

Inventarisatie van onderzoeksprioriteiten voor de fysiotherapie

C. Leemrijse
C. Veenhof
J. Dekker

ISBN 978-94-6122-129-2

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2012 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Voorwoord	5
Beknopte samenvatting van de belangrijkste resultaten	7
1 Inleiding	9
1.1 Eerdere initiatieven om prioriteiten vast te stellen	10
1.2 Onderzoeksprioriteiten in Nederland 2011	12
1.3 Vraagstellingen	13
1.4 Leeswijzer	13
2 Methoden	15
2.1 Inventarisatie onderzoeksprioriteiten	15
2.1.1 Quick scan literatuur en richtlijnen	15
2.1.2 Delphi-methode	16
2.1.3 Data analyse	18
2.1.4 Expertmeeting	18
2.2 Methoden inventarisatie toekomstscenario's	18
2.2.1 Schriftelijke vragenlijst	19
2.2.2 Data analyse	19
2.2.3 Expertmeeting	19
3 Resultaten	21
3.1 Literatuur	21
3.2 Respons	21
3.3 Onderzoeksonderwerpen in de vragenlijsten	22
3.4 Onderzoeksprioriteiten	23
3.4.1 Klinisch onderzoek	24
3.4.2 Klinimetrie	26
3.4.3 Kosteneffectiviteitsonderzoek	26
3.4.4 Multidisciplinaire samenwerking	27
3.5 Expert meeting	27
4 Resultaten toekomstscenario's	29
4.1 Mening van de experts over de voorbeeldscenario's	29
4.2 Samenvatting van de door de experts zelf aangedragen toekomstscenario's	30
4.3 Relevante toekomstscenario's en daaraan gerelateerde relevante onderzoeksvragen	31
5 Samenvatting en discussie	39
5.1 Onderzoeksprioriteiten en toekomstscenario's	39
5.2 Overeenkomsten met onderzoeksprioriteiten uit de literatuur	42
5.3 Overeenkomsten met eerdere initiatieven om onderzoeksprioriteiten vast te stellen	42
5.4 Tenslotte	43

Literatuur	45
Bijlage 1: Zoekstrategie Pubmed voor de quick scan van de literatuur	47
Bijlage 2: Brief en vragenlijst 1	49
Bijlage 3: Scores onderzoeksonderwerpen uit de tweede vragenlijst	57
Bijlage 4: Top 10 van onderzoeksonderwerpen per hoofdcategorie	77
Bijlage 5: Tabellen met genoemde toekomstscenario's behorend bij §4.2	83
Bijlage 6: Antwoorden op de vraagstellingen in schema	87
Bijlage 7: Inventarisatie onder specialistenverenigingen	89

Voorwoord

Voor u ligt de rapportage van het onderzoek “Inventarisatie van onderzoeksprioriteiten voor de fysiotherapie” dat is uitgevoerd in opdracht van het Wetenschappelijk College Fysiotherapie.

Het onderzoek is uitgevoerd met behulp van een grote groep experts. Deze groep bestond uit hoogleraren en lectoren op het gebied van fysiotherapie of daaraan gerelateerde vakgebieden, (senior)onderzoekers binnen de fysiotherapie, beleidsmakers, vertegenwoordigers van specialisten verenigingen fysiotherapie en vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen.

De auteurs willen alle experts bedanken voor hun medewerking.

Utrecht, februari 2012

Beknpte samenvatting van de belangrijkste resultaten

In dit onderzoek werden door middel van de Delphi-methode onderzoeksprioriteiten voor de fysiotherapie geïnventariseerd bij een groep experts op het gebied van fysiotherapie. Tevens werden mogelijke toekomstscenario's voor de fysiotherapie in kaart gebracht. In deze beknpte samenvatting worden alleen de belangrijkste resultaten van dit onderzoek weergegeven. Voor een beschrijving van de methoden, een uitgebreide weergave van de resultaten en de discussie wordt verwezen naar het rapport.

Als belangrijkste onderzoeksprioriteit komt 'klinisch onderzoek' in het algemeen en 'effectonderzoek' in het bijzonder naar voren. Onderzoek naar de lange termijn effecten van fysiotherapeutische behandeling wordt daarbij het hoogst geprioriteerd. Daarnaast wordt onderzoek naar determinanten van herstel en de identificatie van subgroepen van patiënten zeer relevant geacht. Ook onderzoek naar kosteneffectiviteit werd als prioriteit aangedragen. Specifiek worden daarbij genoemd het onderzoek van de kosteneffectiviteit van fysiotherapie ten opzichte van meer ingrijpende behandelmethoden zoals operatie; onderzoek naar de kosteneffectiviteit van verplaatsing van fysiotherapeutische instellingszorg naar de thuissituatie en gerelateerd daaraan onderzoek naar de kosteneffectiviteit van fysiotherapie op afstand (home based programma's, telezorg). Een toename in E-health of home based programma's kwam in dit onderzoek ook als één van de reële toekomstscenario's voor de fysiotherapie naar voren.

Naast (kosten)effectiviteitonderzoek krijgt klinimetrisch onderzoek een hoge prioriteit waarbij vooral onderzoek naar het inperken van het aantal gebruikte meetinstrumenten binnen de fysiotherapie en implementatie van meetinstrumenten in de dagelijkse praktijk belangrijk worden gevonden. Het onderzoek naar het ontwikkelen of vaststellen van een standaard, beperkte en valide coreset van in de klinische praktijk eenvoudig toepasbare meetinstrumenten krijgt de hoogste prioriteit. Deze coreset dient zowel uit diagnostische als evaluatieve meetinstrumenten te bestaan.

Een ander onderwerp dat hoog geprioriteerd werd is onderzoek op het gebied van bewegen en leefstijl. Niet alleen onderzoek naar bewegingstimulering om bepaalde subgroepen langdurig meer in beweging te laten komen, maar ook onderzoek naar de rol, meerwaarde en kosteneffectiviteit van de fysiotherapeut als coach voor bevordering van de gezonde leefstijl worden belangrijk gevonden. Een toenemende rol van de fysiotherapeut in het begeleiden van mensen in het aannemen en handhaven van een gezonde leefstijl werd tevens als één van de reële toekomstscenario's voor de fysiotherapie naar voren gebracht.

Als meer overkoepelende onderzoeksprioriteit is door de experts het onderzoek naar de verbreding van onderzoeksmethoden naast de RCT geprioriteerd. Effectonderzoek uitgevoerd middels een RCT en met grote groepen homogene patiënten sluit volgens de experts niet altijd goed aan bij de praktijk en er is binnen de fysiotherapie behoefte aan

meer praktijkgericht onderzoek, waarmee zowel de professional als de individuele cliënt hun voordeel kunnen doen.

De laatste categorie van onderzoeksprioriteiten die uit dit onderzoek naar voren komt is onderzoek naar multidisciplinaire samenwerking. Toenemende multidisciplinaire samenwerking kwam tevens als relevant toekomstscenario naar voren.

1 Inleiding

In de afgelopen anderhalve eeuw heeft de fysiotherapie zich een vaste plaats verworven in de Nederlandse gezondheidszorg. Naar schatting zijn in totaal 21.000 fysiotherapeuten werkzaam in Nederland, waarvan 16.410 in de extramurale gezondheidszorg (Hingstman et al., 2012). Jaarlijks heeft circa één op de vijf Nederlanders contact met de fysio- of oefentherapeut (CBS, 2012).

De fysiotherapie vindt haar oorsprong in de eerste helft van de 19^e eeuw vanuit de heilgymnastiek. In 1965 werden fysische therapie zoals warmte- en koudetherapie, licht- en luchttherapie, hydro- en elektrotherapie officieel tot het beroepsdomein van de fysiotherapeut verklaard door de wet op de paramedische beroepen en het fysiotherapeutenbesluit. Na deze wettelijke erkenning groeide het vak fysiotherapie snel en namen gehanteerde methoden en technieken toe (Beroepsprofiel fysiotherapeut, 1998)

De verdere professionalisering en verwetenschappelijking van de fysiotherapie kwam in de jaren tachtig van de vorige eeuw op gang. In 1992 werd de eerste leerstoel fysiotherapie aan de universiteit van Utrecht gevestigd. In navolging van de opkomst van Evidence Based Medicine kwam de focus binnen de fysiotherapie in de jaren negentig te liggen op evidence based practice. Vele evidence based richtlijnen voor de fysiotherapie zijn inmiddels ontwikkeld. In het kader van het landelijke Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg is flink geïnvesteerd in transparantie en kwaliteitsbeleid, resulterend in onder andere verplichte bij- en nascholing, vele IOF's (Intercollegiaal Overleg Fysiotherapie), en kwaliteitsindicatoren voor de fysiotherapie (Hofhuis et al., 2004).

Niet alleen de fysiotherapeutische zorgverlening is veranderd, ook de gezondheidszorg als geheel. Introductie van de marktwerking, het veranderde zorgstelsel en de integrale bekostiging zijn allen recente ontwikkelingen die het dagelijks werk van de fysiotherapeut en zijn positie binnen de gezondheidszorg beïnvloeden. Door de marktwerking moeten fysiotherapeuten naast zorgverlener ook steeds meer ondernemer zijn. Fysiotherapeuten onderhandelen over hun tarieven en contracten met de zorgverzekeraars en proberen hun concurrentiepositie te verbeteren door bijvoorbeeld innovatie in zorgconcepten en verbeterde samenwerking. Passend binnen de opvattingen over taakherschikking en efficiëntie in de organisatie van de zorg is de fysiotherapeut binnen het nieuwe zorgstelsel per 1 januari 2006 direct toegankelijk geworden. Dit betekent niet alleen een erkenning voor de zelfstandige positie van de fysiotherapeut binnen de Nederlandse gezondheidszorg, maar ook een toename van de beroepsinhoudelijke verantwoordelijkheid. De integrale bekostiging die in 2010 werd ingevoerd voor mensen met chronische aandoeningen, betekent dat fysiotherapeuten steeds meer te maken krijgen met multidisciplinaire samenwerking.

Hoewel de fysiotherapeutische zorgverlening tot de curatieve zorg wordt gerekend (KNGF, 2005) zijn fysiotherapeuten ook actief op het gebied van preventie, en de toenemende nadruk op het belang van gezond en verantwoord bewegen biedt kansen voor de fysiotherapie. Met een vergrijzende bevolking en de daarmee gepaard gaande toenemende vraag naar fysiotherapeutische zorg voor onder andere chronische aandoeningen, zal fysiotherapie ook in de toekomst een belangrijke plaats innemen binnen de

gezondheidszorg. Er zijn echter ook uitdagingen. Door invoering van de eerder genoemde integrale bekostiging moeten fysiotherapeuten niet alleen een goede inhoudelijke samenwerking met andere zorgverleners bewerkstelligen, maar tevens met deze zelfde zorgverleners en zorgverzekeraars onderhandelen over een adequate vergoeding voor de door hen geboden zorg. Een nadeel van integrale bekostiging voor de fysiotherapie kan zijn dat de huisarts weer de regierol krijgt, waarmee de situatie zou kunnen ontstaan dat de huisarts bepaalt wie er fysiotherapie krijgt en wie niet. Naast een goede samenwerking is een sterke profilering van de meerwaarde van de fysiotherapeutische zorgverlening binnen multidisciplinaire samenwerkingsverbanden daarom van groot belang.

Daarnaast gaan de bezuinigingen binnen de gezondheidszorg van het afgelopen jaar niet aan de fysiotherapie voorbij. Het aantal behandelingen dat voor eigen rekening komt voor patiënten met een chronische aandoening voorkomend op de niet limitatieve lijst met aandoeningen voor langdurige of intermitterende fysiotherapie, wordt verhoogd van 12 naar 20, wat een verdere verscherping van de afspraken uit het regeerakkoord betekent (www.veranderingenindezorg.nl, 2012).

Om in de toekomstige gezondheidszorg een stevige positie van fysiotherapie te behouden en de zorg van patiënten te optimaliseren is het belangrijk om een sterke wetenschappelijke onderbouwing van het vak te hebben. Dit is niet alleen relevant om innovatie te waarborgen en de kwaliteit van de patiëntenzorg zo hoog mogelijk te houden, maar ook belangrijk voor de vergoeding van de fysiotherapeutische zorg, aangezien dekking door de zorgverzekering mede wordt bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk (Staal et al., 2007). De laatste jaren is veel wetenschappelijk onderzoek binnen de fysiotherapie verricht.

In een tijd van beperkte financiële middelen is het evident dat het onderzoek zich moet richten op die onderwerpen die het meest van belang zijn. Doel van het hier beschreven onderzoek is het inventariseren van prioriteiten binnen het onderzoek van de Nederlandse fysiotherapie.

1.1 Eerdere initiatieven om prioriteiten vast te stellen

Er zijn eerder prioriteiten vastgesteld voor onderzoek binnen de fysiotherapie. In 2003 heeft de Raad voor Gezondheidsonderzoek middels vragenlijsten aan onderzoekers, KNGF en zorgverzekeraars Nederland vier met elkaar samenhangende terreinen van onderzoek geprioriteerd (RGO, 2003). Deze terreinen werden breed geformuleerd en betroffen:

1. patiëntgebonden evaluatieonderzoek naar fysiotherapeutische behandelingen, in het bijzonder de oefentherapie, met daarnaast onderzoek te richten op reactiveringsprogramma's bij patiënten met chronische aandoeningen;
2. preventieonderzoek naar beweegprogramma's bij patiënten met chronische aandoeningen;
3. ontwikkeling van meetinstrumenten/klinimetrie; en
4. verklarend onderzoek naar werkingsmechanismen.

Sinds 2003 zijn de fysiotherapie en de gezondheidszorg in Nederland sterk veranderd en is veel nieuw onderzoek verschenen. Een update van het vaststellen van onderzoeksprioriteiten is dus van belang.

Internationaal zijn recent meerdere initiatieven ondernomen om een onderzoeksagenda voor het vakgebied fysiotherapie op te stellen. De American Physical Therapy Association (APTA) publiceerde in 2000 een onderzoeksagenda waarin de 72 belangrijkste klinische onderzoeksvragen waren opgenomen. Deze onderzoeksagenda werd in 2011 vernieuwd toen de “Revised Research Agenda for Physical Therapy” werd gepresenteerd (Goldstein et al., 2011). In deze nieuwe lijst van onderzoeksideeën, die middels Delphi-rondes werd opgesteld, is een breder perspectief van onderzoek binnen de fysiotherapie meegenomen dan alleen klinisch relevante vragen. Voorzitters van verschillende secties binnen de APTA werden benaderd om onderzoeksprioriteiten voor hun specifieke vakgebied aan te dragen. Door een groep van zes experts werden de in totaal 353 aangedragen onderzoeksonderwerpen gereviewd, samengevoegd en ingedeeld in een conceptueel raamwerk. Daarbij werden aangedragen onderzoeksonderwerpen met opzet geherformuleerd in zeer globale termen, zodat het onderwerp op verschillende klinische groepen kon worden toegepast. Uiteindelijk bestond de “Revised Research Agenda for Physical Therapy” uit 88 items, waarbinnen geen onderlinge prioriteit werd aangegeven.

Vrijwel tegelijkertijd werden in Groot Brittannië door de Chartered Society of Physiotherapy (CSP) in 2010 onderzoeksprioriteiten opgesteld, eveneens via een aantal Delphi-rondes (CSP Research Priorities Project 2010). Ook hier werd gewerkt met verschillende panels van experts, ingedeeld naar specifieke deskundigheid (muskuloskeletaal, neurologie, cardiorespiratoir, mentale en fysieke gezondheid). In de eerste ronde werd aan de panels gevraagd om relevante onderzoeksonderwerpen aan te dragen. Per panel, dat uit gemiddeld 50 leden bestond, werden 113 tot 185 onderzoeksonderwerpen aangedragen. Aan de panelleden werd vervolgens gevraagd om per onderwerp op een 5 puntsschaal aan te geven aangeven in hoeverre zij het er mee eens waren dat het onderwerp prioriteit zou moeten krijgen¹. In een derde ronde werden alleen die items opnieuw voorgelegd aan de panelleden waarover voldoende overeenstemming bestond en een belangscore van 3,5 of hoger hadden. Uiteindelijk bleven in totaal 127 onderzoeksonderwerpen over waarvoor voldoende overeenstemming bestond en die een belangscore van 3,5 of hoger hadden. De uiteindelijke onderzoeksonderwerpen varieerden van algemeen geformuleerd tot zeer specifieke onderwerpen. De belangrijkste onderwerpen die naar voren werden gebracht waren onderzoek naar:

- 1) Interventies of methoden om therapietrouw bij oefentherapie te verhogen.
- 2) Onderzoek naar de optimale inhoud, timing en dosering van revalidatie van de arm bij CVA patiënten.
- 3) Onderzoek naar de effecten van ‘eerste hulp fysiotherapie’ op mortaliteit, opname-duur en incidentie van cardio-respiratoire complicaties bij patiënten met cardio-respiratoire aandoeningen.
- 4) De effectiviteit van bewegingsstimulerende programma’s voor mensen met chronische aandoeningen.

¹ Helemaal niet mee eens; niet mee eens; noch eens, noch oneens; mee eens; helemaal mee eens.

Eveneens in 2010 werd in Ierland een onderzoek uitgevoerd naar onderzoeksprioriteiten voor zes paramedische beroepsgroepen, waaronder de fysiotherapie (McKenna, 2010). De opzet van het onderzoek was sterk vergelijkbaar met de opzet van het onderzoek van de CSP, met dat verschil dat er maar met één panel werd gewerkt. Drieënzestig experts op het gebied van fysiotherapie (zowel onderzoekers als belanghebbenden) participeerden in dit onderzoek dat middels drie vragenlijstrondes uit vele honderden onderzoeksonderwerpen een top 20 van onderzoeksprioriteiten opleverde. Net als in het onderzoek van de CSP varieerden de onderwerpen van heel algemeen geformuleerd tot zeer specifiek. De meest belangrijke onderwerpen die naar voren werden gebracht hadden betrekking op effectevaluatie van interventies, gezondheidsbevordering (health promotion), integratie van wetenschappelijk onderzoek en dagelijkse praktijk (embedding research into practice) en organisatie van de zorg.

1.2 Onderzoeksprioriteiten in Nederland 2011

De resultaten van bovengenoemde recente internationale initiatieven om onderzoeksprioriteiten of een onderzoeksagenda op te zetten zijn natuurlijk informatief voor Nederlandse fysiotherapeuten en onderzoekers. De Nederlandse fysiotherapeuten, beroepsvereniging, patiënten populatie en gezondheidszorgsysteem zijn echter niet zonder meer vergelijkbaar met die van Amerika of Groot Brittannië. Daarom is het relevant om ook in Nederland een overzicht te maken van de meest relevante onderzoeksonderwerpen binnen de fysiotherapie.

In het voorliggende onderzoek worden twee trajecten onderscheiden. Ten eerste wordt een inventarisatie gemaakt van wat volgens experts belangrijke onderzoeksvragen voor de fysiotherapie zijn. Het is uiteraard belangrijk om het huidige handelen wetenschappelijk te onderbouwen, werkingsmechanismen te begrijpen en goede meetinstrumenten te gebruiken. Tegelijkertijd is fysiotherapie een dynamisch vak in een veranderende samenleving en gezondheidszorg, en is er behoefte aan kennis voor de fysiotherapie van de toekomst. Een tweede onderdeel van dit onderzoek is daarom het inventariseren van mogelijke toekomstige scenario's binnen de fysiotherapie.

Een aantal maatschappelijke trends is redelijk voorspelbaar zoals een toename van technologische toepassingen in de zorg, vergrijzing en meer aandacht voor zelfmanagement. Andere ontwikkelingen zijn nog onzeker en onder andere afhankelijk van de politiek. Het is daarom belangrijk om tijdig in te schatten welke scenario's zich binnen het vakgebied mogelijk zullen voordoen en te bepalen welke kennis er in de toekomst nodig is om met nieuwe maatschappelijke ontwikkelingen om te gaan.

Doel van dit project is om richting te geven aan het onderzoek binnen de fysiotherapie van nu en in de toekomst, door de gemeenschappelijk gedragen prioriteiten te verkennen. Er wordt daarbij niet gestreefd naar volledige consensus. Dit project geeft de mogelijkheid aan een grote groep experts op het gebied van onderzoek binnen de fysiotherapie om mee te denken over relevante onderzoeksonderwerpen en onderzoeksrichtingen binnen de fysiotherapie.

Het is vervolgens aan de beroepsvereniging om strategische keuzes te maken en het vakgebied fysiotherapie optimaal te profileren.

1.3 Vraagstellingen

De volgende vraagstellingen staan centraal in onderhavig onderzoek:

1. Wat zijn de belangrijkste prioriteiten voor onderzoek in de fysiotherapie?
2. a. Wat zijn mogelijke toekomstscenario's binnen het vakgebied van de fysiotherapie?
b. Welke onderzoeksvragen zijn relevant in het kader van deze toekomstscenario's?

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 worden de methoden van het onderzoek uiteen gezet. In hoofdstuk 3 worden de resultaten gepresenteerd met betrekking tot de eerste vraagstelling “Wat zijn de belangrijkste prioriteiten voor onderzoek”. In hoofdstuk 4 wordt antwoord gegeven op de volgende twee vraagstellingen: “Wat zijn mogelijke toekomstscenario's binnen het vakgebied van de fysiotherapie?” en “Welke onderzoeksvragen zijn relevant in het kader van deze toekomstscenario's?”

In hoofdstuk 5 worden de antwoorden op de onderzoeksvragen samengevat, bijeen gebracht en bediscussieerd.

2 Methoden

2.1 Inventarisatie onderzoeksprioriteiten

Het onderzoek naar de eerste vraagstelling, het vaststellen van prioriteiten voor onderzoek in de fysiotherapie, omvatte een aantal fasen. Allereerst werd begonnen met een quick scan van de literatuur om te kijken of daarin relevante onderzoeksprioriteiten werden geformuleerd. Daarna volgde een tweetal Delphi-rondes met een panel van experts en het onderzoek werd afgesloten met een expertmeeting.

2.1.1 Quick scan literatuur en richtlijnen

In de Cochrane data base en in Pubmed is gezocht naar systematische reviews en meta-analyses over fysiotherapie. Daarbij werd binnen de Cochrane reviews vanaf 2005 tot en met 2010 gezocht met de volgende termen (in titel, abstract of als keyword) “physical therapy” OR “physiotherapy” OR “physical therapists” OR “physiotherapist” OR “exercise therapy”.

Binnen Pubmed is gezocht met een combinatie van Mesh-terms en woorden uit de titel en het abstract (zie bijlage 1).

Voor de gevonden reviews werden de volgende inclusiecriteria gehanteerd:

- a. het review betrof een full-text systematische review of meta-analyse naar het effect van fysiotherapie of oefen therapie;
- b. in het review werd fysio- of oefen therapie vergeleken met een andere interventie of geen zorg. Studies werden alleen geïnccludeerd wanneer de interventie echt door fysiotherapeuten was uitgevoerd;
- c. reviews werden niet geïnccludeerd indien er sprake was van een review naar het effect van algemene fitness of training die niet specifiek werd gegeven door fysiotherapeuten;
- d. onderzochte uitkomstmaten liggen binnen het domein van de fysiotherapie/oefen therapie;
- e. reviews waren geschreven in Engelse, Nederlandse of Duitse taal;
- f. reviews werden gepubliceerd in de periode 2005-2010.

Op grond van titel en abstract werd besloten of het artikel werkelijk een fysiotherapeutische interventie betrof en het werd meegenomen voor het vaststellen van onderzoeksprioriteiten. Van elk review werd de discussiesectie gescreend op aanbevelingen voor verder onderzoek en werd gekeken of daar vanuit onderzoeksprioriteiten konden worden gedestilleerd om op te nemen in de vragenlijstronde. Dit werd gedaan door alle aanbevelingen voor verder onderzoek vanuit alle reviews letterlijk over te nemen en te bundelen. Op dezelfde manier zijn de evidence based richtlijnen zoals gepubliceerd via het KNGF en verschenen in de periode van 2005-2010 (N=18) gescreend op aanbevelingen voor verder onderzoek.

2.1.2 *Delphi-methode*

Voor het inventariseren van onderzoeksprioriteiten op het gebied van fysiotherapeutisch onderzoek is vervolgens gekozen voor de Delphi-methode. De klassieke Delphi-methode legt in verschillende rondes vragenlijsten voor aan een groep van deskundigen of experts, om hun mening over een bepaald onderwerp te vragen.

Experts

Een panel van experts wordt in de literatuur gedefinieerd als een groep van goed geïnformeerde individuen, specialisten in hun vak of iemand die kennis van zaken heeft op een bepaald gebied (McKenna, 1994; Goodman, 1987). Er is geen algemene standaard voor wat de ideale groepsgrootte zou moeten zijn, of wat de juiste manier is om een dergelijk panel samen te stellen (Green et al., 1999).

In dit onderzoek werden als experts benaderd:

- hoogleraren paramedische zorg of fysiotherapie;
- lectoren werkzaam op een gebied binnen de fysiotherapie of nauw gerelateerd daaraan;
- vertegenwoordigers, veelal senioronderzoekers, van relevante afdelingen op universiteiten, onderzoeksinstituten (zoals TNO, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), Nederlands Paramedisch Instituut (Npi)), hogescholen en ziekenhuizen;
- onderzoekers uit het netwerk van de projectgroep;
- onderzoekers bekend bij het Wetenschappelijk College Fysiotherapie (WCF);
- onderzoekers geregistreerd op www.narcis.nl.

Vertegenwoordigers van:

- relevante beleidsinstituten die de resultaten van fysiotherapeutisch onderzoek gebruiken in hun beleid zoals het Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF);
- deelverenigingen van het KNGF (n=11);
- ministerie van VWS;
- College van Zorgverzekeringen (CvZ);
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZA);
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en grotere zorgverzekeraars.

Omdat het belangrijk werd gevonden om ook de stem van de patiënt mee te nemen bij dit onderzoek werden 15 patiëntenverenigingen uitgenodigd die veel met fysiotherapie te maken hebben:

- Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF);
- Reumapatiëntenvereniging;
- Astmafonds;
- Diabetesvereniging;
- MS vereniging;
- CVA vereniging Samen verder;
- Vereniging van rugpatiënten;
- Dwarslaesievereniging;
- Parkinsonvereniging;
- Hart en Vaatgroep;

- Borstkankervereniging;
- Osteoporosevereniging;
- BOSK (Vereniging van en voor ouders van gehandicapte kinderen en (jong) volwassenen met een handicap);
- Nederlandse Federatie van Kankerpatiënten-organisaties;
- Hersenletselorganisaties.

In totaal bestond de aangeschreven groep uit 109 personen (verenigingen/instanties), waaronder 81 onderzoekers

Vragenlijsten

In de Delphi-methode is iedere volgende ronde gebaseerd op de resultaten uit de eerdere ronde (Greatorex et al., 2000), zo ook in onderhavig onderzoek. De experts kregen in de eerste ronde via email een open vragenlijst met daarin 6 categorieën voorgelegd: klinisch onderzoek, klinimetrie, fundamenteel onderzoek, epidemiologisch onderzoek, gezondheidszorgonderzoek en beroepsontwikkeling. Deze categorieën werden afgeleid van de indeling die door de APTA is gehanteerd in de meest recente inventarisatie van onderzoeksprioriteiten in de VS (Goldstein et al., 2011). Per categorie werd aan de experts gevraagd aan te geven wat volgens hen, vanuit hun eigen expertise, belangrijke onderzoeksonderwerpen voor de fysiotherapie zijn. Bij iedere categorie werd een voorbeeld gegeven dat was afgeleid uit het literatuuronderzoek. De experts werden gevraagd alleen onderzoeksonderwerpen in te vullen indien de categorie aansloot bij hun specifieke expertise. Het was dus niet noodzakelijk om iedere categorie in te vullen. Tevens werd gevraagd het totaal aantal genoemde onderzoeksonderwerpen te beperken tot vijf (bijlage 2).

De aangedragen onderzoeksonderwerpen uit ronde 1 werden door de onderzoeker verzameld, geanalyseerd en dienden als input voor de tweede vragenlijst. De genoemde onderzoeksonderwerpen werden per categorie onder elkaar gezet en binnen de categorieën werden subcategorieën gemaakt van genoemde onderzoeksonderwerpen die goed vergelijkbaar waren of bij elkaar pasten. Dubbel genoemde onderzoeksonderwerpen werden samengenomen. Onderzoeksonderwerpen die slechts gedeeltelijk overlaptten of op elkaar leken werden toch als aparte onderzoeksonderwerpen meegenomen in de tweede vragenlijst om de aangedragen onderzoeksonderwerpen in de tweede ronde zo veel mogelijk onbewerkt voor te kunnen voorleggen aan de deelnemers. Er werd zo min mogelijk inhoudelijk aan de tekst veranderd om bias en interpretatie vanuit de onderzoeker te voorkomen en om de prioriteiten echt vanuit de groep van experts te laten ontstaan (Hasson et al., 2000). Vanuit de quick scan van de literatuur en de fysiotherapeutische richtlijnen werden enkele onderzoeksonderwerpen in de vragenlijst verwerkt.

De gegroepeerde onderzoeksonderwerpen werden opnieuw per email aan de groep van experts voorgelegd met de vraag of zij per categorie, subcategorie en onderwerp wilden aangeven in hoeverre zij dit een onderzoeksprioriteit vonden. Hiervoor werd een 5-puntschaal variërend van -2 tot +2 (helemaal geen prioriteit; geen prioriteit; neutraal, prioriteit, hoge prioriteit) gebruikt. Respondenten mochten een onderwerp overslaan wanneer zij van mening waren te weinig specifieke expertise te hebben. Wanneer men het

onderzoeksonderwerp onvoldoende begreep om een prioritering toe te kennen kon dat worden aangegeven.

In de klassieke Delphi-methode kan bovengeschetste procedure in principe worden herhaald totdat consensus is bereikt of weinig nieuwe informatie meer naar voren komt (Keeney et al., 2006). Hierdoor vraagt de klassieke Delphi-methode nogal wat inspanning van de groep deelnemers en de ervaring leert dan ook dat de respons per ronde afneemt (Hasson et al., 2000); (McKenna, 2010). Gezien het feit dat de groep experts op het gebied van onderzoek binnen de fysiotherapie relatief klein is en een deelname van minstens 30 personen per ronde minimaal werd gevonden, werd in dit onderzoek gekozen voor een tweetal schriftelijke rondes.

2.1.3 Data analyse

De score van de respondenten op de tweede vragenlijst werd ingevoerd in het statistisch pakket STATA. Per onderwerp werd weergegeven hoeveel mensen het betreffende onderdeel hadden ingevuld en hoeveel procent van de respondenten het onderwerp prioriteit (score +1 of +2) toekenden. Tevens werd de gemiddelde score per onderwerp berekend. Er bestaat geen universele consensus ten aanzien van het vereiste niveau van overeenstemming tussen leden van het expert panel en verschillende auteurs hanteren verschillende percentages. Terwijl Loughlin & Moor (1971) uitgaan van een percentage overeenstemming van 51%, hanteert Green et al (1999) een percentage van 90% (Green et al., 1999; Loughlin et al., 1979). Keeney et al (2006) adviseert uit te gaan van een percentage van overeenstemming van 70% (Keeney et al., 2006).

In dit onderzoek werd besloten alleen die onderzoeksonderwerpen aan te merken als onderzoeksprioriteit, die door meer dan de helft van de respondenten waren ingevuld en waarover meer dan 75% overeenstemming bestond dat dit een onderzoeksprioriteit betrof (score +1 of +2).

2.1.4 Expertmeeting

Alle experts werden uitgenodigd voor de afsluitende expertmeeting. Het doel van deze expertmeeting was niet om nieuwe resultaten wat betreft onderzoeksprioriteiten te verzamelen, maar om de gevonden prioriteiten te presenteren aan de deelnemende experts. Tijdens de expertmeeting werden de 28 onderzoeksprioriteiten zoals die na de tweede vragenlijstronde naar voren kwamen gepresenteerd en kregen de experts gelegenheid hierop te reflecteren. Bespreekpunten die daarbij naar voren kwamen dienden als input voor de discussie van dit rapport.

2.2 Methoden inventarisatie toekomstscenario's

Het onderzoek naar de tweede vraagstelling:

2. a. Wat zijn mogelijke toekomstscenario's binnen het vakgebied van de fysiotherapie?
 - b. Welke onderzoeksvragen zijn relevant in het kader van deze toekomstscenario's?
- werd in twee fasen uitgevoerd.

Via de eerste schriftelijke vragenlijst werden de toekomstscenario's geïnventariseerd (vraag 2a) en in de expertmeeting werden onderzoeksvragen vastgesteld die in het kader van deze toekomstscenario's relevant zijn (vraag 2b).

2.2.1 Schriftelijke vragenlijst

In de eerste schriftelijke vragenlijst (zie ook § 2.1.2) werd aan de experts een drietal mogelijke toekomstscenario's als voorbeeld voorgelegd. Hierbij werd de vraag gesteld of men zich wel of niet in dit scenario kon vinden en waarom wel of niet. De eerste twee mogelijke scenario's waren afgeleid uit gesprekken met de beroepsvereniging fysiotherapie en het derde scenario was gebaseerd op de toenemende maatschappelijke aandacht voor het verbeteren van leefstijl.

Deze scenario's waren:

1. Nu de fysiotherapeut direct toegankelijk is, krijgt deze de mogelijkheid om een aanvraag voor aanvullende diagnostiek te doen (zoals röntgen- of bloedonderzoek).
2. Nu de fysiotherapeut direct toegankelijk is, krijgt deze de mogelijkheid om door te verwijzen naar de tweede lijn (zoals orthopedie, neurologie).
3. Fysiotherapeuten krijgen een toenemende rol in het begeleiden van (gezonde) mensen in het aannemen en handhaven van een gezonde leefstijl.

Daarnaast werd de respondenten gevraagd eigen, aanvullende toekomstscenario's voor de fysiotherapie aan te geven.

2.2.2 Data analyse

De reacties op de voorbeeldscenario's werden gebundeld en ingedeeld in reacties van voor- en tegenstanders van het scenario. De door de experts aangedragen toekomstscenario's werden zoveel mogelijk gebundeld en sterk overeenkomende scenario's werden samengevat.

2.2.3 Expertmeeting

In de expertmeeting waarin ook de onderzoeksprioriteiten werden gepresenteerd (zie § 2.1.4) werden de toekomstscenario's besproken. De reacties op de drie voorbeeldscenario's werden tijdens de expertmeeting centraal gepresenteerd, daarbij onderscheid makend tussen reacties voor- en tegen het scenario. Ook werd een samenvatting van de door de experts zelf aangedragen toekomstscenario's gepresenteerd. Vervolgens werd een viertal toekomstscenario's besproken die waren samengesteld uit de voorbeeldscenario's en de samengevatte aanvullende scenario's samen. Om te illustreren welke steun er op grond van de tweede vragenlijst bestond voor deze vier samengestelde toekomstscenario's, werden de scores op de onderwerpen die inhoudelijk gerelateerd waren aan het scenario gepresenteerd. Op deze manier werd een relatie gelegd tussen de onderzoeksprioriteiten van vraagstelling 1 en de toekomstscenario's van vraagstelling 2. Per groepje experts werd vervolgens van één van de toekomstscenario's bediscussieerd of het een reëel en wenselijk scenario was en welk onderzoek nodig zou zijn wanneer het geschetste scenario werkelijkheid zou worden (vraagstelling 2b). De resultaten van deze groepsdiscussie werden plenair teruggekoppeld.

3 Resultaten

3.1 Literatuur

De zoekactie in Pubmed en de Cochrane data base leverden aanvankelijk 456, respectievelijk 399 titels op. Na opschoning op basis van titels, abstracts en van dubbele titels bleven er 300 artikelen over.

In de discussiesecties van de gescande reviews werden veel specifieke aanbevelingen gedaan om het effect van fysiotherapie te onderzoeken op specifieke aandoeningen en op specifieke uitkomstmaten. Opname van deze grote hoeveelheid, vaak zeer gedetailleerde aanbevelingen in de vragenlijst zou tot een enorm lange vragenlijst leiden en werd in het kader van dit onderzoek niet zinvol of wenselijk geacht. Daarom is besloten om alleen de gevonden algemeen geldende en vaker terugkerende aanbevelingen c.q. onderzoeks- onderwerpen uit de literatuur op te nemen in de vragenlijst.

De volgende onderwerpen werden in de vragenlijsten opgenomen:²

- a) onderzoek naar de juiste timing, exacte inhoud, dosering en frequentie van fysiotherapie;
- b) onderzoek naar de kosteneffectiviteit van fysiotherapie ten opzichte van geen of andere behandelingen;
- c) onderzoek naar het identificeren van specifieke subgroepen van patiënten binnen patiëntenpopulaties;
- d) onderzoek naar lange termijneffecten van fysiotherapie;
- e) onderzoek naar methoden om therapietrouw te verhogen;
- f) identificeren van persoons- en omgevingsfactoren, waaronder comorbiditeit, die van invloed zijn op de prognose van aandoeningen en
- h) ontwikkelen/vaststellen van een coreset van meetinstrumenten.

3.2 Respons

Zesenvijftig procent van de aangeschreven personen reageerde op de uitnodiging voor deelname. Twaalf personen meldden zich met reden af voor verdere deelname: 4 personen vonden het vanuit hun functie niet gepast deel te nemen aan het onderzoek, 4 personen gaven aan onvoldoende specifieke expertise op het terrein van de fysiotherapie te hebben, 3 personen konden in verband met de gevraagde tijd niet deelnemen en 1 persoon wilde zijn onderzoeksideeën niet delen met de gehele groep. In totaal zijn 49 eerste vragenlijsten en 39 tweede vragenlijsten teruggestuurd. Enkele personen hebben de vragenlijst met meerdere personen of namens een onderzoeksgroep ingevuld. Voor het weergeven van de kenmerken van de respondenten is alleen de persoon meegeteld die de vragenlijst heeft opgestuurd.³

² Deze onderwerpen werden als voorbeeld in vragenlijst 1 verwerkt of als onderzoeksonderwerp in vragenlijst 2.

³ Meerdere personen hebben dubbele functies zoals onderzoeker en tevens beleidsmedewerker.

Tabel 3.1: Kenmerken van de respondenten

	Eerste vragenlijst*	Tweede vragenlijst
N	49	39
Mannen/vrouwen	25/24	21/18
Onderzoekers	26	25
Hoogleraren/Lectoren	9	9
Beleidsmedewerkers KNGF	4	-
Specialistenverenigingen fysiotherapie	3	3
Zorgverzekeraars	1	1
VWS	1	1
Patiëntenverenigingen	5	-
Gemiddelde leeftijd	47,2	48,3
Gemiddeld aantal jaar praktijkervaring	13,8	14,0
Gemiddeld aantal jaar onderzoekservaring**	16,6	18,2

* Van 7 personen (inclusief 5 vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen) ontbraken gegevens over leeftijd en ervaring.

** Twee beleidsmedewerkers hadden geen enkele onderzoeks- of praktijkervaring op het gebied van fysiotherapie.

3.3 Onderzoeksonderwerpen in de vragenlijsten

In totaal zijn via de eerste open vragenlijst 365 onderzoeksonderwerpen aangedragen, gemiddeld 7 per persoon. Uit deze 365 onderzoeksonderwerpen werd een lijst van 262 onderzoeksonderwerpen gemaakt, ingedeeld in de 6 hoofdcategorieën van de eerste vragenlijst en 32 subcategorieën die werden gemaakt op basis van de aangedragen onderwerpen. Deze indeling vormde de basis voor de tweede vragenlijst (tabel 3.2). In de tweede vragenlijst werd de experts gevraagd niet alleen de items, maar ook de hoofdcategorieën en de subcategorieën te scoren.

Tabel 3.2: De in de tweede vragenlijst bevraagde onderzoeksonderwerpen, gestructureerd in hoofd- en subcategorieën en items

Hoofdcategorie	Subcategorie	Items (n)
Klinisch onderzoek	Effectiviteit algemeen	11
	Effectiviteit specifiek	20
	Identificatie subgroepen	8
	Optimale frequentie/inhoud interventies	12
	Bewegen/leefstijl	4
	Chronische aandoeningen	6
	Methodologisch	4
	Overig	9
Klinimetrie	Ontwikkeling (nieuwe) meetinstrumenten; validering	13
	Patiëntgeoriënteerde (uitkomst)maten	8
	Diagnostiek	4
	(implementatie) meetinstrumenten in dagelijkse praktijk	4
	Inperken aantal meetinstrumenten	3
	Overig	5
Gezondheidszorgonderzoek	Kosteneffectiviteit algemeen	7
	Kosteneffectiviteit specifiek	14
	Dataverzameling/verslaglegging	5
	Beroeps(inhoudelijke)ontwikkeling	14
Fundamenteel onderzoek	Fysiologie/celniveau algemeen	15
	Fysiologie/celniveau specifiek	4
	Theorievorming	5
	Werkingsmechanismen	5
	Overig	10
Epidemiologisch onderzoek	Algemeen	10
	Specifiek	16
	Chronisch zieken	2
Beroepsontwikkeling	Implementatie	4
	Multidisciplinaire samenwerking	7
	Vaardigheden & competenties	8
	Opleiding & specialisatie	12
	Inhoud fysiotherapeutische zorgverlening	8
	Overig	5

3.4 Onderzoeksprioriteiten

In dit onderzoek werden de onderzoeksonderwerpen die door meer dan de helft van de respondenten waren ingevuld en die bovendien door meer dan 75% van de respondenten positief (met een +1 of +2) waren gescoord, aangemerkt als onderzoeksprioriteit (zie §2.1.3). In totaal voldeden 28 onderzoeksonderwerpen aan deze criteria (tabel 3.3 t/m 3.6). De geprioriteerde onderzoeksonderwerpen betroffen vooral klinisch onderzoek, klinimetrie, kosteneffectiviteitonderzoek (uit de categorie gezondheidszorgonderzoek) en multidisciplinaire samenwerking (uit de categorie Beroepsontwikkeling). De categorieën fundamenteel onderzoek en epidemiologisch onderzoek kwamen niet in de onderzoeksprioriteiten voor.

3.4.1 *Klinisch onderzoek*

Klinisch onderzoek werd door de experts het hoogste geprioriteerd (tabel 3.3). Binnen het klinisch onderzoek kreeg effectiviteitsonderzoek de hoogste prioriteit, waarbij de meeste onderzoeksonderwerpen algemeen werden geformuleerd en niet gekoppeld waren aan specifiek genoemde patiëntengroepen. In het algemeen werd onderzoek naar de lange termijn effecten van fysiotherapeutische behandeling relevant gevonden, in verschillende domeinen van gezondheid en op verschillende uitkomstmaten (gezondheidsgedrag, fysiologie, ziekteprogressie, mortaliteit). Bovengenoemd onderzoek kan plaatsvinden wanneer fysiotherapie als monodisciplinaire behandeling plaats vindt, maar ook wanneer fysiotherapie deel uit maakt van een multidisciplinaire behandeling wordt onderzoek naar de effecten hiervan belangrijk gevonden.

De enige specifieke patiëntengroep die in de top van prioriteiten voorkwam waren patiënten met artrose. Onderzoek naar het effect van fysiotherapeutische interventie bij artroseklachten aan heup en knie in relatie tot het voorkomen en/of uitstellen van knie en heupprothesen werd hoog geprioriteerd.

Onderzoek naar determinanten van herstel en onderzoek naar de identificatie van subgroepen (op basis van prognostische-, fysieke, psychosociale- en omgevingsfactoren) werden eveneens hoog geprioriteerd. Vanuit deze determinanten en subgroepen kunnen therapieën worden gedefinieerd. Vervolgens moet onderzocht worden wat de exacte inhoud, duur, timing en intensiteit van deze therapieën (per subgroep) moet zijn, zodat daarna onderzoek naar de lange termijn effecten kan worden verricht. Het werd belangrijk geacht om daarbij vooral effecten gerelateerd aan behoud van functionaliteit en ADL mee te nemen, en niet alleen effecten gericht op genezing.

Daarnaast werd onderzoek naar bewegen en leefstijl belangrijk gevonden. Onderzoek naar vormen van beweegstimulering die bepaalde subgroepen nodig hebben om tot langdurig meer bewegen en een gezondere leefstijl te komen, werd hoog geprioriteerd. Daarbij is aandacht voor aandoeninggerelateerde, persoonlijke en omgevingsfactoren relevant, alsmede het bepalen van de kosteneffectiviteit van deze bewegingsstimulering. Ook werd, gerelateerd hieraan, onderzoek naar de rol, meerwaarde en kosteneffectiviteit van de fysiotherapeut als coach voor bevordering van de gezonde leefstijl van patiënten of personen met een verhoogd risico op klachten of aandoeningen belangrijk gevonden. Iets specifiek geformuleerd werd onderzoek naar de lange termijn effecten van preventieve beweeginterventies bij patiënten met chronische aandoeningen of andere relevante doelgroepen hoog geprioriteerd. Eveneens bij patiënten met een chronische aandoening werd onderzoek naar de betekenis van fysiotherapie bij het bevorderen van zelfmanagement relevant gevonden.

Als meer overkoepelende onderzoeksprioriteit werd genoemd het onderzoek naar innovatie/verbreding van onderzoeksmethoden omdat fysiotherapeutisch onderzoek mogelijk niet alleen gediend is met het paradigma van de RCT.

Tabel 3.3: Onderzoeksprioriteiten klinisch onderzoek

Onderwerp*	N	% pos.	gem. score
Klinisch onderzoek	20	90,00	1,55
Klinisch onderzoek: Effectiviteit algemeen	23	95,70	1,57
Onderzoek naar de (lange termijn) effecten van fysiotherapeutische behandeling in verschillende domeinen van gezondheid, op verschillende uitkomstmaten (gezondheidsgedrag, fysiologie, ziekteprogressie, mortaliteit) en bij specifieke subgroepen van patiënten	38	89,50	1,47
Onderzoek naar de (lange termijn) effecten van (preventieve) beweeginterventies bij (fysiotherapeutisch) relevante doelgroepen en/of (chronische) aandoeningen	38	84,20	1,11
Onderzoek naar determinanten van herstel; van daaruit definiëren van therapieën en onderzoek naar duur, timing en intensiteit, gevolgd door onderzoek naar lange termijn effecten	37	83,80	1,27
Onderzoek naar effecten van multidisciplinaire behandeling in verschillende domeinen van gezondheid, op verschillende uitkomstmaten (gezondheidsgedrag, fysiologie, ziekteprogressie, mortaliteit) en bij specifieke subgroepen van patiënten	38	78,90	1,18
Onderzoek naar effectiviteit van fysiotherapie gericht op behoud van functionaliteit/ADL i.p.v. genezing	38	78,90	1,16
Klinisch onderzoek: Effectiviteit specifiek	21	76,20	1,10
Onderzoek naar het effect van fysiotherapeutische interventie bij artroseklachten aan heup en knie in relatie tot het voorkomen en/of uitstellen van knie en heupprothesen	36	80,60	1,14
Klinisch onderzoek: identificatie subgroepen	21	90,50	1,38
Onderzoek naar identificatie van subgroepen (o.b.v. prognostische-, fysieke, psychosociale- en omgevingsfactoren) waarmee kan worden bepaald of, hoeveel en welke vorm van fysiotherapie zij nodig hebben, en waarmee het effect van interventies beter kan worden onderzocht	36	83,30	1,31
Klinisch onderzoek: Bewegen/leefstijl	21	85,70	1,24
Onderzoek naar vormen van beweegstimulering die subgroepen nodig hebben om tot langdurig meer bewegen/gezondere leefstijl te komen, met aandacht voor aandoeningsgerelateerde, persoonlijke en omgevingsfactoren + kosteneffectiviteitsbepaling	34	88,20	1,18
Onderzoek naar de rol, meerwaarde en kosteneffectiviteit van de fysiotherapeut als coach voor bevordering van de gezonde leefstijl van patiënten of personen met een verhoogd risico op klachten of aandoeningen (ter preventie)	34	76,50	0,97
Klinisch onderzoek: Optimale frequentie/inhoud interventies	20	85,00	1,05
Klinisch onderzoek: Chronische aandoeningen	20	90,00	1,30
Onderzoek naar de betekenis van fysiotherapie bij zelfmanagement, met name bij patiënten met een chronische aandoening	35	85,70	1,23
Onderzoek naar innovatie/verbreding van onderzoeksmethoden omdat fysiotherapeutisch onderzoek mogelijk niet alleen gediend is met het paradigma van de RCT (Item behorend bij Klinisch onderzoek: Methodologie)	36	77,80	1,08

* Hoofd en subcategorieën zijn vetgedrukt.

N = aantal respondenten dat het onderwerp heeft ingevuld; % pos. = percentage respondenten dat het onderwerp (hoge) prioriteit toekent (een +1 of +2 heeft gescoord); gem. score is de gemiddelde score van alle respondenten die het onderwerp hebben ingevuld

3.4.2 *Klinimetrie*

Klinimetrisch onderzoek kreeg net als klinisch onderzoek hoge prioriteit, waarbij twee dingen het meest relevant gevonden werden: het inperken van het aantal meetinstrumenten en implementatie van meetinstrumenten in de dagelijkse praktijk (tabel 3.4). Onderzoek naar het ontwikkelen van een standaard, beperkte en valide coreset van in de klinische praktijk eenvoudig toepasbare meetinstrumenten kreeg de hoogste prioriteit. Er moeten volgens de respondenten zowel diagnostische als evaluatieve meetinstrumenten komen (op basis van de 'International Classification of Functioning, Disability and Health'(ICF)) met normgegevens en per aandachtsgebied, zowel generiek als ziektespecifiek.

Tabel 3.4: Onderzoeksprioriteiten klinimetrie

Onderwerp*	N	% pos.	Gem. score
Klinimetrie: (implementatie van) meetinstrumenten in dagelijkse praktijk	21	76,20	1,10
Klinimetrie: Inperken van aantal meetinstrumenten	20	80,00	1,05
Onderzoek naar het ontwikkelen van een standaard, beperkte en valide coreset van in de klinische praktijk eenvoudig toepasbare meetinstrumenten (diagnostisch, evaluatief en o.b.v. de ICF) met normgegevens en per aandachtsgebied (generieke en ziektespecifiek)	39	84,60	1,33

* Hoofd en subcategorieën zijn vetgedrukt.

N = aantal respondenten dat het onderwerp heeft ingevuld; % pos. = percentage respondenten dat het onderwerp (hoge) prioriteit toekent (een +1 of +2 heeft gescoord); gem. score is de gemiddelde score van alle respondenten die het onderwerp hebben ingevuld

3.4.3 *Kosteneffectiviteitoronderzoek*

Als derde relevante onderzoeksgebied werd het onderzoek naar kosteneffectiviteit hoog geprioriteerd. Onderzoek naar de ontwikkeling van onderzoeksmethoden waarbij fysiotherapie wordt beoordeeld op haar economische waarde in vergelijk met andere vormen van zorg in het kader van substitutie van zorg kreeg hoge prioriteit. Daarbij werd een drietal specifiekere onderzoeksonderwerpen hoog geprioriteerd. Dit waren onderzoek naar de kosteneffectiviteit van fysiotherapie ten opzichte van meer ingrijpende behandelmethoden zoals operatie; onderzoek naar de kosteneffectiviteit van verplaatsing van fysiotherapeutische instellingszorg (ziekenhuis, revalidatie, etc.) naar de thuissituatie en, gerelateerd daaraan, onderzoek naar de kosteneffectiviteit van fysiotherapie op afstand (home based programma's, telezorg) bijvoorbeeld ter motivatie en/of aanpassingen van reeds ingezette behandelingen.

Tabel 3.5: Onderzoeksprioriteiten kosteneffectiviteit

Onderwerp*	N	% pos.	Gem. score
Gezondheidszorgonderzoek: Kosteneffectiviteit algemeen	19	84,20	0,95
Onderzoek naar de ontwikkeling van onderzoeksmethoden waarbij fysiotherapie wordt beoordeeld op haar economische waarde in vergelijking met andere vormen van zorg in het kader van substitutie van zorg	37	89,20	1,19
Onderzoek naar kosteneffectiviteit van fysiotherapie t.o.v. meer ingrijpende behandelmethoden (bijvoorbeeld operatie)	35	77,10	1,06
Gezondheidszorgonderzoek: Kosteneffectiviteit specifiek	20	75,00	0,90
Onderzoek naar kosteneffectiviteit van verplaatsing van fysiotherapeutische instellingszorg (ziekenhuis, revalidatie, etc.) naar de thuis-situatie	37	78,40	0,95
Onderzoek naar kosteneffectiviteit van fysiotherapie op afstand (home based programma's, telezorg) bijvoorbeeld ter motivatie en/of aanpassingen van reeds ingezette behandelingen	37	78,40	0,92

* Hoofd en subcategorieën zijn vetgedrukt.

N = aantal respondenten dat het onderwerp heeft ingevuld; % pos. = percentage respondenten dat het onderwerp (hoge) prioriteit toekent (een +1 of +2 heeft gescoord); gem. score is de gemiddelde score van alle respondenten die het onderwerp hebben ingevuld

3.4.4 Multidisciplinaire samenwerking

Tenslotte wordt het onderwerp multidisciplinaire samenwerking terug gevonden in de top 28 van onderzoeksprioriteiten.

Tabel 3.6: Onderzoeksprioriteiten multidisciplinaire samenwerking

Onderwerp*	N	% pos.	Gem. score
Beroepsontwikkeling: Multidisciplinaire samenwerking	20	75,00	0,90

* Hoofd en subcategorieën zijn vetgedrukt.

N = aantal respondenten dat het onderwerp heeft ingevuld; % pos. = percentage respondenten dat het onderwerp (hoge) prioriteit toekent (een +1 of +2 heeft gescoord); gem. score is de gemiddelde score van alle respondenten die het onderwerp hebben ingevuld

Overige resultaten

In bijlage 3 worden de scores op alle onderzoeksonderwerpen uit de vragenlijst (hoofd- en subcategorieën en onderzoeksitems) weergegeven. In bijlage 4 wordt per hoofdcategorie (klinisch onderzoek, klinimetrie, fundamenteel onderzoek, epidemiologisch onderzoek, gezondheidszorgonderzoek en beroepsontwikkeling) de top 10 van gescoorde onderzoeksonderwerpen gepresenteerd.

3.5 Expert meeting

Bij de expertmeeting waren 17 experts aanwezig. Tijdens de expertmeeting werden de 28 onderzoeksprioriteiten gepresenteerd bediscussieerd. In de discussie werd aandacht besteed aan de methodologie van het onderzoek, het draagvlak van de resultaten en de

vraag of de juiste groep experts was bevraagd. De onderwerpen die in deze expertmeeting naar voren kwamen worden hier niet apart beschreven, maar zijn omwille van de leesbaarheid alleen verwerkt in de discussie van dit rapport.

4 Resultaten toekomstscenario's

In dit hoofdstuk worden allereerst de meningen weergegeven van de experts over de drie voorbeeldscenario's uit de schriftelijke vragenlijst (§ 4.1). Vervolgens worden de door de experts genoemde aanvullende scenario's gepresenteerd (§ 4.2).

In paragraaf 4.3 worden de toekomstscenario's weergegeven die zijn samengesteld vanuit de voorbeeldscenario's en de aanvullende scenario's, en worden de scores op de onderwerpen uit de vragenlijst die inhoudelijk gerelateerd zijn aan het scenario gepresenteerd. Daarbij wordt tevens weergegeven wat er tijdens de expertmeeting over het samengestelde scenario werd gezegd en worden de onderzoeksvragen gepresenteerd die volgens de experts relevant zouden zijn indien de toekomstscenario's werkelijkheid zouden worden.

4.1 Mening van de experts over de voorbeeldscenario's

Voorbeeldscenario 1.

Nu de fysiotherapeut direct toegankelijk is, krijgt deze de mogelijkheid om een aanvraag voor aanvullende diagnostiek te doen (zoals röntgen- of bloedonderzoek)

Slechts acht personen geven aan dit wel een goed idee te vinden zonder verdere terughoudendheid. Zeven personen vinden het in principe wel een goed idee als er een aanvullende opleiding komt en er randvoorwaarden worden gecreëerd waardoor er geen overproductie komt. Acht personen twijfelen en geven als redenen hiervoor dat de huidige kennis van de fysiotherapeut tekort schiet en de huisarts al de aangewezen poortwachter is om deze functie te vervullen. Wel wordt geopperd door een aantal mensen dat het wellicht alleen voor aandoeningen van het bewegingsapparaat een mogelijkheid is, het zou wel kosten kunnen besparen. Vijftien personen zijn tegen dit scenario. Zij vinden de opleiding tekort schieten, het buiten de expertise van de fysiotherapeut vallen, zijn bang voor een enorme toename van vraag voor aanvullende diagnostiek en zien veel meer in goede samenwerking met de huisarts.

Voorbeeldscenario 2.

Nu de fysiotherapeut direct toegankelijk is, krijgt deze de mogelijkheid om door te verwijzen naar de tweede lijn (zoals orthopedie, neurologie)

Elf personen lijkt het zinvol als de fysiotherapeut naar de 2^e lijn kan doorverwijzen zonder daarbij verdere opmerkingen te maken. Tien personen vinden het in principe wel een goed idee, maar stellen wel voorwaarden aan samenwerking met de huisarts in verband met diens poortwachterrol en zien aanvullende scholing als voorwaarde. Vier personen twijfelen, geven aan dat eerst kosten-batenanalyse nodig is en dit hooguit zou kunnen gelden bij bepaalde specialismen. Tien personen vinden het geen goed scenario en zijn van mening dat fysiotherapeuten dit niet moeten willen. Zij brengen het belang van extra scholing naar voren, waarschuwen voor een toename van tweedelijnszorg en pleiten eerder voor goede samenwerking met de huisarts.

Voorbeeldscenario 3.

Fysiotherapeuten krijgen een toenemende rol in het begeleiden van (gezonde) mensen in het aannemen en handhaven van een gezonde leefstijl

Achttien personen vinden zonder verder voorbehoud dat de fysiotherapeut een rol moet hebben in het begeleiden van (gezonde) mensen in het aannemen en handhaven van een gezonde leefstijl. Zeven personen vinden dit alleen acceptabel als dit een tijdelijke opstart is naar een regulier beweegaanbod en beperkt wordt tot bepaalde risicogroepen. Ook wordt benadrukt dat de fysiotherapeut zich moet onderscheiden van de fitnessinstructeur of leefstijladviseur. Elf personen vinden dat de fysiotherapeut zich moet beperken tot mensen met een aandoening. De argumenten van deze 11 mensen die niet zo voor dit scenario zijn, komen sterk overeen met de opmerkingen die de zeven mensen uit de 'ja, mits' groep maken.

4.2 Samenvatting van de door de experts zelf aangedragen toekomstscenario's

In de nu volgende paragrafen worden alleen de samenvattingen van de door de experts genoemde scenario's gepresenteerd. Voor alle letterlijk genoemde toekomstscenario's wordt verwezen naar bijlage 5.

1. Toename multidisciplinaire samenwerking

Een aantal experts gaf scenario's aan op het gebied van multidisciplinaire samenwerking. Samenvattend wordt er in deze scenario's geschetst dat fysiotherapeuten steeds meer multidisciplinaire samenwerking zullen aangaan in de vorm van zorgprogramma's of zorgketens voor specifieke patiëntengroepen. De fysiotherapeuten kunnen daarbij werkzaam zijn in de eerste en/of tweede lijn en al dan niet gespecialiseerd zijn. De fysiotherapeuten dienen zich te profileren, zowel ten opzichte van andere disciplines als richting cliënt, zodat zij eventueel ook de rol van regisseur of case manager in een multidisciplinaire samenwerking kunnen vervullen.

2. Toenemend onderscheid tussen fysiotherapeutspecialisten en generalisten

Een ander scenario dat door veel experts werd aangegeven is een toenemende specialisatie van fysiotherapeuten. Genoemde scenario's kwamen er kort samengevat op neer dat steeds meer fysiotherapeuten zich gaan specialiseren, waarbij de specialisaties ontstaan vanuit International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) en/of de Hypothesis-oriented algorithm for clinicians (HOAC) en vanuit markteconomische ontwikkelingen. Hoog complexe zorg, diagnostiek en behandelplan zou dan alleen door gespecialiseerde fysiotherapeuten op master niveau worden geboden, terwijl de fysiotherapeuten op bachelorniveau de daadwerkelijke behandelingen doen en de standaardzorg bieden.

3. Toenemende rol voor de fysiotherapeut in het begeleiden van leefstijl/preventie

Als derde vaker genoemd scenario werd aangegeven dat de fysiotherapeut een toenemende rol zal krijgen (als 'counselor') in de primaire, secundaire en tertiaire preventie van aan bewegen en fysieke fitheid gerelateerde gezondheidsproblemen. In het kader hiervan kan de fysiotherapeut een rol vervullen bij het afnemen van gezondheids-

scans (eventueel inspanningstest) bij mensen met een verhoogd gezondheidsrisico, zoals ouderen (met een verhoogd valrisico), mensen met arbeidsgerelateerde klachten, obesitas, verhoogd risico op hart- en vaatandoeningen, chronische aandoeningen, etc.

4. Toenemende rol voor de fysiotherapeut in het begeleiden van (specifieke) patiëntengroepen

Een vierde veel genoemd toekomstscenario was dat fysiotherapeuten een toenemende rol krijgen, eventueel als case manager, in het begeleiden van specifieke patiëntengroepen; daarbij worden als specifieke patiëntengroepen genoemd: mensen met comorbiditeit, pre-operatieve patiënten, gewrichtstraumata, frail elderly (o.a. valpreventie).

5. Home based programma's (scenario uit de literatuur)

Uit de literatuur kwam als toekomstscenario naar voren dat de fysiotherapeutische behandeling steeds minder face to face consulten zal gaan omvatten en dat een deel van de behandeling zal gaan bestaan uit een home based programma. Dit zal onder uiteenlopende wijze en mate van supervisie (eventueel webbased of via domotica) plaatsvinden, afhankelijk van patiëntengroep en patiëntkarakteristieken. In het licht van toenemende kosten binnen de gezondheidszorg, teruglopende vergoeding van fysiotherapie binnen de (basis)verzekering en een toenemend accent op zelf-management zijn home-based programma's door de onderzoekers als extra toekomstscenario meegenomen in de expertmeeting.

6. Uitbreiding/verandering van het vak

Op het gebied van uitbreiding en verandering van het vak fysiotherapie werden vele scenario's geschetst die zich door hun uiteenlopende karakter minder gemakkelijk laten samenvatten. In bijlage 5 zijn de genoemde scenario's weergegeven.

4.3 Relevante toekomstscenario's en daaraan gerelateerde relevante onderzoeksvragen

Bij de expertmeeting werden de vier samengestelde scenario's gepresenteerd en werd met de experts besproken wat de meest relevante onderzoeksvragen waren wanneer het betreffende scenario doorgang zou vinden.

Toekomstscenario 1: aanvullende diagnostiek, verwijsmogelijkheden en specialisatie

Nu de fysiotherapeut direct toegankelijk is, krijgt deze de mogelijkheid om een aanvraag voor aanvullende diagnostiek te doen en door te verwijzen naar de tweede lijn (zoals orthopedie, neurologie). Steeds meer fysiotherapeuten specialiseren zich waarbij de specialisaties ontstaan vanuit ICF/HOAC en vanuit markteconomische ontwikkelingen. Hoog complexe zorg, diagnostiek en behandelplan worden alleen door gespecialiseerde fysiotherapeuten op master niveau geboden, fysiotherapeuten op bachelorniveau doen behandelingen en de standaardzorg.

Overeenkomsten onderzoeksonderwerpen uit de vragenlijst en scenario 1

Om te kijken of er op grond van de tweede vragenlijst ook al steun bestond onder de experts voor deze scenario's, zijn de scores bekeken op de onderwerpen die inhoudelijk gerelateerd waren aan dit scenario:

“Onderzoek naar de meerwaarde, haalbaarheid en (kosten)effectiviteit van de mogelijkheid om als fysiotherapeut aanvullende diagnostiek aan te vragen en door te kunnen verwijzing naar de tweede lijn.”

Dit item werd door 54,3 % van de experts positief gescoord (+1 of +2) met een gemiddelde score van 0,31.

“Onderzoek naar het effect van (verschillende vormen van) professionele (na)scholing of specialisatie van fysiotherapeuten op hun klinisch redeneren en klinisch handelen, en op patiëntgerelateerde uitkomstmaten (meerwaarde masteropleiding).”

Dit item werd door 66,7 % van de experts positief gescoord (+1 of +2) met een gemiddelde score van 0,61.

“Beroepsontwikkeling: Opleiding & specialisatie.”

Deze subcategorie werd door 52,6 % van de experts positief gescoord (+1 of +2) met een gemiddelde score van 0,58.

“Onderzoek naar de top 10 van de meest behandelde klachten in de algemene fysiotherapie en de top 10 van de verschillende verbijzonderingen/specialisaties.”

Dit item werd door 31,3 % van de experts positief gescoord (+1 of +2) met een gemiddelde score van -0,22.

“Onderzoek naar de gevolgen van verdere specialisatie van fysiotherapeuten, o.a. in relatie tot bereikbaarheid (geografische spreiding van specialisaties) voor de patiënt.”

Dit item werd door 26,5 % van de experts positief gescoord (+1 of +2) met een gemiddelde van -0,26.

Uit de hierboven gepresenteerde scores op de onderzoeksitems uit de vragenlijst kan worden afgeleid dat er niet heel veel steun is voor dit toekomstscenario. Geen van de gerelateerde onderzoeksonderwerpen werd door 75% of meer van de respondenten positief gescoord, waardoor deze ook niet in de top 30 van prioriteiten staan. Ook tijdens de expertmeeting vonden de experts het over het algemeen geen erg reëel en/of wenselijk scenario. Indien het scenario doorgang zou vinden moeten er volgens de experts duidelijke randvoorwaarden gelden. Ten eerste zou de aanvullende diagnostiek of verwijzing binnen het domein fysiotherapie moeten vallen, en de aanvraag voor aanvullende diagnostiek of verwijzing moet duidelijk consequenties hebben voor het fysiotherapeutische behandelbeleid. De bevoegdheden zouden niet moeten worden voorbehouden aan gespecialiseerde fysiotherapeuten, maar iedere fysiotherapeut zou dit, mits aanvullend geschoold, moeten kunnen. Verder moet er een goede samenwerking met betrokken

andere disciplines zijn. De waarde van de huisarts als poortwachter en behandelaar die overzicht heeft van de patiënt met al de bijbehorende klachten moet niet verdwijnen, dus rapportage blijft net als bij DTF belangrijk. Het risico is anders dat bij complexe klachten niemand meer een overzicht heeft. Ook bestond er het vermoeden dat het scenario met hoge kosten gepaard zal gaan. Indien dit toekomstscenario doorgang zou vinden zou aan de volgende drie onderzoeksvragen aandacht moeten worden besteed:

- 1) Behoeftetepeiling met daarin vragen als:
“hebben fysiotherapeuten, (huisartsen) en patiënten hier behoefte aan?”
“Is het een probleem dat de fysiotherapeut nu geen aanvullende diagnostiek mag aanvragen en niet mag doorverwijzen naar de tweede lijn of is het meer ‘jammer’?”
“Heeft het meerwaarde als fysiotherapeut deze mogelijkheden krijgt?”
- 2) Ontwikkeling van een beslisboom waarmee gestructureerd kan worden bepaald in welke gevallen aanvullende diagnostiek of verwijsmogelijkheid noodzakelijk is.
- 3) Onderzoeken welke competenties nodig zijn voor het goed uitvoeren van deze extra bevoegdheden en hoe dit in de opleiding moet worden geïmplementeerd.

Toekomstscenario 2: begeleiden van een gezonde leefstijl

Fysiotherapeuten krijgen een toenemende rol in het begeleiden van (gezonde) mensen in het aannemen en handhaven van een gezonde leefstijl. Fysiotherapeuten krijgen een toenemende rol (‘counselor’) in de primaire, secundaire en tertiaire preventie van aan bewegen en fysieke fitheid gerelateerde gezondheidsproblemen. In het kader hiervan kan de fysiotherapeut een rol vervullen bij het afnemen van gezondheidsscans (eventueel inspanningstest) bij mensen met een verhoogd gezondheidsrisico, zoals ouderen (met een verhoogd valrisico), mensen met arbeidsgelateerde klachten, obesitas, verhoogd risico op hart- en vaatandoeningen, chronische aandoeningen, etc.

Overeenkomsten onderzoeksonderwerpen uit de vragenlijst en scenario 2

Om te kijken of er op grond van de tweede vragenlijst ook al steun bestond onder de experts voor dit scenario, zijn de scores bekeken op de onderwerpen die inhoudelijk gerelateerd waren aan het scenario. In de tweede vragenlijst waren twee onderzoeksitems opgenomen die goed bij dit scenario pasten:

“Klinisch onderzoek: Bewegen/leefstijl.”

Deze subcategorie werd door 85,7% van de experts positief gescoord (+1 of +2) met een gemiddelde van 1,24.

“Onderzoek naar vormen van beweegstimulering die subgroepen nodig hebben om tot langdurig meer bewegen/gezondere leefstijl te komen, met aandacht voor aandoeninggerelateerde, persoonlijke en omgevingsfactoren + kosten-effectiviteitbepaling.”

Dit item werd door 88,2% van de experts positief gescoord (+1 of +2) met een gemiddelde van 1,18.

Op grond van de hierboven gepresenteerde scores op de onderzoeksitems uit de vragenlijst kan worden afgeleid dat er veel steun is voor dit toekomstscenario. De gerelateerde onderzoeksonderwerpen werden door meer dan 75% van de respondenten positief

gescoord, waardoor deze ook in de prioriteiten staan. Ook tijdens de expertmeeting vonden de experts het over het algemeen een wenselijk en reëel scenario. Wel werd geconstateerd dat de fysiotherapeut zich nu al met secundaire en tertiaire preventie bezig houdt, dus dat de primaire preventie het vernieuwende zou zijn. Wel drong de vraag zich bij de experts op wat nu precies fysiotherapie is. Wanneer de fysiotherapie zich met gezonde mensen gaat bezig houden komt dat wel erg dicht tegen fitness aan te zitten en de vraag is of dat een goede ontwikkeling zou zijn voor de fysiotherapie. Ook is het van belang te realiseren dat het bij het bevorderen van gezonde leefstijl gaat om langdurige gedragsverandering bij mensen. Dat vraagt specifieke vaardigheden, waarvan het de vraag is of fysiotherapeuten die vaardigheden hebben. Daarnaast merkte één van de experts op dat voorafgaand hieraan een discussie nodig is over wat leefstijl precies inhoudt. Gezonde leefstijl is meer dan alleen gezond bewegen, maar omvat ook stoppen met roken, drinken, en minder eten. Daar wordt nu in de praktijk geen/weinig aandacht aan besteed. Bij de experts bestond enig verschil van mening of de fysiotherapeut ook die onderdelen voor zijn rekening moet nemen.

Indien het toekomstscenario doorgang zou vinden zouden in ieder geval de volgende vier onderzoeksvragen moeten worden uitgevoerd:

- 1) Onderzoek of fysiotherapeuten in staat zijn mensen tot langdurige gedragsverandering te bewegen; zijn fysiotherapeuten goede counselors en wat verstaan zij precies onder leefstijl(verandering)?
- 2) Opstellen van risicoprofielen voor welke mensen dit soort begeleiding zinvol zou zijn.
- 3) Onderzoeken van de kosteneffectiviteit van fysiotherapie versus fitness.
- 4) Onderzoek naar hoe dit in de opleiding moet worden gebracht? Fysiotherapeuten moeten daar aanvullende vaardigheden voor leren, zijn nu nog onvoldoende als 'gedragstherapeut' opgeleid.

Toekomstscenario 3: multidisciplinaire samenwerking

Fysiotherapeuten (al dan niet gespecialiseerd en werkzaam in de eerste/tweede lijn) gaan multidisciplinaire samenwerking aan in zorgprogramma's/zorgketens voor specifieke patiëntengroepen en patiënten met specifieke aandoeningen (genoemd worden mensen met comorbiditeit, pre-operatieve patiënten, gewrichtstraumata, frail elderly (o.a. valpreventie)).

De fysiotherapeuten dienen zich te profileren, zowel ten opzichte van andere disciplines als richting cliënt, zodat zij eventueel ook de rol van regisseur of case manager in een multidisciplinaire samenwerking kunnen vervullen.

Overeenkomsten onderzoeksonderwerpen uit de vragenlijst en scenario 3:

Om een beeld te krijgen van de steun voor dit scenario is gekeken naar de score op een aantal items uit de tweede vragenlijst:

“Beroepsontwikkeling: Multidisciplinaire samenwerking.”

Deze subcategorie werd 75,0 % van de respondenten positief gescoord met een gemiddelde score van 0.90.

“Onderzoek naar hoe de rol van fysiotherapie in zorgketens optimaal kan worden geplaatst, en hoe de effecten (o.a. op kwaliteit van leven) binnen en van de totale keten kunnen worden gemonitord.”

Dit item werd door 67,6 % van de respondenten positief gescoord met een gemiddelde score van 0,68.

“Onderzoek naar hoe optimale multidisciplinaire samenwerking van de monodisciplinaire zorgverleners in de wijk er (per diagnosegroep) uit zou moeten zien (vraaggestuurd i.p.v. aanbodgestuurd).”

Dit item werd door 55,9 % van de respondenten positief gescoord met een gemiddelde score van 0,50.

“Onderzoek naar de fysiotherapeut als casemanager bij bijvoorbeeld total hip operaties; i.s.m. de chirurg kan de fysiotherapeut een leidende rol spelen bij pre- en postoperatieve traject.”

Dit item werd door 31,4 % van de respondenten positief gescoord met een gemiddelde score van -0,03.

Op grond van de hierboven gepresenteerde scores op de onderzoeksitems uit de vragenlijst lijkt er wel steun te zijn voor multidisciplinaire samenwerking in het algemeen, maar minder voor de specifieke geformuleerde onderzoeksitems.

Tijdens de bespreking op de expertmeeting werd multidisciplinaire samenwerking als een wenselijk scenario gezien, ook vanuit de patiënt. Aantal en soort betrokken disciplines is afhankelijk van betreffende patiëntengroepen. Momenteel vindt ook al steeds meer multidisciplinaire samenwerking plaats zodat het niet meer de vraag is of dit scenario doorgang zal vinden. Bij multidisciplinaire samenwerking werden de volgende onderzoeksvragen van belang geacht:

- 1) Allereerst dient een gezamenlijke visie (ten aanzien van o.a. diagnostiek en behandeling) te worden opgesteld met alle betrokken disciplines die breed wordt (uit)gedragen, ook naar patiënt toe, zodat deze geen verschillende adviezen krijgt. Deze visie kan eenvoudig zijn en bij relatief eenvoudige aandoeningen bepaalde afspraken omvatten, maar bij patiënten met meer complexe aandoeningen (chronische pijn bijvoorbeeld) zal de visie ook complexer zijn.
- 2) Er moeten assessment instrumenten (patiënt centred) worden samengesteld (of ontwikkeld) om de zorgvraag te bepalen en vast te stellen welke zorg nodig is.
- 3) Vervolgens moet het proces worden gemonitord: verloopt de zorg nu volgens de vastgestelde visie?
- 4) Als laatste stap zou (kosten)effectonderzoek moeten worden uitgevoerd, bijvoorbeeld mono versus multidisciplinaire behandeling.

Bij het onderzoek naar de kosteneffectiviteit werd door de experts opgemerkt dat de effecten van multidisciplinaire behandelingen moeilijk zijn vast te leggen, er zijn geen echte kwaliteitsindicatoren en het gaat dan al snel over kosten. Multidisciplinaire behandeling zal snel relatief duur zijn. Bovendien is het lastig te onderzoeken omdat er verschillende monodisciplines een rol spelen, en er verschillende vormen van multi-

disciplinaire samenwerking zijn (structureel, ad hoc, verschuiving van 0° naar 1° lijn etc.). Er moeten goede assessment methoden zijn voordat dit onderzoek kan plaatsvinden.

Toekomstscenario 4. Meer home based programma's binnen de fysiotherapie

Fysiotherapeutische behandeling kent minder face to face consulten en een deel van de behandeling bestaat uit een home based programma, onder uiteenlopende wijze en mate van supervisie (eventueel webbased of via domotica), afhankelijk van patiëntengroep/patiëntkarakteristieken.

Overeenkomsten onderzoeksonderwerpen uit de vragenlijst en scenario 4

Om een beeld te krijgen van de steun voor dit scenario is gekeken naar de score op een aantal items uit de tweede vragenlijst:

“Onderzoek naar kosteneffectiviteit van fysiotherapie op afstand (telezorg) bijvoorbeeld ter motivatie en/of aanpassingen van reeds ingezette behandelingen.”

Dit item werd door 78,4 % van de respondenten positief gescoord met een gemiddelde score van 0,92.

“Onderzoek naar technologie in de zorg; waaronder onderzoek naar de rol van de fysiotherapeut bij het voorschrijven van hulpmiddelen (incl., domotica), de rol van telehealth en e-coaching voor de fysiotherapie.”

Dit item werd door 57.1 % van de respondenten positief gescoord met een gemiddelde score van 0.37.

Op grond van de hierboven gepresenteerde scores op de onderzoeksitems uit de vragenlijst lijkt er wel steun te zijn voor fysiotherapie op afstand in het algemeen, maar minder voor (de rol van de fysiotherapeut in) technologie in de zorg. Volgens de experts die aanwezig waren bij de expertmeeting is het meer werken met homebased programma's een logisch toekomstscenario. Er is immers sprake van een toenemende vraag naar zorg, een toename van kosten, een afname van het aantal handen aan het bed en er wordt meer nadruk op zelfmanagement gelegd.

Wanneer er in de toekomst meer fysiotherapie op afstand geboden gaat worden, zijn volgens de experts de volgende onderwerpen van belang te onderzoeken:

- 1) Onderzoek naar de verwachtingen en wensen ten aanzien van e-health, van zowel zorgaanbieders als patiënten. Vragen als hoe een dergelijk programma er uit moet zien, hoe informatie het beste kan worden overgebracht bij verschillende groepen (hoog/laag opgeleid, hoge/lage SES, mate van taalbeheersing, etc.), en hoe het programma voor verschillende groepen aantrekkelijk is en blijft zijn daarbij van belang.
- 2) Onderzoek naar hoe therapietrouw kan worden bevorderd.
- 3) Gerandomiseerd effect onderzoek waarin drie groepen worden vergeleken: fysiotherapie, e-health en fysiotherapie plus e-health.

Alvorens dit onderzoek te starten is het volgens de experts ook zinvol om goed kijken wat er al is gedaan op het gebied van e-health, en als voorbeeld wordt de geestelijke gezondheidszorg genoemd waar al verschillende van dit soort programma's zijn en de site www.pijnrevalidatie.nu. Bij de interpretatie van onderzoek dient beseft te worden dat de programma's vaak zijn onderzocht bij mensen met een hoge SES en dat de programma's juist ook zouden moeten differentiëren naar doelgroepen met uiteenlopende mate van geletterdheid, health literacy, SES, opleiding, etc. Aanvullend werd door de experts aangedragen dat er ook onderzoek nodig is om te bepalen hoe je de goede mensen te pakken krijgt voor zo'n programma, zodat de programma's voor een brede groep patiënten toegankelijk zijn. De programma's zouden in overleg met patiënten moeten worden opgesteld en uitgeprobeerd. Tenslotte wordt er op gewezen dat dit soort gezondheidszorg in de opleiding moet worden geïmplementeerd.

5 Samenvatting en discussie

In dit onderzoek stonden de volgende vraagstellingen centraal:

1. Wat zijn de belangrijkste prioriteiten voor onderzoek in de fysiotherapie?
2. a. Wat zijn mogelijke toekomstscenario's binnen het vakgebied van de fysiotherapie?
b. Welke onderzoeksvragen zijn relevant in het kader van deze toekomstscenario's?

De eerste vraagstelling, het inventariseren van onderzoeksprioriteiten, is door middel van een quick scan van de literatuur en twee vragenlijstrondes (Delphi-methode) beantwoord. De twee volgende vraagstellingen met betrekking tot mogelijke toekomstscenario's binnen de fysiotherapie zijn door middel van de eerste vragenlijst en een expertmeeting onderzocht. De vragenlijstrondes en de expertmeeting zijn gehouden met medewerking van een panel van experts op het gebied van de fysiotherapie. Het panel bestond uit lectoren en hoogleraren op het gebied van fysiotherapie of daaraan gerelateerde vakgebieden, senioronderzoekers binnen de fysiotherapie, vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen, fysiotherapeutische specialisten verenigingen, KNGF, zorgverzekeraars en een vertegenwoordiger van het ministerie van VWS.

In de nu volgende samenvatting en discussie worden de antwoorden op de drie vraagstellingen bij elkaar gebracht en bediscussieerd. In bijlage 6 worden de antwoorden op de afzonderlijke vragen kort in schema weergegeven.

5.1 Onderzoeksprioriteiten en toekomstscenario's

Als belangrijkste onderzoeksprioriteit komt 'klinisch onderzoek' in het algemeen en 'effectonderzoek' in het bijzonder naar voren. Onderzoek naar de lange termijn effecten van fysiotherapeutische behandeling, in verschillende domeinen van gezondheid en op verschillende uitkomstmaten wordt daarbij het allerhoogst geprioriteerd. Daarnaast wordt onderzoek naar determinanten van herstel en de identificatie van subgroepen hoog geprioriteerd. Een (para)medische behandeling is het meest zinvol wanneer de therapie zo specifiek mogelijk op de individuele patiënt kan worden toegespitst. Met behulp van onderzoek naar determinanten en subgroepen van patiënten kunnen de exacte timing, inhoud en dosering van de therapie per subgroep van fysiotherapiepatiënten worden onderzocht en gedefinieerd. In de afsluitende expertmeeting werd opgemerkt dat bij het identificeren van prognostische factoren en vaststellen van subgroepen tevens goede fysiotherapeutische diagnostiek van groot belang is.

Niet alleen effectonderzoek maar ook onderzoek naar kosteneffectiviteit wordt zeer relevant geacht. Specifiek worden als prioriteiten genoemd het onderzoek van de kosteneffectiviteit van fysiotherapie ten opzichte van meer ingrijpende behandelmethoden zoals operatie; onderzoek naar de kosteneffectiviteit van verplaatsing van fysiotherapeutische instellingszorg naar de thuissituatie en gerelateerd daaraan onderzoek naar de kosteneffectiviteit van fysiotherapie op afstand (home based programma's, telezorg). Bij

fysiotherapie op afstand kan ook gedacht worden aan e-health programma's. E-health programma's worden in toenemende mate toegepast binnen de geneeskunde (trombosepatiënten die zelf de stollingswaarde van hun bloed meten en de gegevens via internet met de trombosedienst uitwisselen; online programma's voor verschillende vormen van medicatie, etc.). Een toename in E-health of home based programma's kwam in dit onderzoek dan ook als een van de reële toekomstscenario's voor de fysiotherapie naar voren. In de expertmeeting werd door de experts benadrukt dat vóór dat de kosteneffectiviteit van dit soort programma's binnen de fysiotherapie kan worden onderzocht, eerst de precieze doelgroep(en), invulling en te verwachten effecten van dit soort programma's moeten worden bepaald. Een recent proefschrift laat zien dat naast de verwachtingen van de patiënt ten aanzien van E-Health en de ervaren zorgkwaliteit, ook het opleidingsniveau van patiënten een belangrijke factor is voor het al dan niet slagen van E-health toepassingen en dat de effecten eerder moeten worden gezocht in patiëntenwelzijn dan in financiële voordelen (Beenkens, 2011).

Een ander onderwerp dat hoog geprioriteerd wordt is onderzoek op het gebied van bewegen en leefstijl. Niet alleen onderzoek naar bewegingstimulering om bepaalde subgroepen langdurig meer in beweging te laten komen wordt erg relevant gevonden, maar ook onderzoek naar de rol, meerwaarde en kosteneffectiviteit van de fysiotherapeut als coach voor bevordering van de gezonde leefstijl. Het bevorderen van een gezonde leefstijl staat de laatste jaren sterk in de belangstelling, onder meer door een nog steeds groeiend aantal Nederlanders met overgewicht. Overgewicht is een van de belangrijkste bedreigingen voor de volksgezondheid van dit moment (WHO, 2012; Blokstra et al., 2012). Een toenemende rol van de fysiotherapeut in het begeleiden van mensen in het aannemen en handhaven van een gezonde leefstijl werd in dit onderzoek als één van de reële toekomstscenario's voor de fysiotherapie naar voren gebracht. Hierbij werd door de experts in de expertmeeting benadrukt dat het langdurig bewerkstelligen van gedragsverandering (nog) niet binnen het huidige competentieprofiel van de fysiotherapeut ligt. Ook waren de experts het onderling niet geheel eens in hoeverre de fysiotherapeut zich in dit kader ook met gezonde mensen en dus primaire preventie zou moeten bezighouden. Het is relevant onderscheid te blijven maken tussen fysiotherapeutische zorgverlening en fitness, zowel wat betreft inhoud als (kosten)effectiviteit.

Als meer overkoepelende onderzoeksprioriteit is door de experts het onderzoek naar de verbreding van onderzoeksmethoden naast de RCT geprioriteerd. Op de expertmeeting is dit onderwerp verder verduidelijkt en werd gesteld dat effectonderzoek uitgevoerd middels een RCT niet altijd goed aansluit bij de praktijk, een discussie die overigens niet alleen binnen de fysiotherapie plaats vindt (Rensen et al., 2009). Een RCT wordt vaak uitgevoerd met grote homogene groepen van patiënten waarbij een geprotocolleerde vorm van fysiotherapie wordt gegeven. De resultaten betreffen de gemiddelde patiënt en zijn daardoor niet altijd goed generaliseerbaar naar de individuele patiënt die de therapeut in zijn of haar praktijk ziet. In de praktijk zal de fysiotherapeut de therapie bovendien altijd aanpassen aan de individuele patiënt met zijn of haar unieke kenmerken, klachten en/of comorbiditeiten. Er is binnen de fysiotherapie behoefte aan meer praktijkgericht onderzoek, waarmee zowel de professional als de individuele cliënt hun voordeel kunnen doen. Bij alternatieve onderzoeksvormen voor RCTs kan onder andere gedacht worden aan het

systematisch verzamelen van data van grote groepen patiënten binnen een aantal praktijken of ziekenhuizen, kwalitatief onderzoek of observationeel onderzoek. Doordat alle onderzoeksmethoden hun sterke en zwakke punten hebben, lijkt een combinatie van verschillende methoden de meest geëigende weg (van der Schans, 2011).

Naast effectonderzoek krijgt klinimetrisch onderzoek een hoge prioriteit waarbij vooral onderzoek naar het inperken van het aantal gebruikte meetinstrumenten binnen de fysiotherapie en implementatie van meetinstrumenten in de dagelijkse praktijk belangrijk worden gevonden. Het onderzoek naar het ontwikkelen van een standaard, beperkte en valide coreset van in de klinische praktijk eenvoudig toepasbare meetinstrumenten krijgt de hoogste prioriteit. Deze coreset dient zowel uit diagnostische als evaluatieve meetinstrumenten te bestaan. In de expertmeeting wordt door de experts het vermoeden uitgesproken dat in de praktijk nog weinig meetinstrumenten worden gebruikt. De experts benadrukken dat kennis over normgegevens en afkappunten van meetinstrumenten relevant is, zodat de fysiotherapeut in de praktijk de uitslagen die zijn verkregen met het meetinstrument goed kan interpreteren, deze kan inpassen in het klinisch redeneren en er ook consequenties voor het therapeutisch handelen aan kan verbinden. De vraag rijst bij de aanwezige experts of fysiotherapeuten in de praktijk momenteel voldoende kennis hebben van bestaande meetinstrumenten om dit te kunnen, terwijl dit wel een voorwaarde is voor implementatie in de praktijk.

De laatste categorie van onderzoeksprioriteiten die uit dit onderzoek naar voren komen is onderzoek naar multidisciplinaire samenwerking. Deze onderzoeksprioriteit betreft een subcategorie en is relatief ruim geformuleerd waardoor nadere specificatie nodig is. De voorbeelden van multidisciplinaire samenwerking die in de vragenlijst werden genoemd zijn onderzoek naar de rol van fysiotherapie in zorgketens, de effecten van (fysiotherapeutische) behandeling binnen zorgketens, factoren die bepalend zijn voor een goede samenwerking binnen een multidisciplinaire setting, en onderzoek naar optimale informatieoverdracht. Deze voorbeelden kregen als afzonderlijk item geen prioriteit, maar illustreren wel wat er binnen deze subcategorie van onderzoek kan worden verstaan. Multidisciplinaire samenwerking is een actueel onderwerp gezien de invoering van de ketenzorg en de bijbehorende integrale bekostiging (Janssen et al., 2012). Ook als mogelijk toekomstscenario kwam een toename in multidisciplinaire samenwerking naar voren. Het onderzoek dat in het kader hiervan met name belangrijk werd gevonden is het met alle betrokken disciplines opstellen van een gezamenlijk gedragen visie op de behandeling van de patiënt en monitoren of het proces van multidisciplinaire zorgverlening ook daadwerkelijk volgens de opgestelde visie verloopt.

Opvallend is dat er bij de onderzoeksprioriteiten in het algemeen weinig onderwerpen met betrekking tot specifieke patiëntengroepen worden aangedragen, noch in relatie tot effectonderzoek noch in relatie tot onderzoek naar meer bewegen en gezonde leefstijl. De groep patiënten met chronische aandoeningen is wel echter een aantal keer specifiek genoemd. Bij patiënten met een chronische aandoening wordt eveneens onderzoek naar de betekenis van fysiotherapie bij het bevorderen van zelfmanagement als hoge prioriteit naar voren gebracht. Ondersteuning van zelfmanagement wordt binnen de programmatische aanpak van chronische ziekten die de Nederlandse overheid voorstaat als een

essentieel onderdeel beschouwd van goede gestructureerde zorg en is dus ook voor de fysiotherapie relevant (Ursum et al., 2011).

5.2 Overeenkomsten met onderzoeksprioriteiten uit de literatuur

De onderzoeksprioriteiten zoals die uit de quick scan van de literatuur werden afgeleid zijn grotendeels terug te vinden in de top 28 van onderzoeksprioriteiten van dit onderzoek. Net als in de literatuur wordt er door de experts veel belang gehecht aan onderzoek naar de effectiviteit van fysiotherapie, met speciale aandacht voor de lange termijneffecten. Onderzoek naar de kosteneffectiviteit van fysiotherapie ten opzichte van geen of een andere behandeling wordt hoog geprioriteerd, evenals onderzoek naar de identificatie naar specifieke subgroepen binnen patiëntenpopulaties. Net als in de literatuur wordt het ontwikkelen van een core-set van meetinstrumenten hoog geprioriteerd.

De onderwerpen die wel in de literatuur maar niet heel letterlijk in dit onderzoek naar voren kwamen zijn het identificeren van persoons- en omgevingsfactoren, waaronder comorbiditeit, die van invloed zijn op de prognose van aandoeningen en onderzoek naar de juiste timing, exacte inhoud, dosering en frequentie van fysiotherapie. Deze onderwerpen zijn echter wel onder te brengen in het hoog geprioriteerde onderzoek naar subgroepen: “Onderzoek naar identificatie van subgroepen (o.b.v. prognostische-, fysieke, psychosociale- en omgevingsfactoren) waarmee kan worden bepaald of, hoeveel en welke vorm van fysiotherapie zij nodig hebben, en waarmee het effect van interventies beter kan worden onderzocht”

5.3 Overeenkomsten met eerdere initiatieven om onderzoeksprioriteiten vast te stellen

De focus op effectonderzoek die uit het onderhavig onderzoek naar voren komt, is vergelijkbaar met de prioriteiten die destijds in 2003 door het RGO werden gevonden. Ook daar werd het patiëntgebonden evaluatieonderzoek naar fysiotherapeutische behandelingen en preventieonderzoek naar beweegprogramma's bij patiënten met chronische aandoeningen het meest relevant gevonden. De prioriteiten ‘ontwikkeling van meetinstrumenten’ en ‘verklarend onderzoek naar werkingsmechanismen’ die in 2003 eveneens werden vastgesteld, kwamen in het onderhavig onderzoek niet meer als prioriteit naar voren. Ook binnen de onderzoeken die in Groot-Brittannië, de VS en Ierland zijn gedaan naar onderzoeksprioriteiten werd effectonderzoek en onderzoek naar de effectiviteit van bewegingsstimulerende programma's of health promotion voor mensen met chronische aandoeningen hoog geprioriteerd (McKenna, 2010). Net als in Nederland, werd onderzoek naar de specifieke inhoud, timing en dosering van therapie geprioriteerd in de VS en de UK (Goldstein et al., 2011; CSP, 2011). Binnen de prioritering van de VS en de UK komen ‘onderzoek naar multidisciplinaire samenwerking’ en ‘implementatie van het gebruik van meetinstrumenten in de dagelijkse praktijk’ minder sterk naar voren.

5.4 Tenslotte

Een onderzoek als dit is afhankelijk van de medewerking van de groep experts. De respons op de vragenlijst was met 56% in de eerste vragenlijstronde en 45% in de tweede ronde relatief laag, ondanks meerdere reminders. In hoeverre dit de resultaten van het onderzoek heeft beïnvloed is moeilijk te zeggen. De onderzoeksonderwerpen die naar voren zijn gekomen in dit onderzoek zijn aangedragen door zowel onderzoekers als vertegenwoordigers van specialistenverenigingen van het KNGF, wat in de meeste gevallen fysiotherapeuten werkzaam in de praktijk zijn. Ook enkele patiëntenverenigingen hebben van de uitnodiging gebruik gemaakt hun onderzoeksprioriteiten naar voren te brengen. Bij het vaststellen van de lijst met onderzoeksonderwerpen zijn dus verschillende invalshoeken vertegenwoordigd, onderzoekers, clinici en patiënten. Bij de tweede vragenlijstronde waarin de prioritering per onderwerp moest worden aangegeven, was de respons onder onderzoekers en lectoren en hoogleraren echter hoger dan die van de specialisten- en patiëntenverenigingen. De voorliggende prioritering van onderzoeks- onderwerpen is er dus vooral één van onderzoekers binnen de fysiotherapie.

De genoemde prioriteiten zijn relatief ruim geformuleerd en veel onderzoeksonderwerpen kunnen voor uiteenlopende patiëntengroepen worden gespecificeerd. Verschillende onderzoeksprioriteiten kunnen samen kunnen worden genomen in een grotere onderzoeksvraag of onderzoekslijn.

Bij ieder onderzoeksonderwerp dat in de toekomst bij specifieke patiëntengroepen wordt opgepakt, geldt dat voorafgaand een grondig onderzoek moet worden gedaan naar wat reeds bekend is over het betreffende onderwerp in de internationale literatuur. In het onderhavig onderzoek was het ten eerste omwille van de tijd niet mogelijk om voor verschillende patiëntengroepen te bepalen waar de echte kennishiaten in de literatuur zitten, maar ten tweede zijn literatuuroverzichten snel achterhaald. Wel kunnen uit de literatuur algemene aanbevelingen worden gehaald die relevant zijn voor ieder op te zetten onderzoek. Veel genoemde aanbevelingen zijn het hanteren van grote gerandomiseerde onderzoeksgroepen, het goed en specifiek beschrijven de onderzochte therapie, hanteren van goede (patiëntgeoriënteerde) meetinstrumenten, blinderen van metingen, goede omschrijving van de onderzochte patiëntenpopulatie en rapporteren volgens het CONSORT statement (Schulz et al., 2010).

Eveneens is het relevant om bij elk op te zetten (effect)onderzoek zowel clinici als patiënten te betrekken. Onderzoekers zijn uiteraard de aangewezen personen om een toetsbare onderzoeksvraagstelling te formuleren, maar de interactie met fysiotherapeuten uit de praktijk kan er zorg voor dragen dat het onderzoek goed aansluit bij de dagelijkse praktijk en resultaten ook daadwerkelijk zullen worden toegepast in de praktijk. Ook bij de discussie over alternatieve onderzoeksmethoden naast de RCTs kwam naar voren dat de implementatie van resultaten uit onderzoek in de praktijk extra aandacht behoeft. Door ook de patiëntengroep te betrekken kunnen doelen van de therapie in overleg worden vastgesteld en patiëntgeoriënteerde uitkomstmaten worden gekozen.

Literatuur

1. Hingstman, L et al. *Cijfers uit de registratie van fysiotherapeuten. Peiling 1 januari 2010* NIVEL
2. CBS. *Eén op de vijf Nederlanders naar fysiotherapeut.*
3. *Beroepsprofiel fysiotherapeut.* Studenteneditie ed. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 1998.
4. Hofhuis H, Plas M, van den Ende E. *Eindevaluatie van het programma Implementatie Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg (IKPZ): beschrijving van de kwaliteitssystemen van de paramedische beroeps-groepen in 2003.* Utrecht: NIVEL, 2004.
5. *Het beroepsprofiel van de fysiotherapeut.* Amersfoort: KNGF, 2005.
6. *Veranderingen in de zorg* <http://www.veranderingenindezorg.nl>.
7. Staal PC, Ligtenberg G. *Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk.* Diemen: CVZ, 2007.
8. *Advies onderzoek Fysiotherapie.* Den Haag: Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO), 2003.
9. *Clinical research agenda for physical therapy.* Phys Ther, 2000; 80(5): p.499-513.
10. Goldstein MS, Scalzitti DA, Craik RL, Dunn SL, Irion JM, Irrgang J et al. *The revised research agenda for physical therapy.* Phys Ther, 2011; 91(2): p.165-174.
11. *CSP Research Priorities Project 2010* www.csp.org.uk <http://www.csp.org.uk/professional-union/research/priorities/csp-research-priorities-project-2010>.
12. McKenna H. *The identification of research priorities for therapy professions in Ireland.* Dublin: Health Research Board and the Department of Health and Children, 2010.
13. Grooten J, Dexter T. *An accessible analytical approach for investigating what happens between the rounds of a Delphi study.* J Adv Nurs, 2000; 32(4): p.1016-1024.
14. Hasson F, Keeney S, McKenna H. *Research guidelines for the Delphi survey technique.* J Adv Nurs, 2000; 32(4): p.1008-1015.
15. Keeney S, Hasson F, McKenna H. *Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research.* J Adv Nurs, 2006; 53(2): p.205-212.
16. McKenna HP. *The Delphi technique: a worthwhile research approach for nursing?* J Adv Nurs, 1994; 19(6): p.1221-1225.
17. Goodman CM. *The Delphi technique: a critique.* J Adv Nurs, 1987; 12(6): p.729-734.
18. Green B, Jones M, Hughes D, Williams A. *Applying the Delphi technique in a study of GPs' information requirements.* Health Soc Care Community, 1999; 7(3): p.198-205.
19. Loughlin KG, Moore LF. *Using Delphi to achieve congruent objectives and activities in a pediatrics department.* J Med Educ, 1979; 54(2): p.101-106.
20. Beenkens FHC. *Acceptance of e-Health technology: a patients perspective.* TU Delft, 2011.
21. WHO <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity> <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity>
22. Blokstra A, Vissink P, Venmans LMAJ, Holleman P, van der Schouw YT, Smit HA et al. *Nederland de Maat Genomen, 2009- 2010: Monitoring van risicofactoren in de algemene bevolking.* Bilthoven: RIVM, 2012.
23. Rensen P, van der Kooij A, Booiink M, van der Zwet R, Verduin M. *Passend bewijs voor effectiviteit in de sociale sector.* Utrecht: Movisie, 2009.
24. van der Schans C. *Herstel van de toekomst.* Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2011.
25. Janssen PS, Swinkels ICS, IJzelenberg W, de Bakker DH, Struijs JN, Veenhof C. *Disease management and bundled payments in Dutch physical therapy — involvement, experiences and opinions of physical therapists.* In preparation, 2012.
26. Ursum J, Rijken M, Heijmans M, Cardol M, Schellevis F. *Zorg voor chronisch zieken. Organisatie van zorg, zelfmanagement, zelfredzaamheid en participatie.* Utrecht: NIVEL, 2011.

27. Schulz KF, Altman DG, Moher D. *CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials*. *Obstet Gynecol*, 2010; 115(5): p.1063-1070.

Bijlage 1: Zoekstrategie Pubmed voor de quick scan van de literatuur

(physiotherapist[tiab] OR "physical therapist"[tiab] OR physiotherapists[tiab] OR "physical therapists"[tiab] OR "exercise therapist"[tiab] OR "exercise therapists"[tiab] OR physiotherapy[tiab] OR "physical therapy"[tiab] OR "exercise therapy"[tiab] OR physiotherapeutic[tiab]) AND (("drainage, postural"[MeSH Terms] OR "postural drainage"[tiab]) OR ("electric stimulation therapy"[MeSH Terms] OR "electric stimulation therapy"[Tiab]) OR ("electroacupuncture"[MeSH Terms] OR "electroacupuncture"[Tiab]) OR ("transcutaneous electric nerve stimulation"[MeSH Terms] OR "transcutaneous electric nerve stimulation"[Tiab]) OR ("balneology"[MeSH Terms] OR "balneology"[tiab]) OR ("vagus nerve stimulation"[MeSH Terms] OR "vagus nerve stimulation"[Tiab]) OR ("exercise movement techniques"[MeSH Terms] OR "movement exercise"[Tiab]) OR ("breathing exercises"[MeSH Terms] OR "breathing exercises"[Tiab]) OR ("exercise therapy"[MeSH Terms] OR "exercise therapy"[Tiab]) OR "motion therapy"[Tiab] OR ("muscle stretching exercises"[MeSH Terms] OR "muscle stretching exercises"[Tiab]) OR ("resistance training"[MeSH Terms] OR "resistance training"[Tiab]) OR ("hydrotherapy"[MeSH Terms] OR "hydrotherapy"[Tiab]) OR ("hyperthermia, induced"[MeSH Terms] OR "induced hyperthermia"[Tiab]) OR "thermal therapy"[tiab] OR ("musculoskeletal manipulations"[MeSH Terms] OR "musculoskeletal manipulations"[Tiab]) OR ("acupressure"[MeSH Terms] OR "acupressure"[Tiab]) OR ("kinesiology, applied"[MeSH Terms] OR "applied kinesiology"[Tiab]) OR ("manipulation, orthopedic"[MeSH Terms] OR "orthopedic manipulation"[Tiab]) OR ("manipulation, osteopathic"[MeSH Terms] OR "osteopathic manipulation"[Tiab]) OR ("manipulation, spinal"[MeSH Terms] OR "spinal manipulation"[Tiab]) OR ("massage"[MeSH Terms] OR "massage"[Tiab]) OR "manual techniques"[tiab] OR ("Ultrasonic Therapy"[Mesh] OR "ultrasonic therapy"[tiab] OR "ultrasound therapy"[tiab] OR "ultrasonic treatment"[tiab]) AND ((review[tiab] OR "Review"[Publication Type] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR meta-analysis[tiab] OR "Meta-Analysis "[Publication Type]) NOT ("Letter"[Publication Type] OR "Editorial"[Publication Type] OR "Comment"[Publication Type])) NOT ("Animals"[Mesh] NOT ("Animals"[Mesh] AND "Humans"[Mesh])) AND (English[lang] OR German[lang] OR Dutch[lang]) AND ("2005/01/01"[PDAT] : "3000"[PDAT]))

Bijlage 2: Brief en vragenlijst 1



Onderzoek “Onderzoeksprioriteiten in de fysiotherapie”

Geachte collega's,

Inleiding

Graag nodigen wij u uit om deel te nemen aan het onderzoek “Kennishiaten in de fysiotherapie: een overzicht van prioriteiten voor onderzoek”. Dit onderzoek wordt in opdracht van het Wetenschappelijk College Fysiotherapie (WCF) uitgevoerd door het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), in samenwerking met het VUMC.

Doel van dit onderzoek is verkrijgen van aanbevelingen over richting en prioritering van onderzoek in de fysiotherapie, in relatie tot mogelijke toekomstscenario's. Voor de ontwikkeling van het vak, de positie in de zorg en de vergoeding van de fysiotherapeutische zorg is het van belang dat het fysiotherapeutisch handelen evidence based is. Er is veel onderzoek verricht, maar er blijven ook kennishiaten bestaan. Voor fysiotherapeuten, wetenschappers, subsidieverstrekkers en beleidsmakers is een overzicht van de belangrijkste onderzoeksvragen met betrekking tot de huidige en toekomstige fysiotherapie relevant. U ontvangt deze uitnodiging omdat u expert bent in (een deel)terrein de fysiotherapie.

Wat vragen we van u?

Het onderzoek bestaat uit drie delen:

1. Een eerste vragenlijst (in deze mail als attachment meegestuurd) waarin u gevraagd wordt aan te geven wat volgens u, vanuit uw eigen expertise, belangrijke onderzoeksvragen voor de fysiotherapie zijn. Daarnaast wordt gevraagd welke mogelijke toekomstscenario's u voor de beroepsgroep ziet. U kunt de vragenlijst ook samen met collega's van uw organisatie invullen.
2. Een tweede vragenlijst die in september 2011 wordt toegestuurd, waarin de door de experts genoemde onderzoeksvragen zijn gebundeld en zijn samengenomen met onderzoeksvragen genoemd door auteurs in systematische reviews over de fysiotherapie. U wordt bij deze tweede vragenlijst gevraagd een prioritering aan te geven in alle genoemde onderzoeksvragen.
3. Een expertmeeting op dinsdag **13 december van 16.00-20.00 te Utrecht** waarbij de prioritering zoals die op basis van de beide vragenlijsten en de literatuur is opgesteld, centraal wordt besproken. Per thema wordt in groepjes bediscussieerd of de gepre-

senteerde prioritering herkenbaar en wenselijk is in relatie tot de mogelijke toekomst-scenario's voor de fysiotherapie, of dat andere keuzes moeten worden gemaakt.

Op dit moment wordt u dus gevraagd om op de bijgevoegde vragenlijst aan te geven wat **volgens u** de meest relevante onderzoeksvragen zijn op het terrein van de fysiotherapie. De vragenlijst is ingedeeld in de 6 categorieën die ook door de APTA worden gehanteerd in de “Revised Research Agenda for Physical Therapy (Goldstein et.al., 2011). Er worden per categorie voorbeelden gegeven, maar het gaat vooral om **uw eigen onderzoeksideeën vanuit uw specifieke expertise.**

We vragen u vanuit uw expertise **in totaal maximaal 5 onderwerpen** (dus niet 5 onderwerpen per categorie) aan te geven en uw keus in 1 à 2 zinnen te motiveren. Wanneer u vindt dat uw expertise in een bepaalde categorie tekort schiet hoeft u deze categorie uiteraard niet in te vullen. Tevens vragen we u naar mogelijke toekomstscenario's voor de fysiotherapie. Bij deze toekomstscenario's kunt u ook weer maximaal 3 relevante specifieke onderzoeksvragen aangeven.

Opsturen vragenlijst

U kunt de vragenlijst digitaal invullen en opsturen naar Chantal Leemrijse, senior onderzoeker van het NIVEL (; tel. 030-2729692). Wilt u daarbij de ingevulde vragenlijst opslaan met uw naam erbij?

Dus: “vragenlijst_onderzoeksprioriteitenfysiotherapie_NAAM”. Wij ontvangen de vragenlijst graag zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval vóór 15 augustus.

Expertmeeting

Tenslotte vragen wij u **dinsdag 13 december van 16.00-20.00 uur** te reserveren voor de expertmeeting van dit project.

Alvast heel hartelijk dank voor uw medewerking en met vriendelijke groet,

Dr. C. (Chantal) Leemrijse

Dr. C. (Cindy) Veenhof

Toelichting vragenlijst “Kennishiaten in de fysiotherapie”

De voorliggende vragenlijst is ingedeeld in de 6 categorieën die ook door de APTA worden gehanteerd in de “Revised Research Agenda for Physical Therapy: fundamenteel wetenschappelijk onderzoek, klinisch onderzoek, epidemiologie, klinimetrie, educatie/beroepsontwikkeling en gezondheidszorgonderzoek/beleid/beroepskrachten (Goldstein et.al., 2011).

Binnen deze categorieën zijn verschillende subcategorieën of thema’s mogelijk, zoals specifieke patiëntengroepen of specifieke vormen van fysiotherapie. Per categorie worden voorbeelden gegeven, die heel algemeen zijn geformuleerd en niet bindend zijn. Het gaat vooral om uw eigen onderzoeksprioriteiten.

U kunt uw eigen kennishiaten/onderzoeksprioriteiten algemeen aangeven, zoals: “er is onderzoek nodig naar lange termijn effecten van fysiotherapie”, maar u mag deze ook specifiek formuleren, zoals: “er is onderzoek nodig naar de lange termijn effecten van activerende oefentherapie op de kwaliteit van leven bij allochtone vrouwen met hartfalen”.

Bij voorkeur noemt u onderzoeksvragen die in een tijdsbestek van maximaal 3-4 jaar te onderzoeken/te beantwoorden zijn. U wordt gevraagd in totaal **maximaal 5 onderwerpen** (dus niet 5 onderwerpen per categorie) aan te geven.

Bij het invullen van de onderzoeksprioriteiten kan het een hulpmiddel zijn u de volgende vragen te stellen:

1. *Vult het genoemde onderwerp/onderzoek een belangrijke leemte in het bestaande bewijs voor de fysiotherapeutische zorgverlening?*
2. *Wat is de potentiële impact van het onderzoek voor de kwaliteit van zorg en voor de ervaringen van patiënten met de zorg?*
3. *Wat is de potentiële impact van het onderzoek voor de fysiotherapeutische praktijk, de zorgverleners, zorginkopers en beleidsmakers in de gezondheidszorg?*
4. *Zijn er relevante ontwikkelingen in de toekomst die dit onderzoek (extra) belangrijk maken?*

Wilt u de vragenlijst zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk 7 augustus, ingevuld en digitaal versturen naar Chantal Leemrijse (C.Leemrijse@nivel.nl ; 030-2729692) en in het document uw naam aangeven?

(vragenlijst_onderzoeksprioriteiten_fysiotherapie_NAAM)

Alvast heel hartelijk dank voor uw medewerking!

Uw naam:

Uw functie en expertise:

Fundamenteel wetenschappelijk onderzoek
Toelichting/voorbeelden 1) Onderzoek naar de relatie tussen bepaalde factoren (genetische-, anatomische-, biomechanische-, fysiologische-, of omgevingsfactoren) en: - het ontstaan van overbelasting, beschadiging of abnormale ontwikkeling van lichaamsweefsel en/of systemen - de preventie van overbelasting, beschadiging of abnormale ontwikkeling van lichaamsweefsel en/of systemen - het effect van het (fysiotherapeutisch) behandelen en herstel van lichaamsweefsel en/of systemen 2) Onderzoek naar onderliggende werkingsmechanismen van fysiotherapeutische behandeling 3) Etc.
Uw <u>eigen</u> prioriteiten + motivatie:
Klinisch onderzoek
Toelichting/voorbeelden 1) Onderzoek naar de (lange termijn) effecten van fysiotherapeutische behandeling (al dan niet in combinatie met andere behandelingen) in verschillende domeinen van gezondheid en bij specifieke subgroepen van patiënten 2) Onderzoek om (bijvoorbeeld persoons- en omgevings)factoren te identificeren die van invloed zijn op de prognose van aandoeningen 3) Onderzoek naar de optimale frequentie, duur, intensiteit en timing van fysiotherapeutische interventies bij verschillende aandoeningen en specifieke subgroepen van patiënten 4) Etc.
Uw <u>eigen</u> prioriteiten + motivatie:

Epidemiologie
Toelichting/voorbeelden 1) Onderzoek naar de incidentie, prevalentie en natuurlijk beloop van gezondheidsproblemen (stoornissen, ziekten en letsels) die frequent door de fysiotherapeut worden behandeld 2) Onderzoek naar de incidentie, prevalentie en natuurlijk beloop van stoornissen in functies en anatomische eigenschappen en beperkingen in activiteiten en participatie gerelateerd aan gezondheidsproblemen die frequent door de fysiotherapeut worden behandeld 3) Etc.
Uw <u>eigen</u> prioriteiten + motivatie:
Klinimetrie
Toelichting/voorbeelden 1) Onderzoek naar de ontwikkeling van meetinstrumenten om de effectiviteit van fysiotherapie op activiteiten, participatie en kwaliteit van leven betrouwbaar te evalueren 2) Onderzoek naar de ontwikkeling van meetmethoden die het klinisch redeneren van de fysiotherapeut bij specifieke aandoeningen kunnen verbeteren/ondersteunen 3) Etc.
Uw <u>eigen</u> prioriteiten + motivatie:
Educatie/beroepsontwikkeling
Toelichting/voorbeelden 1) Onderzoek naar wat de benodigde vaardigheden van fysiotherapeuten zijn om tot een optimale patiëntenzorg te komen 2) Onderzoek naar het effect van (verschillende vormen van) professionele (na)scholing of specialisatie van fysiotherapeuten op hun klinisch handelen en op patiëntgerelateerde uitkomstmaten 3) Onderzoek naar factoren die het beroep van de fysiotherapeut voor verschillende subgroepen fysiotherapeuten (uitgesplitst naar leeftijd, sekse, jaren werkzaam) in verschillende settings (vrijgevestigd, ziekenhuis, verpleeghuis) aantrekkelijk maken en houden

Uw <u>eigen</u> prioriteiten + motivatie:
Gezondheidszorgonderzoek/beleid/beroepskrachten
Toelichting/voorbeelden 1. Onderzoek naar de kosteneffectiviteit van bepaalde fysiotherapeutische behandelingen in relatie tot andere behandelmethoden 2. Onderzoek naar de relatie tussen fysiotherapeutische verslaglegging en kwaliteit van zorg 3. Onderzoek naar de relatie tussen vraag en aanbod van fysiotherapeutische zorg in verschillende settings, nu en in de toekomst
Uw <u>eigen</u> prioriteiten + motivatie:
Overig
Uw <u>eigen</u> prioriteiten + motivatie:
Toekomstscenario's
Mogelijke toekomstscenario's zijn: 1) Nu de fysiotherapeut direct toegankelijk is, krijgt deze de mogelijkheid om een aanvraag voor aanvullende diagnostiek te doen (zoals röntgen- of bloedonderzoek) 2) Nu de fysiotherapeut direct toegankelijk is, krijgt deze de mogelijkheid om door te verwijzen naar de tweede lijn (zoals orthopedie, neurologie) 3) Fysiotherapeuten krijgen een toenemende rol in het begeleiden van (gezonde) mensen in het aannemen en handhaven van een gezonde leefstijl 4) Etc.

Kunt u zich vinden in de geschetste scenario's? Waarom wel/niet?

Scenario 1)

Scenario 2)

Scenario 3)

Kunt u zelf nog andere scenario's noemen?

1)

2)

3)

Bijlage 3: Scores onderzoeksonderwerpen uit de tweede vragenlijst

In deze bijlage staan de scores van alle onderzoeksonderwerpen uit de tweede vragenlijst. De onderwerpen zijn geordend naar het percentage respondenten dat het onderwerp prioriteit toekent, dus positief (+1 of +2) heeft gescoord (% pos.; geel gearceerd). Hierdoor staan onderwerpen van verschillende categorieën en subcategorieën soms door elkaar. Het percentage respondenten dat het onderwerp geen prioriteit toekent, dus negatief (-1 of -2) heeft gescoord staat eveneens in de tabel, net als het percentage respondenten dat het onderwerp neutraal (0) heeft gescoord. De hoofd- en subcategorieën zijn vet gedrukt. De onderzoeksonderwerpen die door minder dan de helft van de respondenten (N=39) zijn ingevuld, zijn cursief gedrukt.

Onderzoeksonderwerp	N	% neg.	% 0	% pos.	gem.	sd.
Klinisch onderzoek: Effectiviteit algemeen	23	4,35	0,00	95,70	1,57	0,73
Klinisch onderzoek: Identificatie subgroepen	21	0,00	9,52	90,50	1,38	0,67
Klinisch onderzoek	20	0,00	10,00	90,00	1,55	0,69
Klinisch onderzoek: Chronische aandoeningen	20	5,00	5,00	90,00	1,30	0,80
De (lange termijn) effecten van fysiotherapeutische behandeling in verschillende domeinen van gezondheid, op verschillende uitkomstmaten (gezondheidsgedrag, fysiologie, ziekteprogressie, mortaliteit) en bij specifieke subgroepen van patiënten						
De ontwikkeling van onderzoeksmethoden waarbij fysiotherapie wordt beoordeeld op haar economische waarde in vergelijking met andere vormen van zorg in het kader van substitutie van zorg						
Vormen van beweegstimulering die subgroepen nodig hebben om tot langdurig meer bewegen/gezondere leefstijl te komen, met aandacht voor aandoeningsgerelateerde, persoonlijke en omgevingsfactoren + kosteneffectiviteitsbepaling						
Klinimetrie	16	6,25	6,25	87,50	1,06	0,77
Klinisch onderzoek: Beweging/leefstijl	21	4,76	9,52	85,70	1,24	0,83
De betekenis van fysiotherapie bij zelfmanagement, met name bij patiënten met een chronische aandoening						
Klinisch onderzoek: Optimale frequentie/inhoud interventies	20	5,00	10,00	85,00	1,05	0,76
Ontwikkelen van een standaard, beperkte en valide coreset van in de klinische praktijk eenvoudig toepasbare meetinstrumenten (diagnostisch, evaluatief en o.b.v. de ICF) met normgegevens en per aandachtsgebied (generieke en ziektespecifiek)						
De (lange termijn) effecten van (preventieve) beweegin interventies bij (fysiotherapeutisch) relevante doelgroepen en/of (chronische) aandoeningen						
Gezondheidszorgonderzoek: Kosteneffectiviteit algemeen	19	5,26	10,50	84,20	0,95	0,71
Determinanten van herstel; van daaruit definiëren van therapieën en onderzoek naar duur, timing en intensiteit, gevolgd door onderzoek naar lange termijn effecten						
Identificatie van subgroepen (o.b.v. prognostische-, fysieke, psychosociale- en omgevingsfactoren) waarmee kan worden bepaald of, hoeveel en welke vorm van fysiotherapie zij nodig hebben, en waarmee het effect van interventies beter kan worden onderzocht						
Het effect van fysiotherapeutische interventie bij artroseklachten aan heup en knie in relatie tot het voorkomen en/of uitstellen van knie en heupprothesen						
Klinimetrie: Inperken van aantal meetinstrumenten	20	5,00	15,00	80,00	1,05	0,83

Onderzoeksonderwerp	N	% neg.	% 0	% pos.	gem.	sd.
Gezondheidszorgonderzoek	10	0,00	20,00	80,00	1,00	0,67
Effecten van multidisciplinaire behandeling in verschillende domeinen van gezondheid, op verschillende uitkomstmaten (gezondheidsgedrag, fysiologie, ziekteprogressie, mortaliteit) en bij specifieke subgroepen van patiënten	38	2,63	18,40	78,90	1,18	0,83
Effectiviteit van fysiotherapie gericht op behoud van functionaliteit/ADL i.p.v. Genezing	38	5,26	15,80	78,90	1,16	0,97
Kosteneffectiviteit van verplaatsing van fysiotherapeutische instellingszorg (ziekenhuis, revalidatie, etc.) Naar de thuissituatie	37	5,41	16,20	78,40	0,95	0,78
Kosteneffectiviteit van fysiotherapie op afstand (telezorg) bijvoorbeeld ter motivatie en/of aanpassingen van reeds ingezette behandelingen	37	8,11	13,50	78,40	0,92	0,83
Innovatie/verbreding van onderzoeksmethoden omdat fysiotherapeutisch onderzoek mogelijk niet alleen gediend is met het paradigma van de RCT	36	13,90	8,33	77,80	1,08	1,20
Kosteneffectiviteit van fysiotherapie t.o.v. Meer ingrijpende behandelmethoden (bijvoorbeeld operatie)	35	2,86	20,00	77,10	1,06	0,80
Epidemiologisch onderzoek	13	7,69	15,40	76,90	0,62	0,87
De rol, meerwaarde en kosteneffectiviteit van de fysiotherapeut als coach voor bevordering van de gezonde leefstijl van patiënten of personen met een verhoogd risico op klachten of aandoeningen (ter preventie)	34	5,88	17,60	76,50	0,97	0,83
Klinisch onderzoek: Effectiviteit specifiek	21	0,00	23,80	76,20	1,10	0,77
Klinimetrie: (implementatie van) meetinstrumenten in dagelijkse praktijk	21	4,76	19,00	76,20	1,10	1,04
Gezondheidszorgonderzoek: Kosteneffectiviteit specifiek	20	5,00	20,00	75,00	0,90	0,79
Beroepsontwikkeling: Multidisciplinaire samenwerking	20	5,00	20,00	75,00	0,90	0,97
Kosteneffectiviteit van fysiotherapie t.o.v. Andere/geen behandeling bij kwetsbare (70+) patiënt	35	8,57	17,10	74,30	0,91	0,89
Klinisch onderzoek: Methodologie	19	15,80	10,50	73,70	0,79	0,98
Ontwikkelen van core set van meetinstrumenten voor de kwetsbare klinische patiënt en de 70+ patiënt	38	7,89	18,40	73,70	0,95	0,98
De optimale inhoud, frequentie, duur, intensiteit en timing van fysiotherapie bij verschillende aandoeningen en specifieke subgroepen van patiënten	34	17,60	8,82	73,50	0,94	1,18
Predictieve waarde van klinische beslissingen op basis van klinimetrie en onderzoek naar clinical relevant change	30	13,30	13,30	73,30	0,77	1,01
Effecten van veel voorkomende comorbiditeiten bij bepaalde patiëntengroepen op behandel-effecten fysiotherapie (indelen groepen naar vorm van multimorbiditeit, persoonskenmerken en kenmerken van de arbeid die mensen verrichten)	37	13,50	13,50	73,00	0,97	1,19
Klinimetrie: Ontwikkeling van (nieuwe) meetinstrumenten; validering	22	9,09	18,20	72,70	0,86	1,04

Onderzoeksonderwerp	N	% neg.	% 0	% pos.	gem.	sd.
De waarde van subgroepen in het algemeen; heeft het indelen in subgroepen echt een beter effect van de toegewezen behandeling ten gevolg?	36	13,90	13,90	72,20	0,81	1,19
De feasibility, toegevoegde waarde (e.a. psychometrische aspecten) van bestaande vragenlijsten voor patiënten (ook voor allochtonen)	36	11,10	16,70	72,20	0,69	0,98
Hoe de exponentieel gegroeide wetenschappelijke kennis in de praktijk kan worden geïmplementeerd (o.a. onderzoek naar vorm en inhoud van nascholing)	36	11,10	16,70	72,20	0,78	1,05
Klinimetric: Patiëntgeoriënteerde (uitkomst)maten	21	4,76	23,80	71,40	0,86	0,96
Kosteneffectiviteit van fysiotherapie t.o.v. Andere/geen behandeling bij patiënten met beperkingen in het dagelijks functioneren t.g.v. chronische aandoeningen en multi-morbiditeit	35	5,71	22,90	71,40	1,00	0,91
Hoe te komen van 'Better in better out' naar 'perfect in perfect out': via risicostratificatie de goede patiënt definiëren voor behandeling preklinisch en begeleiden in een multidisciplinaire setting post klinisch, bij voorkeur bij de patiënt thuis	34	5,88	23,50	70,60	0,94	0,98
Beweegstimulering (inclusief bredere coaching naar Gezond leven) bij moeilijk bereikbare groepen zoals chronisch zieken, verstandelijk gehandicapten, somatisch gehandicapten, allochtonen etc., al dan niet met beginnende diabetes mellitus type 2	34	8,82	20,60	70,60	0,82	0,87
Epidemiologisch onderzoek: algemeen	17	5,88	23,50	70,60	0,59	0,80
Gezondheidszorgonderzoek: Dataverzameling/verslaglegging	20	5,00	25,00	70,00	0,75	0,91
Identificatie van subgroepen (o.b.v. Prognostische-, fysieke, psychosociale- en omgevingsfactoren) bij artrose patiënten	36	5,56	25,00	69,40	0,86	0,93
Persoons- en omgevingskenmerken die van invloed zijn op therapie-invulling en therapietrouw	36	5,56	25,00	69,40	0,75	0,73
Epidemiologisch onderzoek Chronisch ziekten	19	10,50	21,10	68,40	0,74	1,05
De effecten/invloed van niet ziektespecifieke niet therapiespecifieke aspecten van fysiotherapeutisch handelen (persoons- en omgevingsfactoren) zoals bijvoorbeeld de relatie patiënt-behandelaar, communicatie, coaching en begeleiding	37	10,80	21,60	67,60	0,89	1,07
De effecten van fysiotherapie/oefentherapie op korte en lange termijn bij chronische aandoeningen, waarbij meegenomen wordt of verlagen van de behandel frequentie zinvol is	34	5,88	26,50	67,60	0,79	0,91
De ontwikkeling en gebruik van slimme ICT concepten en applicaties die bruikbaar zijn om therapietrouw en activiteiten betrouwbaar en functioneel te kunnen meten	37	16,20	16,20	67,60	0,73	1,07
Hoe de rol van fysiotherapie in zorgketens optimaal kan worden geplaatst, en hoe de effecten (o.a. op kwaliteit van leven) binnen en van de totale keten kunnen worden gemonitort	34	11,80	20,60	67,60	0,68	0,94
Optimale overdracht van ziekenhuis naar eerste lijn, maken van multidisciplinaire meetstraten en follow-up	37	8,11	24,30	67,60	0,73	0,99
Ontwikkeling van klinimetrisch onderbouwde keuzehulp bij het klinisch redeneren voor de voor de fysiotherapie relevante aandoeningen en doeleinden (screening, diagnostiek, prognose, risicostratificatie, evaluatie)	36	16,70	16,70	66,70	0,81	1,28

Onderzoeksonderwerp	N	% neg.	% 0	% pos.	gem.	sd.
Het opstellen van ziektespecifieke profielen (o.b.v. Incidentie, prevalentie en natuurlijk beloop van stoornissen in functies, anatomische eigenschappen en beperkingen in activiteiten en participatie) om door middel van detectie van afwijkingen binnen dat profiel risicoprofielen op te stellen en risicostratificatie toe te passen (welke individuen moeten extra aandacht/zorg krijgen)	33	12,10	21,20	66,70	0,61	1,09
Het effect van (verschillende vormen van) professionele (na)scholing of specialisatie van fysiotherapeuten op hun klinisch redeneren en klinisch handelen, en op patiëntgerelateerde uitkomstmaten (meerwaarde masteropleiding)	33	15,20	18,20	66,70	0,61	1,14
Het oprichten van een landelijke databank met centraal geregistreerde meetgegevens die bijdraagt aan kennisontwikkeling, op termijn gelegenheid biedt tot benchmarking en informatie genereert waarmee beleidsmakers hun beleidsvoornemens kunnen onderbouwen	38	13,20	21,10	65,80	0,66	1,12
De wensen van de praktijk als het gaat om klimmetrie: welke instrumenten zijn goed hanteerbaar binnen de praktijk (ook voor allochtonen) en welke instrumenten ontbreken nog?	35	20,00	14,30	65,70	0,69	1,21
Hoe interpretaties, afkappunten van bestaande meetinstrumenten te vertalen zijn naar de eigen individuele patiënt en deze informatie toegankelijk is te maken voor de fysiotherapeut	37	13,50	21,60	64,90	0,76	0,98
Het effect van het volgen van richtlijnen en EBP handelen op kwaliteit van zorg mede gemeten vanuit patiëntenperspectief	37	13,50	21,60	64,90	0,73	1,04
De optimale inhoud, frequentie, duur, intensiteit en timing van fysiotherapie bij overlevenden na longkanker, borstkanker, M. Kahler e.a. oncologische aandoeningen	34	17,60	17,60	64,70	0,56	0,99
Predictie modellen (met daarin o.a. multimedialiteit, voorzieningen, attituden en sociale waarden) voor bewegingsinterventies met een positief effect op de motorische prestatie (motorisch leren, motorische performance) bij chronische condities (bijvoorbeeld CVA, Parkinson, MS, Alzheimer, dwarslaesie, fragiele oudere)	36	13,90	22,20	63,90	0,69	1,04
De invloed van zelfmanagement en ziekte cognities op bewegingsgedrag (m.n. het hervatten en uitbreiden van activiteiten)	33	15,20	21,20	63,60	0,61	1,25
Patiënt Reported Outcome Measurements (PROM's) als uitkomstindicatoren die inzicht geven in de kwaliteit van fysiotherapie	38	10,50	26,30	63,20	0,79	1,04
Beroepsontwikkeling: implementatie	19	5,26	31,60	63,20	0,74	0,99
Kosteneffectiviteit van fysiotherapie t.o.v. Andere/geen behandeling met betrekking tot overbelasting, zorgkosten en werkverzuim van mantelzorgers	35	11,40	25,70	62,90	0,66	1,06
Incidentie, prevalentie en natuurlijk beloop van door de fysiotherapeut behandelde gezondheidsproblemen (stoornissen in functies en anatomische eigenschappen, stoornissen en beperkingen in activiteiten en participatie) en de invloed van fysiotherapie hierop	35	20,00	17,10	62,90	0,46	1,27
Lange termijn effecten van fysiotherapie in relatie tot natuurlijk beloop of ander/geen beleid	35	11,40	25,70	62,90	0,66	1,14
Korte termijn effecten van fysiotherapie in relatie tot natuurlijk beloop of ander/geen beleid (bijvoorbeeld is een patiënt met fysiotherapie weer sneller aan het werk)	35	8,57	28,60	62,90	0,63	1,06

Onderzoeksonderwerp	N	% neg.	% 0	% pos.	gem.	sd.
Het effect van fysieke activiteit en fitheid op chronische ziekten en co-morbiditeiten: epidemiologisch onderzoek, klinisch en fundamenteel	34	2,94	35,30	61,80	0,82	0,94
De optimale inhoud, frequentie, duur, intensiteit en timing van fysiotherapie bij kinderen met chronische aandoeningen	34	14,70	23,50	61,80	0,65	1,04
De relatie tussen inspanningsvermogen en lichamelijke veroudering: natuurlijk beloop van trainbaarheid van ouderen en chronisch zieken	34	20,60	17,60	61,80	0,41	1,33
Identificatie van prognostische factoren (bijvoorbeeld persoons- en omgevingsfactoren)	34	8,82	29,40	61,80	0,56	1,02
De prevalentie van co-morbiditeiten en de impact hiervan op uitkomsten fysiotherapie	34	11,80	26,50	61,80	0,65	1,15
Ontwikkeling van meetinstrumenten om de effectiviteit van fysiotherapie op activiteiten, participatie en kwaliteit van leven te meten (te beginnen bij de top 5 (CBS) meest voorkomende oorzaken voor verlies van sociale participatie en fysieke gezondheid en bij groepen van chronische condities die verantwoordelijk zijn voor de top 5 (CBS) van zorgconsumptie)	36	16,70	22,20	61,10	0,58	1,18
De optimale inhoud, frequentie, duur, intensiteit en timing van fysiotherapie voor het herstelvermogen van kwetsbare ouderen	33	12,10	27,30	60,60	0,70	1,05
De effectiviteit van geïsoleerde krachttraining bij zeer kwetsbare ouderen en deze te vergelijken met functionele training (in kleiner onderzoek zijn reeds effecten gevonden)	35	14,30	25,70	60,00	0,60	1,09
Programmatisch onderzoek dat volgens een stap voor stap benadering van toenemende bewijslast (translationeel onderzoek vanaf verklarend fundamenteel onderzoek naar klinisch- en implementatieonderzoek) bijdraagt aan implementatie van bewezen effectieve interventies	35	14,30	25,70	60,00	0,69	1,16
Diagnostische, prognostische en evaluatieve meeteigenschappen van meetinstrumenten daarbij onderscheid makend tussen meetinstrumenten gebruikt binnen wetenschappelijk onderzoek en/of meetinstrumenten in de directe patiëntenzorg	35	8,57	31,40	60,00	0,71	0,89
Gezondheidszorgonderzoek: Beroeps(inhoudelijke)ontwikkeling	20	5,00	35,00	60,00	0,55	0,83
Hoe zaken als empowerment/zelf management/ shared decision making vast onderdeel kunnen worden in elke fysiotherapeutische behandeling	35	11,40	28,60	60,00	0,74	1,07
Predictie modellen (met daarin o.a. multimorbiditeit, voorzienen, attituden en sociale waarden) voor bewegingsinterventies met een gezondheid verbeterend effect; hier wordt vooral gekeken naar de relatie tussen de toename van fysieke fitheid, (geoperationaliseerd als VO2 opname capaciteit van de spieren) bij personen met een chronische ziekte (bijvoorbeeld cardiovasculaire ziekte, diabetes, neurodegeneratieve aandoeningen, artrose en reumatoïde artritis, psychiatrische stoornissen, en overlevenden na kanker)	37	16,20	24,30	59,50	0,68	1,11
Interventies om therapietrouw van patiënten te verhogen, Met name therapietrouw om oefeningen vol te houden nadat de behandeling bij de fysiotherapeut is afgelopen	37	13,50	27,00	59,50	0,73	1,17
De optimale inhoud, frequentie, duur, intensiteit en timing van fysiotherapie bij CVA patiënten	32	15,60	25,00	59,40	0,63	1,07

Onderzoeksonderwerp	N	% neg.	% 0	% pos.	gem.	sd.
Patiëntenparticipatie binnen de fysiotherapie	32	18,80	21,90	59,40	0,66	1,23
Onderliggende werkingsmechanismen van effectieve gedragsverandering door fysiotherapeut bij de patiënt	32	12,50	28,10	59,40	0,53	1,02
De gevolgen van inactiviteit, wat zijn de ziekte verwekkende mechanismen?	32	28,10	12,50	59,40	0,47	1,24
De mate waarin een bewegingsprogramma de mobiliteit van mensen met MS kan vergroten en welk bewegingsprogramma de beste resultaten heeft	34	5,88	35,30	58,80	0,65	0,77
De (lange termijn) effecten van diverse vormen van oefentherapie bij specifieke klachten van de schoudergordel	34	14,70	26,50	58,80	0,53	0,86
De optimale inhoud, frequentie, duur, intensiteit en timing van fysiotherapie na ontslag uit het ziekenhuis van patiënten na een acute levensbedreigende ziekte (critical illness)	34	14,70	26,50	58,80	0,56	0,99
Het effect van lang- versus kortdurende fysiotherapie voor mensen met een reumatische aandoening	36	13,90	27,80	58,30	0,69	1,09
Gezondheidszorgonderzoek gericht op een toekomstbestendige fysiotherapie: welke kansen (en grenzen) zijn er voor de rol van de fysiotherapeut in de gezondheidszorg in relatie tot maatschappelijke veranderingen als vergrijzing van de bevolking, minder beschikbare professionals, veranderingen m.b.t. taakopvattingen, kostenbeheersing etc.	36	13,90	27,80	58,30	0,50	1,16
Fundamenteel onderzoek: Werkingsmechanismen	19	15,80	26,30	57,90	0,84	1,17
Beroepsonwikkeling: Inhoud fysiotherapeutische zorgverlening	19	5,26	36,80	57,90	0,58	0,69
De effecten van fysiotherapie bij spierziekten	33	3,03	39,40	57,60	0,64	0,70
Welke factoren 't functioneren van patiënten met een chronische aandoening in het dagelijks leven/in werkomstandigheden beïnvloeden en welke factoren op welke wijze beïnvloedbaar zijn door de fysiotherapeut	33	18,20	24,20	57,60	0,52	1,12
Identificatie van subgroepen (o.b.v. Prognostische-, fysieke, psychosociale- en omgevingsfactoren) bij specifieke lage rugpijn	35	5,71	37,10	57,10	0,69	0,93
Identificatie van subgroepen (o.b.v. Prognostische-, fysieke, psychosociale- en omgevingsfactoren) bij nekpijn	35	8,57	34,30	57,10	0,66	0,97
Identificatie van subgroepen (o.b.v. Prognostische-, fysieke, psychosociale- en omgevingsfactoren) bij schouderpijn	35	5,71	37,10	57,10	0,66	0,91
Hoe te komen tot 'client-centred' of hulpvraag gericht onderzoek en te bepalen wat dit betekent voor de inhoud van de interventies	35	22,90	20,00	57,10	0,57	1,17
De optimale inhoud, frequentie, duur, intensiteit en timing van fysiotherapie bij een aantal veel voorkomende musculoskeletale aandoeningen (rugpijn, artrose)	35	17,10	25,70	57,10	0,60	1,09
Betrouwbaar en valide meten van fysieke activiteit	35	17,10	25,70	57,10	0,54	1,12
Naar technologie in de zorg: waaronder onderzoek naar de rol van de fysiotherapeut bij het voorschrijven van hulpmiddelen (incl. domotica), de rol van telehealth en e-coaching voor de fysiotherapie	35	25,70	17,10	57,10	0,37	1,19

Onderzoeksonderwerp	N	% neg.	% 0	% pos.	gem.	sd.
Ontwikkelen van meetstraten voor de eerste lijn	30	23,30	20,00	56,70	0,27	1,08
De effecten van fysiotherapie bij chronische aandoeningen (DM II, obesitas, COPD, CVRM, R.A./Artritis, Neurologische aandoeningen) met als doel secundaire preventie	32	6,25	37,50	56,30	0,72	0,89
De rol en positionering van de fysiotherapeut in het kader van multidisciplinair beleid in verschillende settings (eerste, tweede en derde lijn), en bepalen welke factoren bepalend zijn voor samenwerking	32	3,13	40,60	56,30	0,66	0,87
De optimale inhoud, frequentie, duur, intensiteit en timing van fysiotherapie bij hoogrisico patiënten met complicaties van chronische comorbiditeit zoals hartfalen, nierfalen en diabetes	34	11,80	32,40	55,90	0,59	0,99
Hoe optimale multidisciplinaire samenwerking van de monodisciplinaire zorgverleners in de wijk er (per diagnosegroep) uit zou moeten zien (vraaggestuurd ipv aanbodgestuurd)	34	17,60	26,50	55,90	0,50	1,02
De benodigde vaardigheden en rol van fysiotherapeuten met betrekking tot het ondersteunen van mensen met chronische ziekten in hun zelfmanagement ten aanzien van bewegend functioneren	34	11,80	32,40	55,90	0,56	1,21
Manieren om kennis over klinimetrie bij zorgverleners te vergroten en naar implementatiemethoden om het gebruik ervan in de dagelijkse praktijk een integraal onderdeel van het behandelproces te laten zijn (Routine Outcome Monitoring waarmee het behandelproces kan worden gestuurd)	36	16,70	27,80	55,60	0,56	1,13
Kosteneffectiviteit van directe toegang fysiotherapie	36	16,70	27,80	55,60	0,50	1,08
Fundamenteel onderzoek: Theorievorming	18	22,20	22,20	55,60	0,33	1,33
Klinimetrie: diagnostiek	20	10,00	35,00	55,00	0,60	1,05
De (lange termijn) effecten van oefentherapie gericht op nieuwe doelen (zoals stabiliteit van de knie), in het bijzonder bij artrose	35	11,40	34,30	54,30	0,57	0,98
De meerwaarde, haalbaarheid en (kosten)effectiviteit van de mogelijkheid om als fysiotherapeut aanvullende diagnostiek aan te vragen en door te kunnen verwijzing naar de tweede lijn	35	20,00	25,70	54,30	0,31	1,05
Ontwikkelen van strategieën/hulpmiddelen om de hulpvraag van de patiënt te verhelderen, die gebruikt kunnen worden om het proces van zelfmanagement te ondersteunen	37	13,50	32,40	54,10	0,68	1,03
Adaptatie mechanismen bij (fysieke) inspanning en inactiviteit, incl. genetisch onderzoek bij responders versus non-responders bij inspanning, teneinde te kunnen voorspellen wie "baat" heeft bij inspanning en wie niet	32	25,00	21,90	53,10	0,47	1,24
Onderliggende werkingsmechanismen van fysiotherapie bij veel voorkomende overbelastingsletsels	32	25,00	21,90	53,10	0,41	1,19
De optimale inhoud, frequentie, duur, intensiteit en timing van fysiotherapie bij hoogrisico chirurgische patiënten	34	11,80	35,30	52,90	0,56	0,99
De optimale inhoud, frequentie, duur, intensiteit en timing van fysiotherapie bij de (ernstig zieke, beademde) IC patiënt	34	14,70	32,40	52,90	0,56	1,05

Onderzoeksonderwerp	N	% neg.	% 0	% pos.	gem.	sd.
De relatie tussen het gebruik van klinimetrie en de kwaliteit van geleverde zorg (en hoe deze relatie indien nodig is te verbeteren)	34	17,60	29,40	52,90	0,35	0,98
Hoe competenties, kennis, klinisch redeneren (formuleren van fysiotherapeutische diagnose) bij de professional verbeterd kunnen worden: onderzoek hoe goede ervaren fysiotherapeuten dit doen en welke educatievormen bewezen effectief zijn	34	17,60	29,40	52,90	0,47	1,19
De factoren die een rol spelen bij mensen met diabetes type 2 en/of overgewicht om een blijvende leefstijlverandering te bewerkstelligen bij deze groep	36	16,70	30,60	52,80	0,50	1,03
Ontwikkeling van een nieuwe generatie 'outcome' parameters die met name de focus van de patiënt/cliënt weergeven	36	19,40	27,80	52,80	0,53	1,11
Manieren om de kennis over en interpretatie van klinimetrie bij zorgverleners te vergroten en de klinimetrie een vast onderdeel te laten zijn van de behandeling	36	11,10	36,10	52,80	0,44	1,03
Beroepsontwikkeling: Opleiding & specialisatie	19	5,26	42,10	52,60	0,58	0,96
Onderliggende werkingsmechanismen van fysiotherapie	33	24,20	24,20	51,50	0,45	1,23
De mogelijkheden en effectiviteit van nieuwe vormen van scholing en educatie, m.n. e-learning en kennis netwerken	33	18,20	30,30	51,50	0,27	1,10
De relatie tussen fysiek inspanningsvermogen en psychologische- en omgevingsfactoren bij ouderen (70 plus) met multimorbiditeit	37	29,70	18,90	51,40	0,19	1,31
Kosteneffectiviteit van fysiotherapie t.o.v. Huisartsenzorg	35	25,70	22,90	51,40	0,29	1,15
De relatie tussen patiënt georiënteerde uitkomstmaten en meer objectieve meetinstrumenten	34	17,60	32,40	50,00	0,44	1,02
Beroepsontwikkeling	14	7,14	42,90	50,00	0,36	0,84
Ontwikkeling van producten die het kiezen van een vervolgbehandeling ondersteunen in het proces van shared decision making	37	10,80	40,50	48,60	0,59	0,96
Kosteneffectiviteit van fysiotherapie t.o.v. Medicijnen	35	28,60	22,90	48,60	0,29	1,23
De relatie tussen pijn en bewegen teneinde de fysiotherapeutische behandeling nader in te richten: a) wat is de rol van bewegen bij het voorkomen van transitie van acute naar chronische pijn, b) hoe werkt bewegen pijn dempend c) welke type bewegingen (aerob, spierversterkend), intensiteit/dosis, hebben welk effect	33	27,30	24,20	48,50	0,15	1,30
Integratie van evidence based practice en een patient centered care benadering	31	16,10	35,50	48,40	0,42	1,09
Het effect van theoretisch onderbouwen van fysiotherapeutische interventies	29	20,70	31,00	48,30	0,41	1,35
Beroepsontwikkeling: Vaardigheden & competenties	19	10,50	42,10	47,40	0,37	0,90
Effecten van fysiotherapie zoals die in de dagelijkse praktijk wordt toegepast in plaats van geprotocolleerde fysiotherapie met specifieke in-exclusie criteria die vaak in wetenschappelijk onderzoek wordt toegepast	36	38,90	13,90	47,20	0,22	1,40

Onderzoeksonderwerp	N	% neg.	% 0	% pos.	gem.	sd.
De kritische succesfactoren die nodig zijn om adequate verslaglegging en EPD gebruik op een efficiënte manier binnen de handelingspraktijk te implementeren, om uiteindelijk systematische data over behandelingen verkrijgen en inzicht te krijgen in effectiviteit en determinanten van effectiviteit	36	19,40	33,30	47,20	0,39	1,18
Het effect van overeengekomen klinische besluitvorming tussen de patiënt en de therapeut op klinische uitkomsten en kosten	34	23,50	29,40	47,10	0,35	1,23
Het effect van het vanaf dag 1 behandelen/ activeren van arm/handfunctie bij CVA patiënten ook als lijkt dat de verlamming ernstig is	34	11,80	41,20	47,10	0,47	0,86
Klinisch onderzoek: Overig	17	17,60	35,30	47,10	0,24	0,90
Predictie modellen (met daarin o.a. multimorbiditeit, voorzeningen, attitudes en sociale waarden) voor bewegingsinterventies met een positief effect op de fysieke (en sociale) actieradius	34	23,50	29,40	47,10	0,32	1,12
De interpretatie van scores op bestaande meetinstrumenten vanuit patiënt perspectief	34	20,60	32,40	47,10	0,47	1,05
Kosteneffectiviteit van fysiotherapie t.o.v. Andere/geen behandeling bij kinderen en adolescenten (korte en lange termijnkosteneffectiviteit)	34	17,60	35,30	47,10	0,38	1,16
De invloed van inactiviteit op gezondheid	34	23,50	29,40	47,10	0,12	1,20
De rol van de fysiotherapeut bij het voorkomen van work disability, met name bij chronisch zieken (onderzoek naar de rol van functioneringsproblemen en persoonlijke en externe factoren op het ontstaan van work disability) en naar de effectiviteit van interventies (gericht op de gevonden functioneringsproblemen/factoren)	34	20,60	32,40	47,10	0,21	1,01
Meerwaarde van de samenwerking tussen fysiotherapeut en medisch specialist	34	17,60	35,30	47,10	0,26	1,02
De mogelijkheden om de resultaten van klinimetrische tests te benutten voor transparantiedoelinden	32	18,80	34,40	46,90	0,38	1,01
Onderliggende werkingsmechanismen van oefentherapie, in het bijzonder bij artrose	32	25,00	28,10	46,90	0,34	1,18
Kosteneffectiviteit van fysiotherapie t.o.v. Zorg door nurse practitioner	35	22,90	31,40	45,70	0,20	1,13
Kosteneffectiviteit van functiedifferentiatie binnen de fysiotherapie	35	28,60	25,70	45,70	0,17	1,12
Kosteneffectiviteit van fysiotherapeutische zorg volgens het Reumanetwerk op de kwaliteit van leven voor mensen met een reumatische aandoening (Reumanetwerk is een ketenaanbod van beweegactiviteiten waarbij mensen 2 keer per jaar worden gemeten en op grond daarvan doorstromen naar niet therapeutisch beweegprogramma of andersom)	35	14,30	40,00	45,70	0,34	0,87
Naar slimme fysiotherapeutische verslaglegging waarbij geschreven woord vervangen worden door slimme Apps en ICT omgevingen	35	22,90	31,40	45,70	0,29	1,07
De optimale inhoud, frequentie, duur, intensiteit en timing van fysiotherapie bij de kwetsbare klinische patiënt (aansluiten bij VMS 70+ patiënten)	33	18,20	36,40	45,50	0,42	1,06

Onderzoeksonderwerp	N	% neg.	% 0	% pos.	gem.	sd.
Diagnostische vaardigheden van de fysiotherapeut (met name anamnese en lichamelijk onderzoek), deze valideren, predictiemodellen ontwikkelen etc.	33	18,20	36,40	45,50	0,36	1,08
Ontwikkeling van een generieke, betrouwbare en valide maat om het effect van fysiotherapie te meten zowel voor lange-termijn monitoring van de effectiviteit van fysiotherapie, als ook in het kader van kwaliteitsindicatoren	36	22,20	33,30	44,40	0,39	1,18
Fundamenteel onderzoek: Fysiologie/celniveau algemeen	18	27,80	27,80	44,40	0,22	1,26
De effectiviteit van diagnostisch handelen (zoals bijvoorbeeld echodiagnostiek en MRI) op het herstel van de patiënten	34	32,40	23,50	44,10	0,18	1,29
Factoren die op lange termijn van invloed zijn op verschillende vormen van artrose en in verschillende gewrichten om zo een model te ontwikkelen, en vanuit dit model onderzoek op te zetten naar het effect van oefentherapie op lange termijn bij handartrose of voor artrose aan de (cervicale) wervelkolom	34	20,60	35,30	44,10	0,41	1,10
Ontwikkelen van methoden om succes van behandeling te meten door middel van het vooraf samen met de patiënt definiëren van (meerdere) einddoelen waarbij een kosten-baten afweging is gemaakt door de patiënt	34	26,50	29,40	44,10	0,32	1,20
Kosteneffectiviteit van fysiotherapie t.o.v. Andere/geen behandeling bij valpreventie in relatie tot fractuurincidentie	34	14,70	41,20	44,10	0,38	1,04
In hoeverre het (vaak) ontbreken van fysiotherapie in de integrale bekostiging het aanbod en de kwaliteit van geleverde zorg beïnvloedt; ontvangen patiënten waarbij dit geïndiceerd is wel altijd fysiotherapie?	34	20,60	35,30	44,10	0,18	1,17
De relatie tussen genetische-, anatomische-, biomechanische-, fysiologische-, en/of omgevingsfactoren en het effect van het (fysiotherapeutisch) behandelen op het herstel van lichaamsweefsel en/of systemen (zodat prognose mogelijk wordt), te beginnen bij de qua aantal 10 grootste aandoeningen zoals CVA, COPD, Diabetes, reumatische aandoeningen etc.	32	34,40	21,90	43,80	0,06	1,29
De invloed van fysiologische mechanismen in relatie tot oefentherapie/inspanningstolerantie bij lichamelijk verzwakte patiënten	32	25,00	31,30	43,80	0,06	1,22
Epidemiologisch onderzoek specifiek	16	12,50	43,80	43,80	0,25	0,86
Belemmerende en bevorderende factoren voor deelname aan hartrevalidatieprogramma's	37	29,70	27,00	43,20	0,22	1,13
De toepassing van meetinstrumenten om de functionele gezondheidsstatus van ziekenhuis patiënten met hoog actuele aandoeningen (critical illness, complexe chirurgie, multimorbiditeit en ouderen) te beoordelen, fysiotherapeutische behandeldoelen op te stellen, effectiviteit van fysiotherapie en het functioneel herstel te evalueren	37	24,30	32,40	43,20	0,22	1,11
Ontwikkeling van meetinstrumenten om de 'hardere' fysiologische en biomechanische maten te kwantificeren om zo kennis te verkrijgen omtrent het daadwerkelijk bewegingsgedrag van de individuele patiënt (bijvoorbeeld krachten en momenten rondom gewrichten kan je niet zien maar wel meten)	35	40,00	17,10	42,90	0,00	1,21
De interpretatie van verschillen in de uitkomsten van meetinstrumenten voor en na therapie sessies, in relatie tot de aanpassing van frequentie en dosering van oefentherapie	35	25,70	31,40	42,90	0,26	1,27
Op elkaar afstemmen en toegankelijk maken van databases van overheid (o.a. Cpb), verzekeraars en beroepsorganisatie	35	25,70	31,40	42,90	0,23	1,00

Onderzoeksonderwerp	N	% neg.	% 0	% pos.	gem.	sd.
Onderzoeksprioriteiten fundamenteel onderzoek	14	35,70	21,40	42,90	0,14	1,56
Kosteneffectiviteit van frequent en systematisch meten (titreren en monitoren) in de fysiotherapeutische zorg	33	18,20	39,40	42,40	0,27	1,01
Naar implementatie van kwaliteitsmanagement binnen de organisatie, patiëntgerichte interventies, randvoorwaarden vanuit de samenleving (wet- en regelgeving financiën) en combinaties daarvan	33	18,20	39,40	42,40	0,27	1,01
Effectiviteit van nieuwe therapieën die zich snel op de markt verspreiden; bijvoorbeeld kinesiotape	38	34,20	23,70	42,10	0,13	1,04
De relatie tussen fysiotherapeutische verslaglegging en kwaliteit van zorg, mede gemeten vanuit patiëntenperspectief	36	27,80	30,60	41,70	0,11	1,06
De optimale inhoud, frequentie, duur, intensiteit en timing van fysiotherapie bij patiënten met diabetes type 2 en/of overgewicht	34	23,50	35,30	41,20	0,24	1,07
Naar belemmerende en bevorderende factoren voor innovaties, alsmede procesevaluaties van de implementatie van innovaties	34	17,60	41,20	41,20	0,32	0,98
De benodigde competenties van de diagnostisch fysiotherapeut	34	26,50	32,40	41,20	0,09	1,11
Werking van fysiotherapeutische interventies in vergelijking met bijvoorbeeld een gespreksgroep of een placebo behandeling	37	21,60	37,80	40,50	0,32	1,13
Wat de (beroepsmatige en inter-persoonlijke) vaardigheden zijn die fysiotherapeuten nodig hebben om te komen tot een goed patiëntencontact, optimale patiëntenzorg, rationale behandelkeuzen en een goed contact met collega's (ook multidisciplinair)	35	14,30	45,70	40,00	0,23	1,06
Hoe psychologische principes standaard kunnen worden geïntegreerd binnen de fysiotherapeutische behandeling en het beslissingsproces van de fysiotherapeut	35	8,57	51,40	40,00	0,43	0,92
Effecten van het gebruikmaken van neurofeedback therapie na een CVA	33	18,20	42,40	39,40	0,27	0,94
Het effect van fysiotherapie op de ervaren beperking van de patiënt met hart- en/of vaatziekte in de chronische fase	33	15,20	45,50	39,40	0,24	0,71
Wat meetinstrumenten eigenlijk precies meten (o.a. door ze te linken aan ICF) om ze als dan te kunnen koppelen aan de behandeldoelen	33	24,20	36,40	39,40	0,21	1,32
Macro-economische effecten van pay-for-performance op de effectiviteit van de professie	31	25,80	35,50	38,70	0,19	1,01
Bijdrage taxonomie pathofysiologie gericht op motorische herstelprocessen: te weten reparatie, adaptatie en compensatie, zodat met de ontwikkelde technieken en inzichten eliminatie, coördinatie en exploitatie gedurende een herstelproces te onderzoeken zijn	31	38,70	22,60	38,70	-0,06	1,34
Mogelijkheden van fysiotherapie bij het vroegtijdig opsporen van (groepen) mensen met bewegingsarmoede om hen te helpen het stimuleren van bewegingsactiviteiten (selectieve- en geïndiceerde preventie)	34	17,60	44,10	38,20	0,24	0,99
De benodigde vaardigheden om tot behandeling op afstand te kunnen komen	34	23,50	38,20	38,20	0,06	1,13

Onderzoeksonderwerp	N	% neg.	% 0	% pos.	gem.	sd.
Definiëren en implementeren van nieuwe competenties indien educatie in de toekomst vooral binnen interdisciplinaire netwerken plaats zal gaan vinden (hiervoor is een gezamenlijk opleidingssysteem nodig)	34	23,50	38,20	38,20	0,29	1,09
Het effect van de action approach als trainingsvisie versus de motor approach bij relevante doelgroepen	29	41,40	20,70	37,90	-0,21	1,40
Effect van fysiotherapie direct gericht op de beperkte handelingen bij patiënten met hart- en/of vaatziekte in de chronische fase versus algemene onderhoudsfysiotherapie gericht op kracht en uithoudingsvermogen	32	31,30	31,30	37,50	0,13	1,04
Langdurende behandelingen bij chronische aandoeningen	32	21,90	40,60	37,50	0,13	0,94
Ontwikkelen van taxonomie van klinische testen	32	25,00	37,50	37,50	0,13	1,01
Macro-economische effecten van outcome sturing op de effectiviteit van de professie	32	21,90	40,60	37,50	0,22	0,97
Normale fysiologische herstelmechanismen om vanuit hier het abnormale/pathologische gedrag te begrijpen en te vertalen naar mogelijke (nieuwe) interventies binnen de (fysio)therapie	32	37,50	25,00	37,50	-0,03	1,20
Werkingsmechanismen voor kraakbeendegeneratie teneinde belastingindicatoren en predictoren voor bot en kraakbeenschade vast te stellen; hiermee kan optimale mate van belasting op bot en kraakbeen tijdens oefentherapie worden bepaald	32	34,40	28,10	37,50	-0,13	1,18
Incidentie en de prevalentie van stoornissen in functies/anatomische eigenschappen en beperkingen in activiteiten en participatie gerelateerd aan gezondheidsproblemen van (oudere/kwetsbare) patiënten die in het ziekenhuis zijn opgenomen	35	34,30	28,60	37,10	-0,09	1,20
Klinimetrie: overig	19	5,26	57,90	36,80	0,26	0,73
De toegevoegde waarde van lichamelijk onderzoek bij mensen met nekklachten, lage rugklachten etc.	33	27,30	36,40	36,40	0,00	1,22
De rol en invloed van fysiotherapie (bewegen en fysiologische trainingsprikkel) op nieuwe concepten van bijvoorbeeld regeneratieve geneeskunde (stamcel transplantatie, 'tissue engineering') en robotica-toepassingen in de zorg	33	30,30	33,30	36,40	-0,06	1,27
Effect van farmacotherapie en chemotherapie op de voedingstoestand en het bewegingssysteem	33	48,50	15,20	36,40	-0,33	1,34
Methoden om tot een betere integratie van biomedische en psychosociale attitude, kennis en vaardigheden in het onderwijs te komen	33	30,30	33,30	36,40	-0,03	1,16
De betekenis van neuroreflectoire verklaringenmodellen en inspaningfysiologische en pathofysiologische concepten voor de fysiotherapie	31	35,50	29,00	35,50	-0,13	1,15
Ontwikkeling van multidisciplinaire meetinstrumenten	34	26,50	38,20	35,30	0,15	1,37
Spierfysiologie in relatie tot (cellulaire)verouderingsprocessen	34	38,20	26,50	35,30	-0,06	1,25
Fundamenteel onderzoek: Overig	17	5,88	58,80	35,30	0,35	0,93

Onderzoeksonderwerp	N	% neg.	% 0	% pos.	gem.	sd.
Of fysiotherapie duidelijker kan worden opgespitst in specifieke aandachtsgebieden en of er nog plaats is voor de algemene fysiotherapeut	34	23,50	41,20	35,30	0,09	1,03
Determinanten van lange termijn functioneel herstel van patiënten die een acute levensbedreigende ziekte hebben door- gemaakt	37	16,20	48,60	35,10	0,32	1,00
Ontwikkelen van een meetsysteem om in de dagelijkse praktijk een snelle, praktisch toepasbare en valide loopanalyse uit te voeren	37	24,30	40,50	35,10	0,16	1,12
De relatie tussen genetische-, anatomische-, biomechanische-, fysiologische-en/of omgevingsfactoren en het ontstaan en voorkomen van overbelasting, beschadiging of abnormale ontwikkeling van lichaamsweefsel en/of systemen	32	34,40	31,30	34,40	-0,03	1,18
Het ontwikkelen van nieuwe overkoepelende modellen binnen de fysiotherapie(opleidingen) om vragen te beantwoorden als a) wat verstaan we binnen de fysiotherapie onder overbelasting, b) welke afwijkingen zijn fysiologisch/anatomisch zichtbaar bij overbelasting en c) hoe zijn deze binnen de klinische praktijk zichtbaar te maken	32	37,50	28,10	34,40	-0,22	1,29
Effect van depressie en angststoornissen bij patiënten met hart- en vaatziekten in de chronische fase op de effectiviteit van de fysiotherapeutische behandeling	35	25,70	40,00	34,30	0,06	0,94
Ontwikkeling van strategieën om beweegstandaard oncologie, revalidatierichtlijn en evidence statement borstkanker te implementeren	35	17,10	48,60	34,30	0,29	0,99
Het effect van oefentherapeutische behandelvormen op dysfunctionele motore patronen (motor learning)	30	30,00	36,70	33,30	0,07	0,98
Acuut ziek worden en factoren die herstel bevorderen (training en trainbaarheid van de klinisch opgenomen patiënt)	36	30,60	36,10	33,30	0,08	1,23
De relatie van pijn (nocisensoriek) op het ontnegeld raken van normale motoriek en het ontstaan van dysfunctionele motore patronen	33	36,40	30,30	33,30	-0,12	1,17
De relatie tussen psychosociale factoren (angst, depressie, post traumatisch stress) en fysiek functioneren en het herstel hierin bij patiënten na langdurige ziekenhuisopname	37	27,00	40,50	32,40	0,08	1,09
Natuurlijk beloop van letsels en aandoeningen bij kinderen en adolescenten	34	41,20	26,50	32,40	-0,24	1,23
De vergelijking tussen leermethoden in de fysiotherapie en de geneeskunde, aangezien beide vakken opleiden voor vaak dezelfde doelgroep	34	41,20	26,50	32,40	-0,24	1,16
Natuurlijk beloop van sportletsels en overbelastingsetsels	35	37,10	31,40	31,40	-0,26	1,20
Raciale verschillen in fysieke fitheid, omgaan met therapie (therapietrouw en coping), coping	35	34,30	34,30	31,40	-0,17	1,20
De fysiotherapeut als casemanager bij bijvoorbeeld total hip operaties; i.s.m. de chirurg kan de fysiotherapeut een leidende rol spelen bij pre- en postoperatieve traject	35	25,70	42,90	31,40	-0,03	1,10

Onderzoeksonderwerp	N	% neg.	% 0	% pos.	gem.	sd.
De relatie tussen biomarkers en stoornissen in lichaamsweefsels en/of systemen, beperkingen in activiteiten en sociale participatie	32	34,40	34,40	31,30	-0,16	1,19
Werkingsmechanismen van de fysiotherapie door klinisch onderzoek te koppelen aan (dier)experimenten met een vakspecifieke focus in de manipulaties en onderzoeksmethoden (hypothese toetsend labonderzoek gekoppeld aan klinisch onderzoek)	32	50,00	18,80	31,30	-0,47	1,22
De rol van sociale factoren op de aard en kenmerken van chronische gezondheidsproblemen	32	40,60	28,10	31,30	-0,19	1,09
Top 10 van de meest behandelde klachten in de algemene fysiotherapie en de top 10 van de verschillende verbijzonderingen/specialisaties	32	34,40	34,40	31,30	-0,22	1,10
Activiteiten die preventief zijn voor klachten van het houdings en bewegingsapparaat	32	31,30	37,50	31,30	-0,16	1,14
Invloed van comorbiditeit op de diagnostiek van musculoskeletale pijn	36	33,30	36,10	30,60	-0,11	1,04
Effect van lymfdrainage bij seroom, borsttoedeem, oedeem genitaalstreek als toevoeging op bandageren en therapeutische elastische kous	34	23,50	47,10	29,40	0,06	0,95
Kosteneffectiviteit van fysiotherapie t.o.v. Hulpmiddelen	34	44,10	26,50	29,40	-0,29	1,14
De invloed van digitale beslissingsondersteuning op het klinisch redeneren en kwaliteit van de zorg bij claudicatio intermittens	35	34,30	37,10	28,60	-0,09	1,04
Verdieping van het vakgebied door kennis uit andere vakgebieden te integreren	28	35,70	35,70	28,60	-0,04	1,20
De gewenste ondernemersvaardigheden die nodig zijn om als fysiotherapiecentrum/instelling te kunnen participeren in multidisciplinaire settings	35	34,30	37,10	28,60	-0,17	1,07
De mogelijke betekenis van ICF-model voor een meer rechtvaardige verdeling van de het beschikbare budget voor de fysiotherapie	32	43,80	28,10	28,10	-0,25	1,32
De rol van 'genetische aanleg', biomedische factoren en omgevingsfactoren (waaronder social support) op de pijnbeleving en het risico om chronische musculoskeletale pijnklachten te ontwikkelen (d.m.v. Volgen van cohort patiënten met acute pijn)	32	34,40	37,50	28,10	-0,25	1,24
Fundamenteel onderzoek: Fysiologie/celniveau specifiek	18	22,20	50,00	27,80	-0,06	1,11
De noodzaak van specialistische scholing ten behoeve van nazorg voor oncologische patiënten, en een vergelijking van de effecten hiervan t.o.v. De algemene fysiotherapie, de oedeemfysiotherapie en de oncologie fysiotherapie	33	30,30	42,40	27,30	-0,15	1,06
Indicaties en contra-indicaties voor fysiotherapeutische behandelingen; welke aandoeningen vallen binnen (en buiten) het werkteerterrein en de indicatiestelling van fysiotherapie en hoe verloopt de besluitvorming daarin?	33	30,30	42,40	27,30	-0,06	1,12

Onderzoeksonderwerp	N	% neg.	% 0	% pos.	gem.	sd.
De relatie tussen van een zorgpad voor artrose patiënten en de daadwerkelijke opname in het gezondheidszorgsysteem (leidt een goed geolied zorgpad tot een toename in zorg?)	34	26,50	47,10	26,50	-0,12	0,95
Het ontstaan van beschadiging/abnormale ontwikkeling van spierweefsel bij IC patiënten in de acute fase (wat gebeurt er op celniveau met spieren/zenuwen van critical illness polyneuropathy patiënten)	34	44,10	29,40	26,50	-0,32	1,20
Of een patiënt die behandeld wordt door de FT een betere manager is van zijn eigen ziekte	34	35,30	38,20	26,50	-0,26	1,21
De gevolgen van verdere specialisatie van fysiotherapeuten, o.a. in relatie tot bereikbaarheid (geografische spreiding van specialisaties) voor de patiënt	34	38,20	35,30	26,50	-0,26	1,11
Of competentie gericht leren tot betere beroepsbeoefenaren leidt: is dit een didactische methode die juist sterk werkt bij afgestudeerde beroepsbeoefenaren en minder sterk of zelfs zwak bij studenten	34	32,40	41,20	26,50	-0,15	1,10
Selectie bij de poort, voorkomen van uitval in propedeuse en hoofdfase: studie rendement	34	38,20	35,30	26,50	-0,21	1,12
De relatie tussen genetische aanleg en bewegend functioneren/inspanningsfysiologie	31	51,60	22,60	25,80	-0,42	1,15
Methoden om de kwaliteit van verslagleggen te meten	35	37,10	37,10	25,70	-0,23	1,14
Kosteneffectiviteit van fysiotherapie t.o.v. Ergotherapie	35	40,00	34,30	25,70	-0,29	1,02
Incidentie, prevalentie en natuurlijk beloop van verminderde sport- en arbeidsparticipatie, onvolledige ouder rol/partner rol bij maatschappelijk relevante cohorten: obese kinderen, werkende vrouwen, postmenopausale vrouwen, mannen 50+, allochtonen, fragiele ouderen	35	28,60	45,70	25,70	-0,14	1,03
Het ontstaan van overbelastingssyndromen en onderliggende etiologie bij bijvoorbeeld patellofemorale pijnsyndroom, osgood schlatter, mediaal tibiaal stress syndroom, fasciitis plantaris	32	43,80	31,30	25,00	-0,41	1,10
Onderliggende werkingsmechanismen van placebo in de 'bewegingsgeneeskunde'	32	46,90	28,10	25,00	-0,34	1,18
Het effect van rol-modellen in de fysiotherapie in interdisciplinaire settings	32	31,30	43,80	25,00	-0,06	1,08
Het effect van health care providers attitudes, beliefs en overige kenmerken en kennis en vaardigheden van de fysiotherapeut in relatie tot (het effect van) de toegepaste interventie en verwachtingen van de patiënt; de wensen en verwachting die verschillende doelgroepen hebben ten aanzien van de zorg- en dienstverlening van de fysiotherapie	32	28,10	46,90	25,00	-0,06	1,11
Kosteneffectiviteit van advanced versus novice beroepsuitoefening	33	45,50	30,30	24,20	-0,39	1,06
Wie waarom klachten ontwikkelt (bijvoorbeeld soepelheid en het ontstaan/voorkomen van klachten)	33	45,50	30,30	24,20	-0,36	1,11
De effecten van bewegingsprogramma op beperken van cognitieve achteruitgang van mensen met MS	34	11,80	64,70	23,50	0,12	0,59
Kosteneffectiviteit van abrupte versus geleidelijke beëindiging van behandeling	34	55,90	20,60	23,50	-0,41	1,13

Onderzoeksonderwerp	N	% neg.	% 0	% pos.	gem.	sd.
De relatie tussen verlies aan rollen en activiteiten uit het ICF-participatie domein en de soort en mate van hulpvraag door middel van onderzoek naar incidentie, prevalentie en natuurlijk beloop van verminderde sport- en arbeidsparticipatie, onvolledige ouder rol/partner rol agv pijn in het houdings/bewegingsapparaat, verlies fysieke conditie en spierkracht, overgewicht en chronische ziekten	30	33,30	43,30	23,30	-0,33	1,09
Onderbouwde methoden om musculoskeletale pijn (objectief) vast te stellen	35	48,60	28,60	22,90	-0,37	1,14
Effecten fysiotherapeutische interventies in Nederland versus andere landen	35	45,70	31,40	22,90	-0,43	1,22
Zelfmanagement en leefstijl van oudere fysiotherapeuten; inventarisatie welke maatregelen oudere therapeuten nemen in verband met hun fysieke klachten en mogelijke multimorbiditeit om het vak nog langere tijd te kunnen blijven uitvoeren?	35	45,70	31,40	22,90	-0,40	1,26
De relatie tussen anatomische-, biomechanische-, fysiologische-, psychologische factoren en subgroepen die op basis van klinische gegevens worden gevormd (validatie indeling subgroepen)	31	45,20	32,30	22,60	-0,48	1,12
De effecten van demografische ontwikkelingen bij fysiotherapeuten en patiënten op professionele kwaliteit (naar de mening van het beroepsveld) en doelmatigheid (naar de maatstaven van de consument/patiënt), wat eventueel gebruikt kan worden als beleidsinstrument om 'weeffouten' in het nieuwe opleidingssysteem te signaleren en te verbeteren	32	28,10	50,00	21,90	-0,25	1,02
Nieuwe methodologieën die in staat zijn de dynamiek van de beïnvloedende factoren op de kwaliteit van zorg te detecteren en te beïnvloeden	32	40,60	37,50	21,90	-0,31	1,06
Effecten van van F.E.S. (Functionele Electro Stimulatie), neuroprothese voor behandeling van sleepvoet in combinatie van reguliere therapie bij verlammingverschijnselen na CVA in de subacute/chronische fase	33	24,20	54,50	21,20	-0,06	0,75
Nog weinig beschreven, maar door de fysiotherapeut (relatief) veel behandelde problematiek, (bijvoorbeeld de ontwikkeling van de verschillende motorische stoornissen bij de verschillende typen dementie	33	27,30	51,50	21,20	-0,15	0,87
Effectiviteit van fysiotherapie bij fibromyalgie	34	41,20	38,20	20,60	-0,29	1,00
Prevalentie van psychosomatische klachten	35	51,40	28,60	20,00	-0,51	1,12
Onderzoek naar de wensen en behoefte van verschillende groepen patiënten en zorggebruikers op lokaal/regionaal niveau zodat meer "gebiedsgerichte zorg" kan worden geboden	36	44,40	36,10	19,40	-0,33	1,07
Factoren voor succesvolle publiek-private samenwerking op voor de fysiotherapie belangrijke doelgroepen	31	35,50	45,20	19,40	-0,23	0,96
De relatie tussen vraag en aanbod van fysiotherapeutische zorg in verschillende settings, nu en in de toekomst (waarbij o.a. Demografische kenmerken van patiënten en fysiotherapeuten worden mee genomen) teneinde een beroepskrachtenprognose te maken	33	30,30	51,50	18,20	-0,18	1,01
De kwaliteit van de fysiotherapie bij hart-, long-, vaataandoeningen in Nederland	33	39,40	42,40	18,20	-0,39	1,17
De impact van gezondheid en ziekte in de kindertijd op volwassenen	34	50,00	32,40	17,60	-0,53	1,19

Onderzoeksonderwerp	N	% neg.	% 0	% pos.	gem.	sd.
De eisen die moeten worden gesteld aan fysiotherapeuten die gezondheidsscans aanbieden	34	38,20	44,10	17,60	-0,44	1,05
Beroepsontwikkeling: overig	17	17,60	64,70	17,60	-0,12	0,86
Incidentie en prevalentie van sportblessures in relatie tot incidentie en prevalentie van werkgerelateerde gezondheidsproblemen (kijken naar uitval op het werk bij wel en niet- sporters	35	34,30	48,60	17,10	-0,40	1,03
De benodigde competenties voor een hart-, long-, vaarfysiotherapeut om goede zorg te leveren; is een gradatie in opleidingsniveau gewenst om de zorg efficiënter te kunnen leveren?	35	40,00	42,90	17,10	-0,29	1,02
De specifieke aard van de fysiotherapeutische praktijk en hoe abstracte kwaliteitsbegrippen als 'evidence based practice', autonomie, transparantie etc. Vorm en inhoud krijgen, waardoor het mogelijk wordt om een beroepseigen kwaliteitsbegrip te formuleren en te legitimeren	31	32,30	51,60	16,10	-0,26	0,86
De betekenis en toepassing van de niet lineaire dynamica voor de fysiotherapie	32	50,00	34,40	15,60	-0,56	1,11
De relatie tussen nekklachten en schouderklachten	32	59,40	25,00	15,60	-0,59	1,04
De relatie tussen bewegend functioneren en de mate van soepelheid/collageensynthese	34	61,80	23,50	14,70	-0,71	1,00
De klinimetrische eigenschappen van Het functioneel mobiliteitsprofiel (FMP) en de Staplengte Schaal (SLS) (als vervolg op al uitgevoerde kleinere onderzoeken)	36	55,60	30,60	13,90	-0,56	1,00
Het aantal hart-, vaat- en longfysiotherapeuten in Nederland, die werken vanuit een multidisciplinair verband, zoals een zorggroep	31	41,90	45,20	12,90	-0,42	0,99
De mogelijkheden binnen de fysiotherapie om een bijdrage te leveren aan het klantbewustzijn van patiënten	31	38,70	48,40	12,90	-0,39	1,17
Of een patiënt meer of minder catastroferende gedachten heeft wanneer deze behandeld wordt door een FT	32	34,40	53,10	12,50	-0,38	1,01
Factoren die het beroep van de fysiotherapeut voor verschillende subgroepen fysiotherapeuten (uitgesplitst naar leeftijd, sexe, jaren werkzaam) in verschillende settings (vrijgevestigd, ziekenhuis, verpleeghuis) aantrekkelijk maken en houden	34	44,10	44,10	11,80	-0,47	0,90
Het aantal hart-, vaat- en longfysiotherapeuten in Nederland, die een gerichte opleiding op dit domein gevolgd hebben	28	53,60	35,70	10,70	-0,75	1,14
Wond en wondgenezing	30	50,00	40,00	10,00	-0,67	0,99
Het voorkomen en behandelen van Axillary Web Syndrome, geleid actief rekken vergelijken met stretchen/fibrostechnieken	32	59,40	31,30	9,38	-0,78	0,97
Kosteneffectiviteit van massage, bijvoorbeeld stoel massage van nek en schouders	34	67,60	23,50	8,82	-1,00	1,02
Risicofactoren voor verminderd functioneren bij poliartrrose, vooral in combinatie met andere aandoeningen als diabetes mellitus	35	40,00	51,40	8,57	-0,43	1,01
De ontwikkeling van dematuratie curves voor ouderen	25	48,00	44,00	8,00	-0,60	0,91

Onderzoeksonderwerp	N	% neg.	% 0	% pos.	gem.	sd.
De invloed van pre-conceptie vitaliteit van ouders op de motorische en cognitieve ontwikkeling(ssstoornissen) van kinderen	30	70,00	23,30	6,67	-1,00	0,95
In hoeverre aspecten vanuit de manuele therapie, Mensendieck of Cesar therapie en massage, de fysiotherapeutische behandeling zouden kunnen verbeteren voor mensen met een reumatische aandoening (waarbij de focus verbreedt van alleen oefenen in de zin van trainen, naar tevens aandacht schenken aan strategie, ontspanning)	31	64,50	29,00	6,45	-0,87	0,92
De relatie tussen scapulapositionering en schouderklachten	32	65,60	28,10	6,25	-0,81	0,97
Eventuele verschillen in benaderingswijze tussen de verschillende generaties professionals c.q. Patiënten	35	48,60	45,70	5,71	-0,66	0,91
Accentverschuiving van epidemiologie naar biostatistiek	30	60,00	36,70	3,33	-0,83	0,99

Bijlage 4: Top 10 van onderzoeksonderwerpen per hoofdcategorie

Top 10 hoofd- en subcategorieën, en items van klinisch onderzoek

Onderzoek naar:	N	% pos.	gem. score
Klinisch onderzoek: Effectiviteit algemeen	23	95,70	1,57
Klinisch onderzoek: Identificatie subgroepen	21	90,50	1,38
Onderzoeksprioriteiten klinisch onderzoek	20	90,00	1,55
Klinisch onderzoek: Chronische aandoeningen	20	90,00	1,30
De (lange termijn) effecten van fysiotherapeutische behandeling in verschillende domeinen van gezondheid, op verschillende uitkomstmaten (gezondheidsgedrag, fysiologie, ziekteprogressie, mortaliteit) en bij specifieke subgroepen van patiënten	38	89,50	1,47
Vormen van beweegstimulering die subgroepen nodig hebben om tot langdurig meer bewegen/gezondere leefstijl te komen, met aandacht voor aandoeningsgerelateerde, persoonlijke en omgevingsfactoren + kosteneffectiviteitsbepaling	34	88,20	1,18
Klinisch onderzoek: Bewegen/leefstijl	21	85,70	1,24
De betekenis van fysiotherapie bij zelfmanagement, met name bij patiënten met een chronische aandoening	35	85,70	1,23
Klinisch onderzoek: Optimale frequentie/inhoud interventies	20	85,00	1,05
De (lange termijn) effecten van (preventieve) beweeginventies bij (fysiotherapeutisch) relevante doelgroepen en/of (chronische) aandoeningen	38	84,20	1,11

Top 10 hoofd- en subcategorieën, en items van klinimetrie

Onderzoek naar:	N	% pos.	gem. score
Onderzoeksprioriteiten klinimetrie	16	87,50	1,06
Ontwikkelen van een standaard, beperkte en valide coreset van in de klinische praktijk eenvoudig toepasbare meetinstrumenten (diagnostisch, evaluatief en o.b.v. De icf) met normgegevens en per aandachtsgebied (generieke en ziektespecifiek)	39	84,60	1,33
Klinimetrie: Inperken van aantal meetinstrumenten	20	80,00	1,05
Klinimetrie: (implementatie van) meetinstrumenten in dagelijkse praktijk	21	76,20	1,10
Ontwikkelen van core set van meetinstrumenten voor de kwetsbare klinische patiënt en de 70+ patiënt	38	73,70	0,95
Predictieve waarde van klinische beslissingen op basis van klinimetrie en onderzoek naar clinical relevant change	30	73,30	0,77
Klinimetrie: Ontwikkeling van (nieuwe) meetinstrumenten; validering	22	72,70	0,86
De feasibility, toegevoegde waarde (e.a. Psychometrische aspecten) van bestaande vragenlijsten voor patiënten (ook voor allochtonen)	36	72,20	0,69
Klinimetrie: Patiëntgeoriënteerde (uitkomst)maten	21	71,40	0,86
De ontwikkeling en gebruik van slimme ICT concepten en applicaties die bruikbaar zijn om therapietrouw en activiteiten betrouwbaar en functioneel te kunnen meten	37	67,60	0,73

Top 10 hoofd- en subcategorieën, en items van gezondheidszorgonderzoek

Onderzoek naar:	N	% pos.	gem. score
De ontwikkeling van onderzoeksmethoden waarbij fysiotherapie wordt beoordeeld op haar economische waarde in vergelijking met andere vormen van zorg in het kader van substitutie van zorg	37	89,20	1,19
Gezondheidszorgonderzoek: Kosteneffectiviteit algemeen	19	84,20	0,95
Onderzoeksprioriteiten Gezondheidszorgonderzoek	10	80,00	1,00
kosteneffectiviteit van verplaatsing van fysiotherapeutische instellingszorg (ziekenhuis, revalidatie, etc.) naar de thuissituatie	37	78,40	0,95
kosteneffectiviteit van fysiotherapie op afstand (telezorg) bijvoorbeeld ter motivatie en/of aanpassingen van reeds ingezette behandelingen	37	78,40	0,92
kosteneffectiviteit van fysiotherapie t.o.v. meer ingrijpende behandelmethoden (bijvoorbeeld operatie)	35	77,10	1,06
Gezondheidszorgonderzoek: Kosteneffectiviteit specifiek	20	75,00	0,90
kosteneffectiviteit van fysiotherapie t.o.v. andere/geen behandeling bij kwetsbare (70+) patiënt	35	74,30	0,91
kosteneffectiviteit van fysiotherapie t.o.v. andere/geen behandeling bij patiënten met beperkingen in het dagelijks functioneren t.g.v. chronische aandoeningen en multi-morbiditeit	35	71,40	1,00
Gezondheidszorgonderzoek: Dataverzameling/verslaglegging	20	70,00	0,75

Top 10 hoofd- en subcategorieën, en items van onderzoek naar beroepsontwikkeling

Onderzoek naar:	N	% pos.	gem. score
Beroepsontwikkeling: Multidisciplinaire samenwerking	20	75,00	0,90
Hoe de exponentieel gegroeide wetenschappelijke kennis in de praktijk kan worden geïmplementeerd (o.a. Onderzoek naar vorm en inhoud van nascholing)	36	72,20	0,78
Hoe de rol van fysiotherapie in zorgketens optimaal kan worden geplaatst, en hoe de effecten (o.a. op kwaliteit van leven) binnen en van de totale keten kunnen worden gemonitord	34	67,60	0,68
Optimale overdracht van ziekenhuis naar eerste lijn, maken van multidisciplinaire meetstraten en follow-up	37	67,60	0,73
Het effect van (verschillende vormen van) professionele (na)scholing of specialisatie van fysiotherapeuten op hun klinisch redeneren en klinisch handelen, en op patiëntgerelateerde uitkomstmaten (meerwaarde master-opleiding)	33	66,70	0,61
Beroepsontwikkeling: implementatie	19	63,20	0,74
Hoe zaken als empowerment/zelf management/shared decision making vast onderdeel kunnen worden in elke fysiotherapeutische behandeling	35	60,00	0,74
Beroepsontwikkeling: Inhoud fysiotherapeutische zorgverlening	19	57,90	0,58
Naar technologie in de zorg; waaronder onderzoek naar de rol van de fysiotherapeut bij het voorschrijven van hulpmiddelen (inclusief Domotica), de rol van telehealth en e-coaching voor de fysiotherapie	35	57,10	0,37
De rol en positionering van de fysiotherapeut in het kader van multidisciplinair beleid in verschillende settings (eerste, tweede en derde lijn), en bepalen welke factoren bepalend zijn voor samenwerking	32	56,30	0,66

Top 10 hoofd- en subcategorieën, en items van epidemiologisch onderzoek

Onderzoek naar:	N	% pos.	gem. score
Onderzoeksprioriteiten epidemiologisch onderzoek	13	76,90	0,62
Epidemiologisch onderzoek: algemeen	17	70,60	0,59
Epidemiologisch onderzoek Chronisch zieken	19	68,40	0,74
Het opstellen van ziektespecifieke profielen (o.b.v. Incidentie, prevalentie en natuurlijk beloop van stoornissen in functies, anatomische eigenschappen en beperkingen in activiteiten en participatie) om door middel van detectie van afwijkingen binnen dat profiel risicoprofielen op te stellen en risicostratificatie toe te passen (welke individuen moeten extra aandacht/zorg krijgen)	33	66,70	0,61
Incidentie, prevalentie en natuurlijk beloop van door de fysiotherapeut behandelde gezondheidsproblemen (stoornissen in functies en anatomische eigenschappen, stoornissen en beperkingen in activiteiten en participatie) en de invloed van fysiotherapie hierop	35	62,90	0,46
Lange termijn effecten van fysiotherapie in relatie tot natuurlijk beloop of ander/geen beleid	35	62,90	0,66
Korte termijn effecten van fysiotherapie in relatie tot natuurlijk beloop of ander/geen beleid (bijvoorbeeld is een patiënt met fysiotherapie weer sneller aan het werk)	35	62,90	0,63
Identificatie van prognostische factoren (bijvoorbeeld persoons- en omgevingsfactoren)	34	61,80	0,56
De prevalentie van co-morbiditeiten en de impact hiervan op uitkomsten fysiotherapie	34	61,80	0,65
De invloed van inactiviteit op gezondheid	34	47,10	0,12

Top 10 hoofd- en subcategorieën, en items van fundamenteel onderzoek

Onderzoek naar:	N	% pos.	gem. score
De invloed van zelfmanagement en ziekte cognities op bewegingsgedrag (met name het hervatten en uitbreiden van activiteiten)	33	63,60	0,61
De relatie tussen inspanningsvermogen en lichamelijke veroudering; natuurlijk beloop van trainbaarheid van ouderen en chronisch zieken	34	61,80	0,41
Onderliggende werkingsmechanismen van effectieve gedragsverandering door fysiotherapeut bij de patiënt	32	59,40	0,53
De gevolgen van inactiviteit, wat zijn de ziekte verwekkende mechanismen?	32	59,40	0,47
Fundamenteel onderzoek: Werkingsmechanismen	19	57,90	0,84
Fundamenteel onderzoek: Theorievorming	18	55,60	0,33
Adaptatie mechanismen bij (fysieke) inspanning en inactiviteit, inclusief Genetisch onderzoek bij responders versus non-responders bij inspanning, teneinde te kunnen voorspellen wie “baat” heeft bij inspanning en wie niet	32	53,10	0,47
Onderliggende werkingsmechanismen van fysiotherapie bij veel voorkomende overbelastingsletsels	32	53,10	0,41
Onderliggende werkingsmechanismen van fysiotherapie	33	51,50	0,45
De relatie tussen pijn en bewegen teneinde de fysiotherapeutische behandeling nader in te richten: a) wat is de rol van bewegen bij het voorkomen van transitie van acute naar chronische pijn, b) hoe werkt bewegen pijndempend c) welke type bewegingen (aeroob, spierverstekend), intensiteit/dosis, hebben welk effect	33	48,50	0,15

Bijlage 5: Tabellen met genoemde toekomstscenario's behorend bij §4.2

Genoemde scenario's op het gebied van multidisciplinaire samenwerking

1. Intensiever samenwerken met andere disciplines bij het bieden van samenhangende zorgprogramma's voor aandoeningspecifieke doelgroepen.
 2. Intensiever samenwerken met andere disciplines bij het bieden van samenhangende zorgprogramma's op arbo-curatief gebied.
 3. Een scenario waarbij de fysiotherapeut samenwerkt met andere disciplines, aldus het model reumanetwerk om tot het aanbieden van een optimale zorg te komen en het om gespecialiseerde fysiotherapeuten gaat.
 4. Samenwerking in multidisciplinaire setting.
 5. Moet de FT direct gekoppeld worden aan andere Hulpverleners (BV huisarts) uit de eerste lijn.
 6. Fysiotherapeuten zullen zich in toenemende mate in multidisciplinaire doelgroepgerichte eerste en tweedelijns netwerken moeten organiseren om de zorg in de toekomst efficiënt en betaalbaar te houden.
 7. Nu de zorg steeds meer in de eerste lijn georganiseerd gaat worden in multidisciplinaire en interdisciplinaire 'zorggroepen' is het van belang om het beroepsdomein van de fth helder te definiëren t.o.v. van deze andere disciplines zodat de fth ook een rol als regisseur of case manager kan vervullen en daarmee 'zijn' bijdrage aan de zorg kan leveren (naast andere universitair geschoolde hulpverleners, bijvoorbeeld HA, psycholoog, psychiater, verloskundige).
 8. Fysiotherapeut als centrale rol in de keten.
 9. Een scenario is dat de fysiotherapeut als 'eenpitter' verdwijnt; multiprofessionele zorg wordt m.i. de standaard. Dat betekent profilering (wat kun jij beter dan een ander) en positionering (zorg dat je bij de relevante partijen in de buurt zit).
 10. Naarmate de fysiotherapeut verder uit het pakket verdwijnt wordt het belangrijker dat de fysiotherapeut zich niet alleen profileert richting andere professionals maar ook richting de cliënt.
 11. Fysiotherapeuten zullen meer als complete zorgondernemer moeten werken. Dit houdt in: multidisciplinair (ketenzorg), m.b.v. EPD/klinimetrie, wijkgericht, selectiever, resultaatgericht, meer transparante verantwoording naar alle betrokken stakeholders.
 12. Fysiotherapeuten uit de eerste en tweede lijn zullen hun gemeenschappelijke belangen moet formuleren en hierin samen optrekken om zo hun positie in de zorg te behouden en versterken.
-

Genoemde scenario's op het gebied van specialisatie

1. Is het tijd de algemeen FT te laten verdwijnen.
 2. Steeds meer fysiotherapeuten specialiseren zich.
 3. De fysiotherapeut gaat meer en meer specialiseren om de klant nog beter te bedienen. Hierbij zal ICF/HOAC leidend zijn met meer focus op macro-economische ontwikkelingen.
 4. Zorg wordt toenemend complex, vraagt om hoger opgeleide fysiotherapeuten, die de diagnostiek en behandelplan uitzetten en assistent fysio's die de (standaard)zorg geven.
 5. Functie differentiatie intra en extramuraal; Master-bachelor-assistent met diagnostische taken voor de master, complex uitvoerende taken voor de bachelor en eenvoudig uitvoerende taken voor de assistent.
 6. Bachelor/Master structuur voor de fysiotherapie waarbij hoogcomplexen of weinig voorkomende klachten alleen door Master geschoolde fysiotherapeuten behandeld worden.
 7. De fysiotherapeut maakt al vroeg in zijn Master fase een keuze om vooral
 - preventieve gezondheidszorg te gaan leveren,
 - revalidatie geneeskundig zorg gericht op (re)integratie in de samenleving, of
 - bewegingsgeneeskundige zorg gericht op gezondheidsbevordering.Op deze wijze ontstaan 3 grote takken uit één stam (BSc fth), waaruit dan weer (post Master)specialismen kunnen ontwikkelen (bijvoorbeeld ouderen, kinderen, sport/arbeid, vrouwen). De drie Masterprofielen leiden op tot maatschappelijk herkenbare posities in het veld van de gezondheidszorg en versterken de deskundigheid in de eerste lijn.
 8. Binnen de fth ontwikkelt zich een systeem van kwaliteitsregisters voor specialismen (bijvoorbeeld ouderen) en experts (traumatisch enkelletsel), deze worden duidelijk onderscheidend van elkaar gepositioneerd. Men kan maar van een specialisme deel uitmaken, maar kan expert zijn in meerdere gebieden (in analogie van de geneeskunde).
 9. Fysiotherapie wordt universitair en specialisatie van geneeskunde.
-

Genoemde scenario's t.a.v. de rol van fysiotherapie bij leefstijl en preventie

1. Kinderen en volwassenen met obesitas nemen toe. Wat kan de fysiotherapie voor deze groep betekenen en wat is de meerwaarde van de fysiotherapeut dan boven andere leefstijl adviseurs, fitness-centra etc. = scenario?
 2. Secundaire en tertiaire preventie, en wellicht in een toekomstig licht gezien ook primaire preventie, m.n. van aan beweging en fysiek fitheid gerelateerde gezondheid (in de rol van gezondheid 'counselor').
 3. Fysiotherapeut krijgt grotere rol in het verbeteren en/of consolideren van de fysieke gezondheid (ook bij mensen met een chronische ziekte).
 4. De fysiotherapeut kan een bijzondere rol vervullen bij het in kaart brengen van patiënten met een verhoogd gezondheidsrisico. Voorbeelden: ouderen met een verhoogd valrisico, langdurig ziekteverzuim, arbeidsgerelateerde klachten etc.
 5. Binnen het kader van Bedrijfsfysiotherapie zal de fysiotherapeut steeds vaker ingezet worden om een gezondheidsscan te verrichten. Hier ligt mogelijk een rol voor de VHVL in het kader van inspanningstesten bij nog niet in beeld zijnde (nu nog gezonde) hart-, vaat- en longkandidaten.
 6. Fysiotherapeut krijgt een rol in het verbeteren en/of consolideren van de sociale participatie (m.n. arbeidsdeelname, maar ook zelfstandig wonen, opvoeden). Hier ligt een sterke link met de revalidatie geneeskunde, fth zal hier een eigen autonome plaats moeten verwerven.
-

Genoemde scenario's voor het begeleiden van (specifieke) patiëntengroepen

1. Fysiotherapeuten krijgen een toenemende rol in het begeleiden van pre-operatieve patiënten ter voorkoming van co-morbiditeit.
 2. Klinische fysiotherapeut positioneert zich naast de dokter in de pre-klinische fase voor beslissingen/ screening t.a.v. de operatie die patiënt ondergaat.
 3. De fysiotherapeut krijgt een toenemende rol in het begeleiden van patiënten waarbij het dagelijks functioneren bedreigd wordt ten gevolge van hun gezondheidstoestand (vaak Multi morbiditeit).
 4. Fysiotherapeuten krijgen een toenemende rol in het begeleiden van patiënten met gewrichtstraumata ter voorkoming van kraakbeendegeneratie op de lange termijn.
 5. De asterspecialisten krijgen een toenemende rol als case-manager bij een verscheidenheid aan specifieke patiënten populaties (bijvoorbeeld de geriatrie-fysiotherapeut bij frailty of bij valpreventie)
 6. Fysiotherapeuten zouden bij diverse aandoeningen de rol als casemanager moeten krijgen.
-

Genoemde scenario's ten aanzien van de verandering van het vak fysiotherapie

1. Met de expertise van de fysiotherapeut van het bewegingsapparaat in relatie tot het dagelijks functioneren, krijgt de fysiotherapeut een belangrijke rol in het screenen, beoordelen en prognostiek van de functionele status ten gevolge van een medische diagnose (screening).
 2. De fysiotherapeut ontwikkelt zich tot een expert in klinisch redeneren op het gebied van het bewegend functioneren (kan op deel domeinen zijn kinderen, ouderen, musculoskelettaal, Parkinson) en is in staat de vragen van patiënten en collegae behandelaars te beantwoorden, kan prioriteiten leggen in de aanpak, adviseren en begeleiden en maakt gebruik van professionele netwerken.
 3. De fysiotherapeut ontwikkelt zich tot een academicus die meer nog dan nu eigen adequate en wetenschappelijk verantwoorde modellen ontwikkeld en ook verklarend onderzoek kan uitvoeren
 4. De fysiotherapeut kan binnen zijn competentiegebied een rol spelen bij voorschrijven van (eenvoudige) medicijnen zoals NSAIDs.
 5. Grenzen tussen de verschillende paramedische beroepen gaan vervagen en er ontstaat een ordening naar klachten/pathologieën/doelgroepen
 6. Het bieden van meer gebiedsgerichte zorg
 7. De patiënt en 'patient centered care' moeten nog meer geïntegreerd in de toekomstige fysiotherapeutische hulpverlening
 8. verkennen van de nieuwe plek in relatie tot ontwikkelingen in biomedische technologie en toepassingen in revalidatie, oncologische zorg en reconstructiegeneeskunde
 9. De advocaat van de duivel spelend: het kader fysiotherapie blijft jaarlijks groeien en daarom besluit een minister van VWS fysiotherapie toch weer onder het tariefstelsel te plaatsen en directe toegang terug te draaien.
 10. Fysiotherapeuten zullen selectiever worden wat betreft zorg en nazorg in het kader van de prestatiebeschrijvingen (zie NZa beleidsregel)
-

Bijlage 6: Antwoorden op de vraagstellingen in schema

Vraagstelling 1. Wat zijn de prioriteiten voor onderzoek binnen de fysiotherapie?

- Klinisch onderzoek

- **Klinisch onderzoek: Effectiviteit algemeen**

- Onderzoek naar de (lange termijn) effecten van fysiotherapeutische behandeling in verschillende domeinen van gezondheid, op verschillende uitkomstmaten (gezondheidsgedrag, fysiologie, ziekteprogressie, mortaliteit) en bij specifieke subgroepen van patiënten
- Onderzoek naar de (lange termijn) effecten van (preventieve) beweeginterventies bij (fysiotherapeutisch) relevante doelgroepen en/of (chronische) aandoeningen
- Onderzoek naar determinanten van herstel; van daaruit definiëren van therapieën en onderzoek naar duur, timing en intensiteit, gevolgd door onderzoek naar lange termijn effecten
- Onderzoek naar effecten van multidisciplinaire behandeling in verschillende domeinen van gezondheid, op verschillende uitkomstmaten (gezondheidsgedrag, fysiologie, ziekteprogressie, mortaliteit) en bij specifieke subgroepen van patiënten
- Onderzoek naar effectiviteit van fysiotherapie gericht op behoud van functionaliteit/ADL i.p.v. genezing

- **Klinisch onderzoek: Effectiviteit specifiek**

- Onderzoek naar het effect van fysiotherapeutische interventie bij artroseklachten aan heup en knie in relatie tot het voorkomen en/of uitstellen van knie en heupprothesen

- **Klinisch onderzoek: identificatie subgroepen**

- Onderzoek naar identificatie van subgroepen (o.b.v. prognostische-, fysieke, psychosociale- en omgevingsfactoren) waarmee kan worden bepaald of, hoeveel en welke vorm van fysiotherapie zij nodig hebben, en waarmee het effect van interventies beter kan worden onderzocht

- **Klinisch onderzoek: Bewegen/leefstijl**

- Onderzoek naar vormen van beweegstimulering die subgroepen nodig hebben om tot langdurig meer bewegen/gezondere leefstijl te komen, met aandacht voor aandoeningsgerelateerde, persoonlijke en omgevingsfactoren + kosteneffectiviteitsbepaling
- Onderzoek naar de rol, meerwaarde en kosteneffectiviteit van de fysiotherapeut als coach voor bevordering van de gezonde leefstijl van patiënten of personen met een verhoogd risico op klachten of aandoeningen (ter preventie)

- **Klinisch onderzoek: Optimale frequentie/inhoud interventies**

- **Klinisch onderzoek: Chronische aandoeningen**

- Onderzoek naar de betekenis van fysiotherapie bij zelfmanagement, met name bij patiënten met een chronische aandoening
- Onderzoek naar innovatie/verbreding van onderzoeksmethoden omdat fysiotherapeutisch onderzoek mogelijk niet alleen gediend is met het paradigma van de RCT (Item behorend bij Klinisch onderzoek: Methodologie)

- **Gezondheidszorgonderzoek: Kosteneffectiviteit algemeen**

- Onderzoek naar de ontwikkeling van onderzoeksmethoden waarbij fysiotherapie wordt beoordeeld op haar economische waarde in vergelijking met andere vormen van zorg in het kader van substitutie van zorg
- Onderzoek naar kosteneffectiviteit van fysiotherapie t.o.v. meer ingrijpende behandelmethode(n) (bijvoorbeeld operatie)

- **Gezondheidszorgonderzoek: Kosteneffectiviteit specifiek**

- Onderzoek naar kosteneffectiviteit van verplaatsing van fysiotherapeutische instellingszorg (ziekenhuis, revalidatie, etc.) naar de thuissituatie
- Onderzoek naar kosteneffectiviteit van fysiotherapie op afstand (home based programma's, telezorg) bijvoorbeeld ter motivatie en/of aanpassingen van reeds ingezette behandelingen

- **Beroepsontwikkeling: Multidisciplinaire samenwerking**

Vraagstelling 2a: Wat zijn de mogelijke toekomstscenario's binnen het vakgebied van de fysiotherapie	Vraagstelling 2b: Welke onderzoeksvragen zijn relevant in het kader van deze toekomstscenario's
1. Toenemende rol in het begeleiden van een gezonde leefstijl Fysiotherapeuten krijgen een toenemende rol in het begeleiden van (gezonde) mensen in het aannemen en handhaven van een gezonde leefstijl. Fysiotherapeuten krijgen een toenemende rol ('counselor') in de primaire, secundaire en tertiaire preventie van aan beweging en fysieke fitheid gerelateerde gezondheidsproblemen. In het kader hiervan kan de fysiotherapeut een rol vervullen bij het afnemen van gezondheidsscans (eventueel inspanningstest) bij mensen met een verhoogd gezondheidsrisico, zoals ouderen (met een verhoogd valrisico), mensen met arbeidsgelateerde klachten, obesitas, verhoogd risico op hart- en vaatandoeningen, chronische aandoeningen, etc.	1. Onderzoek of fysiotherapeuten in staat zijn mensen tot langdurige gedragsverandering te bewegen; zijn fysiotherapeuten goede counselors en wat verstaan zij precies onder leefstijl(verandering)? 2. Opstellen van risicoprofielen voor welke mensen dit soort begeleiding zinvol zou zijn. 3. Onderzoeken van de kosteneffectiviteit van fysiotherapie versus fitness 4. Onderzoek naar hoe dit in de opleiding moet worden gebracht? Fysiotherapeuten moeten daar aanvullende vaardigheden voor leren, zijn nu nog onvoldoende als 'gedragstherapeut' opgeleid.
2. Toename van multidisciplinaire samenwerking Fysiotherapeuten (al dan niet gespecialiseerd en werkzaam in de eerste/tweede lijn) gaan multidisciplinaire samenwerking aan in zorgprogramma's/zorgketens voor specifieke patiëntengroepen en patiënten met specifieke aandoeningen (genoemd worden mensen met comorbiditeit, pre-operatieve patiënten, gewrichtstraumata, frail elderly (o.a. valpreventie)). De fysiotherapeuten dienen zich te profileren, zowel ten opzichte van andere disciplines als richting cliënt, zodat zij eventueel ook de rol van regisseur of case manager in een multidisciplinaire samenwerking kunnen vervullen.	1. Allereerst dient een gezamenlijke visie (ten aanzien van o.a. diagnostiek en behandeling) te worden opgesteld met alle betrokken disciplines die breed wordt (uit)gedragen, ook naar patiënt toe, zodat deze geen verschillende adviezen krijgt. Deze visie kan eenvoudig zijn en bij relatief eenvoudige aandoeningen bepaalde afspraken omvatten, maar bij patiënten met meer complexe aandoeningen (chronische pijn bijvoorbeeld) zal de visie ook complexer zijn. 2. Er moeten assessment instrumenten (patiënt centred) worden samengesteld (of ontwikkeld) om de zorgvraag te bepalen en vast te stellen welke zorg nodig is. 3. Vervolgens moet het proces worden gemonitord: verloopt de zorg nu volgens de vastgestelde visie? 4. Als laatste stap zou (kosten)effectonderzoek moeten worden uitgevoerd, bijvoorbeeld mono versus multidisciplinaire behandeling.
3. Toename home based programma's Fysiotherapeutische behandeling kent minder face to face consulten en een deel van de behandeling bestaat uit een home based programma, onder uiteenlopende wijze en mate van supervisie (eventueel webbased of via domotica), afhankelijk van patiëntengroep/patiëntkarakteristieken.	1. Onderzoek naar de verwachtingen en wensen ten aanzien van e-health, van zowel zorgaanbieders als patiënten. Vragen als hoe een dergelijk programma er uit moet zien, hoe informatie het beste kan worden overgebracht bij verschillende groepen (hoog/laag opgeleid, hoge/lage SES, mate van taalbeheersing, etc.), en hoe het programma voor verschillende groepen aantrekkelijk is en blijft zijn daarbij van belang. 2. Onderzoek naar hoe therapietrouw kan worden bevorderd. 3. Gerandomiseerd effect onderzoek waarin drie groepen worden vergeleken: fysiotherapie, e-health en fysiotherapie plus e-health.

Bijlage 7: Inventarisatie onder specialistenverenigingen

1 Aanleiding aanvullend onderzoek onder specialistenverenigingen

Het WCF vond de in dit onderzoek gevonden onderzoeksprioriteiten (te) algemeen om in te kunnen zetten voor beleid. In een vergadering op 27 juni 2012 hebben de onderzoekers van het NIVEL en het WCF van gedachten gewisseld hoe de onderzoeksprioriteiten meer focus zouden kunnen krijgen. In de VS en UK werden in 2010/2011 onderzoeksprioriteiten geformuleerd binnen verschillende panels van experts, ingedeeld naar specifieke deskundigheid. Gebaseerd op dit onderzoek heeft het NIVEL voorgesteld om de lijst met de hoogst scorende onderzoeksprioriteiten aan de 12 verschillende specialisten verenigingen binnen de fysiotherapie in Nederland voor te leggen. Dit biedt de mogelijkheid het draagvlak van de gevonden prioriteiten te peilen en geeft de specialistenverenigingen gelegenheid om gemiste specifieke onderzoeksprioriteiten aan te dragen. In deze bijlage worden de methoden, en resultaten van dit aanvullende onderzoek weergegeven. Daarnaast had het WCF behoefte aan een analyse van de leerpunten uit deze studie, welke ook in deze bijlage worden weergegeven.

1.1 Methoden

Aan iedere specialistenvereniging is in het najaar van 2012 gevraagd om de lijst met (28) hoogst scorende prioriteiten door te nemen en aan te geven of:

- a) de vereniging zich kan vinden in deze lijst van prioriteiten
- b) de vereniging binnen deze lijst van prioriteiten een top 3 kan aanbrengen
- c) de vereniging nog onderwerpen mist als onderzoeksprioriteit, waarbij maximaal 3 onderwerpen konden worden aangegeven

De hoogst scorende (28) prioriteiten zijn die onderzoeksonderwerpen waarvan minimaal 75% van de respondenten vond dat deze prioriteit hadden. Deze prioriteiten (en overige genoemde onderzoeksonderwerpen) worden weergegeven in bijlage 3 op pag. 57 van het rapport.

Het versturen van de mailing is verzorgd door het WCF, die ook de antwoorden in ontvangst heeft genomen.

1.2 Resultaten

Van de 12 aangeschreven specialisten verenigingen hebben er zes de vragen (deels) beantwoord. Dit waren de Nederlandse Vereniging van Revalidatie Fysiotherapeuten (NVRF), de Nederlandse Vereniging van Manuele Therapie (NVMT), Nederlandse Vereniging van Fysiotherapeuten voor Verstandelijk Gehandicapten (NVFVG), Nederlandse Vereniging voor Orofaciale Fysiotherapie (NVOF), Nederlandse Vereniging voor Kinderfysiotherapie (NVFK), Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuis

Fysiotherapie (NVZF). Van de overige specialistenverenigingen is geen reactie ontvangen.

Vijf van deze zes specialisten verenigingen zeggen zich te kunnen vinden in de gepresenteerde lijst met onderzoeksprioriteiten, de NVZF heeft deze vraag niet beantwoord (Tabel 1). De genoemde top 3 verschilt per vereniging, vijf onderwerpen worden twee keer in de top 3 geplaatst. Twee verenigingen, de NVRF en de NVFVG missen geen specifieke onderwerpen. De NVMT zegt wel onderwerpen te missen die gericht zijn op de verschillende specialisaties, maar benoemt deze gemiste onderwerpen helaas niet specifiek. De NVOF en NVFK hebben beiden één of meer onderwerpen aangevuld. De NVZF heeft deze vraag niet beantwoord.

Uit de resultaten van het aanvullend onderzoek kan worden afgeleid dat er bij de specialistenverenigingen draagvlak bestaat voor de gevonden prioriteiten. Er wordt slechts een beperkt aantal specifieke aanvullingen gegeven. In tabel 1 worden de antwoorden op de vragen per specialistenvereniging weergegeven.

Tabel 1. Antwoorden per specialistenvereniging

Vereniging	Eens?	Top 3	Gemiste onderwerpen?
NVRF	Ja	Onderzoek naar effecten van multidisciplinaire behandeling in verschillende domeinen van gezondheid, op verschillende uitkomstmaten (gezondheidsgedrag, fysiologie, ziekteprogressie, mortaliteit) en bij specifieke subgroepen van patiënten Onderzoek naar de betekenis van fysiotherapie bij zelfmanagement, m.n. bij patiënten met chronische aandoening Onderzoek naar het ontwikkelen van een standaard, beperkte en valide coreset van in de klinische praktijk eenvoudig toepasbare meetinstrumenten (diagnostisch, evaluatief en o.b.v. de ICF) met normgegevens en per aandachtsgebied (generieke en ziektespecifiek)¹	Geen
NVMT	Ja	Subcategorie: Klinisch onderzoek, effectiviteit algemeen¹ Subcategorie: Klinisch onderzoek, optimale frequentie/inhoud interventies Subcategorie: Gezondheidszorgonderzoek, kosteneffectiviteit algemeen	Ja, maar niet gespecificeerd
NVFVG	Ja	Onderzoek naar effectiviteit van fysiotherapie gericht op behoud van functionaliteit/ADL i.p.v. genezing¹ Onderzoek naar vormen van beweegstimulering die subgroepen nodig hebben om tot langdurig meer bewegen/gezondere leefstijl te komen, met aandacht voor aandoeningsgerelateerde, persoonlijke en omgevingsfactoren + kosteneffectiviteitsbepaling Subcategorie: Klinimetrie, inperken van aantal meetinstrumenten¹	Geen
NVOF	Ja	Subcategorie: Klinisch onderzoek, effectiviteit algemeen¹ Subcategorie: Klinimetrie, inperken van aantal meetinstrumenten¹ Subcategorie: Gezondheidszorg-	Ontwikkelen van nieuwe fysiotherapeutische behandelingen

		onderzoek, kosteneffectiviteit specifiek	
NVFK	Ja	Onderzoek naar identificatie van subgroepen (o.b.v. prognostische-, fysieke, psychosociale- en omgevingsfactoren) waarmee kan worden bepaald of, hoeveel en welke vorm van fysiotherapie zij nodig hebben, en waarmee het effect van interventies beter kan worden onderzocht Onderzoek naar de (lange termijn) effecten van fysiotherapeutische behandeling in verschillende domeinen van gezondheid, op verschillende uitkomstmaten (gezondheidsgedrag, fysiologie, ziekteprogressie, mortaliteit) en bij specifieke subgroepen van patiënten¹ Onderzoek naar de ontwikkeling van onderzoeksmethoden waarbij fysiotherapie wordt beoordeeld op haar economische waarde in vergelijking met andere vormen van zorg in het kader van substitutie van zorg	1. Translationeel onderzoek, waarbinnen de fysiotherapie-onderzoeker zich bezig houdt met onderzoek van “bench naar bed”, funderend onderzoek voor klinisch toepassingen 2. Ontwikkelingsgerichte zorg, het gebied waarin gedragswetenschappelijke kennis en bewegingswetenschappelijke kennis in samenhang worden toegepast om tot optimale ontwikkelingskansen te komen bij in hun ontwikkeling bedreigde personen (kinderen). Dus meer multimodale interventies dan multidisciplinaire interventies 3. Ontwikkelingsgerichte klinimetrie ten behoeve van fysiotherapeutisch specialisme (hier kinderfysiotherapie)
NVZF	Niet beantwoord	Onderzoek naar de (lange termijn) effecten van fysiotherapeutische behandeling in verschillende domeinen van gezondheid, op verschillende uitkomstmaten (gezondheidsgedrag, fysiologie, ziekteprogressie, mortaliteit) en bij specifieke subgroepen van patiënten¹ Onderzoek naar effectiviteit van fysiotherapie gericht op behoud van functionaliteit/ADL i.p.v. genezing¹ Onderzoek naar het ontwikkelen van een standaard, beperkte en valide coreset van in de klinische praktijk eenvoudig toepasbare meetinstrumenten (diagnostisch, evaluatief en o.b.v. de ICF) met normgegevens en per aandachtsgebied (generieke en ziektespecifiek)¹	Niet beantwoord

1. onderwerp is door twee specialistenverenigingen in de top3 geplaatst