Cureus. 2021 Aug 31;

150 Krøll LS, Callesen HE, Carlsen LN, Birkefoss K, Beier D, Christensen HW, et al. Manual joint mobilisation techniques, supervised physical activity, psychological treatment, acupuncture and patient education for patients with tension-type headache. A systematic review and meta-analysis. J Headache Pain. 2021 Dec 21;22(1):96.
151 Jiang W, Li Z, Wei N, Chang W, Chen W, Sui HJ. Effectiveness of physical therapy on the suboccipital area of patients with tension-type headache. Medicine. 2019 May;98(19):e15487.
152 Cochrane M, Mitchell E, Hollingworth W, Crawley E, Trépel D. Cost-effectiveness of interventions for chronic fatigue syndrome or myalgic encephalomyelitis: A systematic review of economic evaluations. Appl Health Econ Health Policy. 2021 Jul 1;19(4):473–86.
153 Larun L, Brurberg KG, Odgaard-Jensen J, Price JR. Exercise therapy for chronic fatigue syndrome. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017 Apr 25;4(4).
154 Mengshoel AM, Helland IB, Meeus M, Castro-Marrero J, Pheby D, Bolle Strand E. Patients' experiences and effects of non-pharmacological treatment for myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome – a scoping mixed methods review. Int J Qual Stud Health Well-being. 2020 Jan 1;15(1):1764830.
155 van Dessel N, den Boeft M, van der Wouden JC, Kleinstäuber M, Leone SS, Terluin B, et al. Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014 Nov 1;2014(11).
156 van Ravesteijn H, Grutters J, olde Hartman T, Lucassen P, Bor H, van Weel C, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for patients with medically unexplained symptoms: A cost-effectiveness study. J Psychosom Res. 2013 Mar;74(3):197–205.
157 Valverde-Martínez MÁ, López-Liria R, Martínez-Cal J, Benzo-Iglesias MJ, Torres-Álamo L, Rocamora-Pérez P. Telerehabilitation, a viable option in patients with persistent post-COVID syndrome: A systematic review. Healthcare. 2023 Jan 7;11(2):187.



Vereniging van Oefentherapeuten

T (030) 262 56 27 **I** www.vvocm.nl **E** info@vvocm.nl

© 2024, Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM)