

**Evidence-based practice bij kinesitherapeuten in Vlaanderen:
Een cross-sectioneel surveyonderzoek**

Opgesteld volgens de richtlijnen van 'Physiotherapy Theory and Practice' van Informa Healthcare:
http://informahealthcare.com/userimages/ContentEditor/1344250773003/Physiotherapy_Theory_and_Practice_IFAs_Aug_2012.pdf

WOORD VOORAF

Dit onderzoek werd uitgevoerd voor een masterproef, die deel uit maakt van de masteropleiding Revalidatiewetenschappen en Kinesithérapie aan de Universiteit Hasselt. Dit onderzoek is geen experimenteel onderzoek, zoals de traditionele masterproeven, omdat de bruikbaarheid van evidence-based summaries bij kinesitherapeuten in de huidige kinesitherapeutische praktijk in kaart gebracht zal worden. Dit zal tot stand komen door middel van het uitsturen van een zelf opgestelde vragenlijst naar Vlaamse kinesitherapeuten.

Deze masterproef maakt deel uit van een project van EBMPPracticeNet en ondersteunt op een samenwerking tussen Universiteit Hasselt, CEBAM¹ en WVVK². Graag willen we dan ook onze promotor Prof. Dr. Raf Meesen, en de co-promotor Dr. Stijn Van de Velde en externe promotor Fons De Schutter bedanken voor hun tijd en energie, de goede begeleiding en de aangename samenwerking.

Kinrooi, 10 juni 2015

R.L.

Bree, 10 juni 2015

L.V.

SITUERING

Deze masterproef maakt deel uit van de tweejarige masteropleiding Revalidatiewetenschappen en Kinesithérapie aan de Universiteit Hasselt. Dit is het tweede deel van een tweedelige masterproef, lopend over twee academiejaren. Het onderwerp van deze masterproef, Evidence-Based Practice (EBP) in de kinesithérapie, draagt bij tot een verbetering van de kwaliteit van kinesitherapeutische interventies in de dagelijkse praktijk. Dit onderzoek loopt parallel met de masterproef van Timen Frans³, waardoor we samen trachten de toepassing van EBP in de kinesitherapeutische praktijk te faciliteren door middel van evidence-based summaries. Dit is een voortzetting van de masterproef met als titel 'Het verspreiden van effectieve kinesitherapeutische interventies – een analyse van de relevantie en bruikbaarheid van een gecomprimeerde databank van evidence-samenvattingen', die in het kader van de opleiding Revalidatiewetenschappen en Kinesithérapie opgesteld werd door Elisabeth Claes en Carl Jans in 2013.

Dit observationeel onderzoek is een cross-sectioneel surveyonderzoek bij Vlaamse kinesitherapeuten. Omdat het afwijkt van klassieke onderzoeken, is de inhoudelijke opbouw gebaseerd op de STROBE Statement voor cross-sectionele surveys. STROBE is een internationaal samenwerkingverband van epidemiologen, methodologen, statistici, onderzoekers en redacteurs van journals die betrokken zijn bij de uitvoering en de verspreiding van observationele studies. Hun doel is de rapportage van observationele studies te versterken. Om dit te realiseren hebben ze richtlijnen en checklisten voorzien, waar onderzoekers zich aan kunnen houden tijdens het beschrijven van hun studie.

De totstandbrenging van deze masterproef, die deel uit maakt van het project van EBMPPracticeNet, steunt op een samenwerking tussen Universiteit Hasselt (promotor Prof. Dr. Raf Meesen), CEBAM (co-promotor Dr. Stijn Van de Velde) en WVVK (externe promotor Fons De Schutter).

Het Belgische competentieprofiel⁴ voor afgestudeerde kinesitherapeuten beschrijft dat kinesitherapeuten actief betrokken moeten zijn bij onderzoek en EBP. EBP kan gedefinieerd worden als "de integratie van de best beschikbare externe onderzoeksbevindingen samen met individuele klinische expertise en de voorkeuren van de patiënt" (Bernhardsson & Larsson, 2013). Het is een onderdeel van de kinesithérapie dat steeds belangrijker wordt en waar steeds meer aandacht aan besteed wordt, door de groeiende bewustwording van het effect van EBP. Volgens Bernhardsson en Larsson (2013) zorgt EBP voor een verbetering van de kwaliteit van de zorg en de behandelingsinterventies.

EBMPPracticeNet is een databank waar zorgverstrekkers gratis up-to-date richtlijnen en andere gevalideerde evidentie kunnen raadplegen. Elke richtlijn wordt op deze databank aangeboden in de vorm van een evidence-based summary. Deze summaries bevatten de belangrijkste implicaties voor een behandeling en zijn gelinkt aan bijhorende literatuur, in de vorm van richtlijnen of reviews. Per summary is er ook een weergave van de level of evidence (LOE) zodat de gebruiker van de databank in een oogopslag kan zien welke kwaliteit deze heeft. Een voorbeeld van een evidence-based summary kan u in bijlage 1 (Voorbeeld evidence-based summary) terug vinden.

Alle evidence-based summaries werden tijdens masterproef deel 1⁵ gescreend op relevantie voor kinesitherapie omdat EBMPpracticeNet tot op heden enkel door artsen gebruikt wordt. Na deze screening werd duidelijk dat de databank ook relevante informatie voor kinesitherapeuten bevat. Daarom kan deze databank op termijn gezien worden als een strategie om het gebruik van EBP bij kinesitherapeuten te faciliteren. Deze databank is een snelle en betrouwbare bron van evidentie. In dit tweede deel van onze masterproef trachten we suggesties te doen om EBMPpracticeNet te verbeteren om zo de toepassing van EBP in het dagelijks functioneren van de Vlaamse kinesitherapeut te faciliteren.

Toepassing van EBP in de dagelijkse praktijk is helaas niet altijd even evident. Verschillende barrières omtrent de toepassing van EBP werden gerapporteerd in voorafgaand onderzoek. Kinesitherapeuten in België baseren hun behandeling eerder op hun eigen praktijkervaring, routine en de mening van experts dan op evidentie uit literatuur (Hannes, Staes, Goedhuys & Aertgeerts, 2009). In België is onderzoek omtrent de barrières en attitudes van EBP bij kinesitherapeuten miniem. Om de verschillende barrières en huidige attitudes en gebruik van EBP in kaart te brengen, werd er in masterproef deel 1 een vragenlijst ontwikkeld die deze aspecten omtrent EBP bevroegde. Dit tweede deel van de masterproef zal verder ingaan op de resultaten van deze vragenlijst.

De vragenlijst uit deel 1 werd nog verder aangepast en er werd een extra deel toegevoegd om de bruikbaarheid van de evidence-based summaries na te gaan. Dit deel werd toegevoegd in het kader van de masterproef van Timen Frans. Hij zal een analyse maken van de bruikbaarheid van evidence-based summaries bij kinesitherapeuten, om zo na te gaan op welke manier EBMPpracticeNet meer bruikbaar gemaakt kan worden voor de kinesitherapie.

Met de resultaten van deze vragenlijst kan de databank EBMPpracticeNet aangepast en geoptimaliseerd worden, zodat het gebruik ervan bij kinesitherapeuten gestimuleerd wordt. Met het uitbouwen van deze strategie helpen we om de barrières omtrent het gebruik van EBP in de kinesitherapie te overbruggen en dit zorgt voor een betere toepassing van EBP in de dagelijkse praktijk. Een betere toepassing van EBP kan zorgen voor een stijging van de kwaliteit van de toegediende zorg en behandelingsuitkomsten.

Het abstract, de inleiding, de methodologie, de discussie en bijlage 7 werden in een eerste versie neergeschreven door onderzoeker 1, Rianne Linssen. De onderzoeksvraag, de resultaten, de conclusie, de referentielijst en bijlagen 1 tot en met 6 werden in een eerste versie uitgeschreven door onderzoeker 2, Lynn Verstraeten. Al deze eerste versies werden veelvuldig herschreven door beide onderzoekers. De vragenlijst (bijlage 2) en de e-mail uitnodiging (bijlage 4) werden door beide onderzoekers opgesteld in de loop van de studie. Bijlage 5, 6 en 7 zijn het resultaat van de dataverwerking die door beide onderzoekers gebeurd is.

**Evidence-based practice bij kinesitherapeuten in Vlaanderen:
Een cross-sectioneel surveyonderzoek**

INHOUD

Abstract	7
Inleiding	9
Onderzoeksvraag	13
Materiaal en methodes	15
Resultaten	19
Discussie	25
Conclusie	31
Referentielijst	33
Voetnoten	35
Bijlagen	- 1 -
Bijlage 1: Voorbeeld evidence-based summary	- 1 -
Bijlage 2: Vragenlijst	- 2 -
Bijlage 3: Flowchart methodologie MP deel 1 en deel 2	- 11 -
Bijlage 4: E-mail uitnodiging voor deelname aan onderzoek	- 13 -
Bijlage 5: Resultaten vragenlijst	- 14 -
Bijlage 6: Analyse vraag 25	- 55 -
Bijlage 7: Kinesitherapeutische domeinen	- 56 -
Bijlage 8: Analyse vraag 26	- 66 -

ABSTRACT

Inleiding: Het belang van evidence-based practice (EBP) in de kinesitherapie is de laatste decennia enorm toegenomen. Om de kloof tussen evidentie in de literatuur en het dagelijks kinesitherapeutisch functioneren te overbruggen, zijn strategieën nodig om EBP te faciliteren. Om dergelijke strategieën uit te bouwen is het voornamelijk de huidige attitudes, gedrag en barrières bij Vlaamse kinesitherapeuten te bevragen.

Doel: Attitudes, gedrag en barrières omtrent EBP bij Vlaamse kinesitherapeuten in kaart brengen.

Methode: 3500 Vlaamse kinesitherapeuten werden online uitgenodigd om de vragenlijst in te vullen. Descriptieve statistische analyse gebeurde met het programma surveymonkey. Open vragen werden door twee onderzoekers onafhankelijk geanalyseerd.

Resultaten: 309 kinesitherapeuten vullde de vragenlijst (8,83%). De algemene attitudes omtrent EBP en richtlijnen werden positief bevonden. Tijd inbeslagname en gebrek aan toegang tot evidence-based richtlijnen verhinderen de toepassing van EBP.

Limitaties: De betrouwbaarheid van de vragenlijst werd niet nagegaan. Data was zelf-gerapporteerd waardoor de kans op oneerlijkheid groot is. Door het lage responsaantal zijn de resultaten niet generaliseerbaar.

Conclusie: Volgens de kinesitherapeuten zijn slechte toegang tot richtlijnen en de tijd inbeslagname de grootste werkpunten. De zoektocht naar informatie gebeurt voornamelijk via het internet en dit op verschillende websites die hier niet altijd geschikt voor zijn. Er is duidelijk nood aan een makkelijk bruikbare online databank zoals EBMPpracticeNet.

INLEIDING

De laatste twee decennia is onderzoek in de kinesitherapie sterk toegenomen (Bernhardsson et al, 2014). Ondanks deze sterke groei wordt wetenschappelijk onderzoek, of met andere woorden EBP, nog steeds te weinig toegepast in de dagdagelijkse praktijk. EBP kan gedefinieerd worden als “de integratie van de best beschikbare externe onderzoeksbevindingen samen met individuele klinische expertise en de voorkeuren van de patiënt” (Bernhardsson & Larsson, 2013). Volgens dit onderzoek van Bernhardsson en Larsson (2013) is er ook een sleutelrol weggelegd voor EBP bij de verbetering van de kwaliteit van kinesitherapeutische behandelingen. Het beroepscompetentieprofiel van de Belgische kinesitherapeut benadrukt het belang van EBP in de kinesitherapie. Vanaf het moment dat kinesitherapeuten afgestudeerd zijn, wordt er een actieve betrokkenheid bij onderzoek verwacht. Er wordt ook nadruk gelegd op de toepassing van EBP in hun dagelijkse praktijk.

Om de bestaande kloof tussen de evidentie in de literatuur en de integratie van literatuur in de praktijk te overbruggen, is het noodzakelijk om te weten welke barrières zich hierbij voordoen. Op deze manier kan EBP -al dan niet- succesvol geïntegreerd worden in de kinesitherapeutische praktijk. Door inzicht te verwerven in de mogelijke obstakels omtrent de toepassing van EBP, kunnen bestaande strategieën aangepast worden of nieuwe strategieën ontwikkeld worden. Deze strategieën hebben als doel het gebruik van EBP te faciliteren in de dagelijkse kinesitherapeutische praktijk.

In België zijn er nog geen grootschalige observationele studies gebeurd omtrent het thema EBP. Er is tot nu toe één studie waarin men een kleine groep kinesitherapeuten in Vlaanderen interviewde. In dit onderzoek van Hannes, Staes, Goedhuys & Aertgeerts (2009) werden drie belangrijke barrières aan het licht gebracht:

- 1) Discipline-gerelateerde problemen op het vlak van expertise en een gebrek aan autonomie en autoriteit bij het uitoefenen van het beroep (superieure positie arts, voorschrift);
- 2) De toegankelijkheid, weergave en toepassing van evidentie in de praktijk;
- 3) De medewerking van partners in de zorgsector: overheid, artsen en patiënten.

In het buitenland werden er reeds meerdere surveyonderzoeken uitgevoerd bij kinesitherapeuten omtrent dit thema. De drie meest gerapporteerde barrières in deze studies zijn:

- 1) Tijdgebrek;
- 2) Slechte toegankelijkheid tot literatuur;
- 3) Gebrek aan specifiek onderzoek naar bepaalde kinesitherapeutische interventies.

Deze zelf-gerapporteerde barrières uit eerder surveyonderzoek worden in verloop van dit artikel uitgebreid besproken.

Naast de barrières hebben de attitudes van kinesitherapeuten ten opzichte van EBP ook een belangrijke invloed op de effectieve toepassing van EBP. Deze attitudes geven aan hoe belangrijk EBP voor een kinesitherapeut is. Hoe meer belang er aan EBP gehecht wordt hoe meer gemotiveerd de kinesitherapeut is om actief EBP toe te passen in zijn dagelijkse praktijk. De attitudes van

kinesitherapeuten ten opzichte van EBP worden in verschillende, eerder uitgevoerde studies als positief beschreven (Jette et al, 2003; Grimmer-Somers et al, 2007; Bernhardsson & Larsson, 2013).

Door het eerder aangehaalde tekort aan grootschalig onderzoek naar EBP bij Belgische kinesitherapeuten, werd er in het eerste deel van deze masterproef een vragenlijst ontwikkeld die de huidige attitudes en barrières omtrent EBP bij kinesitherapeuten in Vlaanderen in kaart brengt. Volgens het onderzoek van Wallace, Nwosu & Clarke in 2012 kunnen barrières en facilitatoren gebruikt worden als uitgangspunt bij het ontwikkelen van strategieën. Dus in dit tweede deel worden de resultaten van deze vragenlijst geanalyseerd om zo uiteindelijk de databank EBMPPracticeNet te optimaliseren.

EBMPPracticeNet is een databank die gratis up-to-date evidence-based summaries aanbiedt, om EBP te faciliteren (Van de Velde et al, 2013). Deze databank wordt reeds gebruikt door artsen. In masterproef deel 1 werden alle beschikbare summaries van deze databank gescreend op basis van relevantie voor de kinesitherapie. Er kon geconcludeerd worden dat EBMPPracticeNet relevante informatie bevat voor kinesitherapeuten en dus ook verder ontwikkeld kan worden tot een bron van evidence-based literatuur voor kinesitherapeuten.

Het doel van de verdere ontwikkeling van de EBMPPracticeNet voor kinesitherapeuten is het creëren van een effectieve strategie ter bevordering van de toepassing van EBP. Hiervoor moet de databank niet enkel relevante literatuur bevatten maar ook bruikbare summaries. In de masterproef van Elisabeth Claes en Carl Jans (2013)⁶ wordt beschreven dat een evidence-based summary bruikbaar is voor kinesitherapeuten als de kinesitherapeut rechtstreeks aan de slag kan met de gevonden informatie. Ze hebben ook vermeld dat een summary, waarin de modaliteit en minstens drie interventieparameters beschreven werden, als bruikbaar werd beschouwd voor de kinesitherapeut.

Deze omzetting van de literatuur naar de praktijk wordt door Campos, Beckenkamp & Moseley (2013) omschreven in een vijf stappen proces:

- 1) Het formuleren van overeenstemmende vragen met de nodige informatie;
- 2) Het hanteren van de best mogelijke evidentie;
- 3) Kritisch tegenover evidentie staan;
- 4) De evidentie kunnen integreren met de klinische expertise en de patiënt;
- 5) Het evalueren van de effectiviteit van het doorgelopen proces en de efficiëntie verbeteren voor de volgende keer.

Deze vijf stappen worden beïnvloed door de mogelijke attitudes en barrières van kinesitherapeuten, en zo wordt het belang van het in kaart brengen van deze factoren nogmaals benadrukt.

In een aantal studies zijn verschillende andere strategieën ontwikkeld en onderzocht tijdens de zoektocht naar de 'ideale' strategie om de overdracht van de literatuur naar de praktijk te faciliteren. Enkele van deze studies geven aan dat samenvattingen van evidentie een goede strategie is om EBP te faciliteren en er werd ook aangetoond dat actieve strategieën effectiever zijn dan passieve strategieën (Menon et al, 2009; Boaz, Baeza & Fraser, 2011; Wallace, Byrne & Clarke, 2014). Wallace, Nwosu & Clarke (2012) pleiten voor meer inspanningen en promotie van samenvattingen van evidentie en

rapporteren dat evidentie het best kan worden weergegeven in een makkelijk te interpreteren vorm. Tevens zorgt het toevoegen van een 'take-home message' aan de evidentie voor een betere opname van de informatie door de zorgverstreker volgens Wallace, Byrne & Clarke (2014).

ONDERZOEKSVRAAG

Het doel van dit tweede deel van de masterproef is om via de vragenlijst, ontwikkeld in masterproef deel 1, een beeld te krijgen over de toepassing van evidence-based practice in de huidige kinesitherapeutische praktijk in Vlaanderen. Zo kunnen er uiteindelijk suggesties gemaakt worden om de databank EBMPPracticeNet te optimaliseren zodat deze zich verder kan ontwikkelen als een goede strategie om het toepassen van EBP bij kinesitherapeuten te faciliteren.

We willen dus een antwoord krijgen op de vraag: Wat zijn de mogelijke barrières, attitudes en het gedrag van Vlaamse kinesitherapeuten omtrent EBP en klinische richtlijnen?

MATERIAAL EN METHODES

Studie design

Dit observationeel onderzoek is een cross-sectioneel surveyonderzoek bij kinesitherapeuten te werk gesteld in Vlaanderen.

Ontwikkeling vragenlijst

In het voorafgaand deel, masterproef 1, werd de vragenlijst ontwikkeld. Deze ontwikkeling steunt op een bestaande vragenlijst die gebruikt werd in de studie van Bernhardsson & Larsson (2013). Na een literatuurresearch op de databank PubMed werd de methodologische kwaliteit van deze studie, in samenspraak de promotoren, verkozen boven de methodologie van zes andere uitgevoerde surveyonderzoeken. Tabel 1 geeft de zeven eerder uitgevoerde surveyonderzoeken omtrent EBP weer.

Tabel 1.
Eerder uitgevoerde surveyonderzoeken omtrent EBP.

Titel	Auteur(s)	Jaar
Measuring evidence-based practice in physical therapy: translation, adaptation, further development, validation, and reliability test of a questionnaire.	Bernhardsson S, Larsson ME.	2013
Attitudes and opinions of evidence-based practice among hand therapists: a survey study.	Valdes K, Von der Heyde R.	2012
Evidence-based practice: attitudes, knowledge and behaviour among allied health care professionals.	Heiwe S, Kajermo KN, Tyni-Lenné R, Guidetti S, Samuelsson M, Andersson IL, Wengström Y.	2011
Perspectives on research evidence and clinical practice: a survey of Australian physiotherapists.	Grimmer-Somers K, Lekkas P, Nyland L, Young A, Kumar S.	2007
Evidence based practice: a survey of physiotherapists' current practice.	Iles R, Davidson M.	2006
Do evidence-based guidelines have an impact in primary care? A cross-sectional study of Swedish physicians and physiotherapists.	Overmeer T, Linton SJ, Holmquist L, Eriksson M, Engfeldt P.	2005
Evidence-based practice: beliefs, attitudes, knowledge, and behaviors of physical therapists.	Jette DU, Bacon K, Batty C, Carlson M, Ferland A, Hemingway RD, Hill JC, Ogilvie L, Volk D.	2003

De vragenlijst werd onafhankelijk vertaald van het Engels naar het Nederlands door de twee onderzoekers (R.L., L.V.). Beide vertaalde vragenlijsten werden samengevoegd tot één vragenlijst en bij twijfel over mogelijke vertalingsfouten werd er consensus gevormd tussen de twee onderzoekers. Van de uiteindelijke vertaalde vragenlijst werden vragen verwijderd, toegevoegd en aangepast zodat de vragenlijst meer aan de Belgische context voldeed. Twee promotoren (Prof. Dr. Raf Meesen en Dr. Stijn Van de Velde) gaven onafhankelijk van elkaar feedback. De finale versie van de aangepaste vragenlijst werd terug vertaald naar het Engels door een onafhankelijke derde (student leraar Engels) en vergeleken met de originele vragenlijst uit Bernhardsson & Larsson (2013) om abnormaliteiten op te sporen. Er werden geen abnormaliteiten gevonden.

In dit tweede deel van de masterproef werd er begonnen met een toevoeging van twee extra delen aan de vragenlijst. Deze delen dienen om de bruikbaarheid van evidence-based summaries na te gaan. Ze werden opgesteld door Timen Frans en bevatten een zelf opgestelde casus en een hierbij horend voorbeeld van een evidence-based summary. Verdere toelichting over dit deel kan teruggevonden worden in de masterproef van deze student.

Om de content validiteit na te gaan, werd de vragenlijst voorgelegd aan twee experts (Prof. Dr. Raf Meesen en Dr. Stijn Van de Velde) in het vakgebied. Er werden kleine aanpassingen doorgevoerd door consensusvorming tussen deze twee experts en de twee onderzoekers (R.L., L.V.).

Vervolgens werd een 'pilot-versie' van de vragenlijst ingevuld door tien Vlaamse kinesitherapeuten. Het waren kinesitherapeuten uit de directe omgeving van de drie onderzoekers (T.F., R.L., L.V.). Deze personen werden mondeling of via e-mail benaderd om de vragenlijst in te vullen en hun feedback te geven. De feedback kon gaan over de tijd inbeslagname, de interpretatie van de vragen, het niet willen antwoorden op bepaalde vragen en de suggestiviteit van de vragen. Na deze pilot werden er enkele vragen aangepast en geschrapt om de afnametijd te reduceren.

De finale versie van de vragenlijst, die terug te vinden is in bijlage 2 (Vragenlijst), bevat 5 delen:

- 1) Persoonlijke- en demografische informatie (10 vragen);
- 2) Bevraging over de attitudes omtrent, het gebruik van en de voor- en nadelen van evidence-based practice (10 vragen);
- 3) Bevraging over de attitudes tegenover en het gebruik van klinische richtlijnen (7 vragen);
- 4) Bevraging over een zelfopgestelde casus (3 vragen);
- 5) Bevraging over een evidence-based summary (11 vragen).

De meeste vragen van deel 2 en 3 werden beoordeeld op een vierpunts-Lickertschaal, variërend van 'volledig oneens' tot 'volledig eens'. Zo moesten de participanten altijd een mening aannemen en konden ze niet kiezen voor een neutraal antwoord. Er werd voor deze methode gekozen omdat er verkennend gewerkt wordt omtrent het thema EBP.

Een overzicht van de volledige methodologie van masterproef deel 1 en deel 2 kan teruggevonden worden in de flowchart in bijlage 3 (Flowchart methodologie MP deel 1 en deel 2)

Procedure

Vooraleer de uitsturing plaats vond, werd de vragenlijst goedgekeurd door de ethische commissie van Vlaanderen. Daarna werd de vragenlijst ingevoerd op het online programma 'surveyMonkey'. Op 25 maart 2015 werden 3500 Vlaamse kinesitherapeuten, die in de databank van Pro-Q-Kine⁷ zijn opgenomen, via een e-mail uitgenodigd om deel te nemen aan dit onderzoek. In bijlage 4 (E-mail uitnodiging voor deelname aan onderzoek) kan de uitnodiging teruggevonden worden. Pro-Q-Kine heeft als doel de kwaliteit van de zorg in de kinesitherapie te bevorderen en bewaken. Deze organisatie werkt nauw samen met het RIZIV⁸, AXXON⁹ (de Belgische beroepsvereniging van kinesitherapie) en de officiële onderwijsinstellingen. Iedere kinesitherapeut kan zich vrijwillig aansluiten bij deze organisatie. Alvorens de vragenlijst van start ging, werden de deelnemers geïnformeerd over het doel van de studie. Deze informatie werd zowel in de e-mail uitnodiging (Bijlage 4: E-mail uitnodiging voor deelname aan onderzoek) als op het begin van de vragenlijst weergegeven (Bijlage 2: Vragenlijst). Uiteindelijk deelname aan de vragenlijst werd gebruikt als goedkeuring van het 'informed consent'. Tijdens het

invullen van de vragenlijst kon men altijd terugkeren naar de vorige vraag en iedere deelnemer kon op elk moment de vragenlijst verlaten zonder hiervoor een reden te moeten opgeven. Vooraleer men naar een volgende vraag kon gaan, moest men altijd een antwoord aanduiden. Deed men dit niet dan kreeg men een melding waarin vermeld werd dat de vraag een antwoord vereiste. Alle antwoorden blijven anoniem en kunnen niet terug getraceerd worden naar de respondenten. De vragenlijst werd stop gezet op 28 april 2015.

Data analyse

De onderzoekers R.L. en L.V. analyseerden enkel de eerste drie delen van deze vragenlijst en Timen Frans stond in voor de analyse van deel 4 en 5. De analyse van de twee laatste delen kan geraadpleegd worden in de eerder vernoemde masterproef van Timen Frans.

De descriptieve statistische analyses werden via het online programma 'surveymonkey' gerealiseerd. De percentages van de responsen werden per vraag berekend. Alle vragen en hun responspercentages kunnen teruggevonden worden in bijlage 5 (Resultaten vragenlijst). Alle persoonlijke-, demografische- en werkgerelateerde informatie werd uitgefilterd en de antwoordgroepen werden onderling vergeleken door beide onderzoekers. Dit gebeurde onafhankelijk van elkaar en werd later besproken en vergeleken om zo tot consensus te komen over de bestaande trends.

De twee open vragen (vraag 25 en vraag 26) werden door de onderzoekers onafhankelijk geanalyseerd en achteraf vergeleken. Er werd ook consensus gevormd over de indeling van de resultaten op deze vragen.

Vraag 25, omtrent de raadpleging van bronnen, werd ingedeeld in 11 groepen. Er werden subgroepen gemaakt zodat specifiekere antwoorden weergegeven konden worden. Het aantal antwoorden werd samengeteld en zo werden de percentages berekend. De percentages voor de overkoepelende groep konden niet berekend worden, omdat de respondenten de mogelijkheid hadden om meerdere subgroepen (specifieke antwoorden) te kiezen binnen één overkoepelende groep. De indeling en percentages van deze vraag kunnen teruggevonden worden in bijlage 6 (Analyse vraag 25).

Bij vraag 26 wordt er gevraagd om vijf diagnoses, waarbij men het meeste baat zou hebben aan evidence-based richtlijnen, weer te geven. Voor de analyse van deze vraag werden de diagnoses ingedeeld op basis van de zes afstudeerrichtingen van de opleiding Revalidatiewetenschappen en Kinesitherapie in België. Deze domeinen worden beschreven in bijlage 7 (Kinesitherapeutische domeinen). Er werden subgroepen toegevoegd in de zes domeinen om de specifieke antwoorden van de participanten weer te geven. Uiteindelijk werd er nog een extra domein toegevoegd met de naam 'overigen', die de gerapporteerde diagnoses bevat die niet te klasseren waren in één van de zes andere domeinen. Bijlage 8 (Analyse vraag 26) bevat zowel de verschillende domeinen met hun subgroepen als het aantal dat de participanten deze diagnoses vermeld hebben.

RESULTATEN

Van de 3500 Vlaamse kinesitherapeuten die uitgenodigd werden om de vragenlijst in te vullen, hebben er 309 gereageerd. Dit is een responspercentage van 8,83%. Tijdens het invullen van de vragenlijst haakten uiteindelijk 65 participanten af. In bijlage 5 (Resultaten vragenlijst) kan u per vraag de percentages en het drop-out aantal terugvinden.

De persoonlijke-, demografische- en werkgerelateerde karakteristieken van de participanten worden weergegeven in tabel 2. Opvallend is dat het merendeel van de deelnemende kinesitherapeuten (75,72%) al reeds meer dan 10 jaar werkervaring heeft (22,33% met 11 tot 20 jaar ervaring; n=69) (23,62% met 21 tot 30 jaar ervaring; n=73) (21,36% met 31 tot 40 jaar ervaring; n=66) (8,41% met >40 jaar ervaring; n=26) en hierdoor kan er ook geconcludeerd worden dat er veel kinesitherapeuten uit het oude opleidingssysteem hebben deelgenomen (47,25% met een graduaatdiploma; n=146) (36,25% met een licentiaatdiploma; n=112). Er is ook duidelijk te zien dat de meeste respondenten (88,52%, n=270) tewerkgesteld zijn in een zelfstandige praktijk. Reeds 58,36% van de kinesitherapeuten hebben ervaring met het begeleiden van stagiairs (n=178). Omwille van deze begeleiding van studenten kan er verwacht worden dat een meerderheid van de respondenten al in contact is gekomen met EBP. Het is ook opmerkelijk dat 88,85% op regelmatige basis (≥ 3 keer per jaar) deelneemt aan bijscholingen (n=271). Hierbij kan gezien worden dat zowel jongere (20-29 jaar; 93,62% of 44 van de 47 personen) (30-39 jaar; 87,88% of 58 van 66 personen) als oudere (50-59 jaar; 87,34% of 69 van de 79 personen) (>60+ jaar; 85,11% of 40 van de 47 personen) kinesitherapeuten het regelmatig volgen van bijscholingen belangrijk vinden.

Attitudes, gedrag en barrières omtrent EBP

De algemeen gerapporteerde attitudes omtrent EBP zijn veeleer positief (Figuur 1). Zo zijn 41,67% van de respondenten (n=125) het volledig eens en 44,67% (n=134) het gedeeltelijk eens met het feit dat het noodzakelijk is om EBP toe te passen in de dagelijkse praktijk. Hierbij kan wel geconcludeerd worden dat hoe jonger men is, hoe meer het men hier mee eens is (20-29 jaar; 60,87% of 28 van de 46 personen volledig eens) (>60+ jaar; 29,79% of 14 van de 47 personen volledig eens). Het merendeel van de participanten (86,73%; n=255) vindt ook dat EBP hun kan helpen bij het maken van beslissingen omtrent de keuze van een kinesitherapeutische behandeling (53,40% gedeeltelijk eens; n=157) (33,33% volledig eens; n=98). Bij 68,38% (n=199) wordt dan ook het opzoeken en gebruiken van wetenschappelijke evidentie op de werkplaats sterk aangemoedigd (43,64% gedeeltelijk eens; n=127) (24,74% volledig eens; n=72).

Ondanks dat het merendeel van de participanten het noodzakelijk vindt om EBP toe te passen in de dagelijkse praktijk, wordt de toepassing van EBP toch als moeilijk bevonden. Iets meer dan de helft van de deelnemers (58,59%; n=174) is het gedeeltelijk of volledig eens dat deze toepassing in de dagelijkse praktijk onredelijke eisen creëert (52,19% gedeeltelijk eens; n=155) (6,40% volledig eens; n=19). Dit vertaalt zich ook in het aantal wetenschappelijke artikels die tijdens een normale maand gelezen worden. Slechts 12,92% (n=38) leest per maand meer dan 5 wetenschappelijke artikels. Maar ondanks

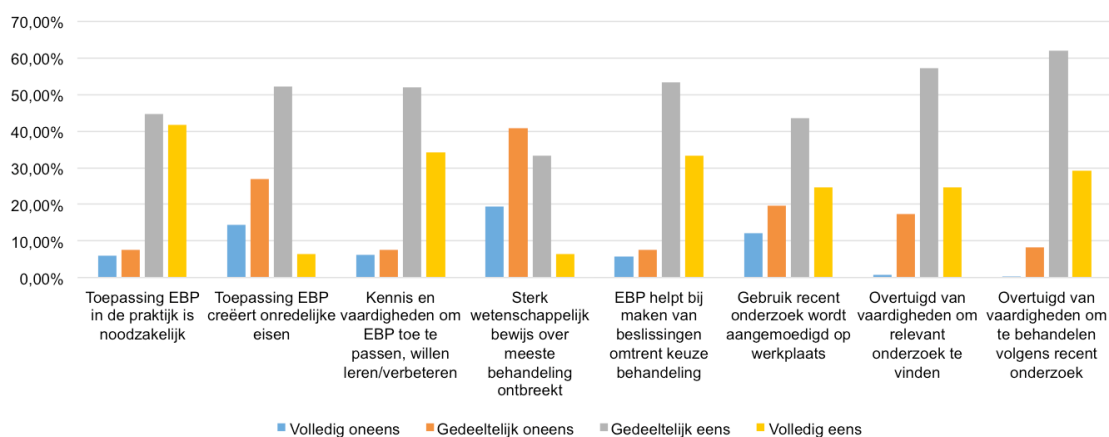
deze resultaten wil toch 86,39% van de deelnemers (n=254) de kennis en vaardigheden die nodig zijn om EBP toe te passen, leren en verbeteren (52,04% gedeeltelijk eens; n=153) (34,35% volledig eens; n=101).

Tabel 2.
Persoonlijke-, demografische- en werkgerelateerde karakteristieken van de participanten (n=309).

Karakteristiek		%	n	n totaal
Geslacht	Vrouw	43,69	135	309
	Man	56,31	174	
Leeftijd (jaar)	20-29	15,53	48	309
	30-39	21,36	66	
	40-49	21,68	67	
	50-59	25,89	80	
	60+	15,53	48	
Werkervaring als kinesitherapeut (jaar)	< 3	7,12	22	309
	3-5	8,74	27	
	6-10	8,41	26	
	11-20	22,33	69	
	21-30	23,62	73	
	31-40	21,36	66	
	> 40	8,41	26	
Opleidingsniveau	Graduaat 3 jaar	44,98	139	309
	Graduaat 4 jaar	2,27	7	
	Licentiaat 4 jaar	27,51	85	
	Licentiaat 5 jaar	8,74	27	
	Bachelor (3 jaar) + Masterdiploma (5 jaar)	15,86	49	
	Doctoraat	0,65	2	
Afstudeerdomein	Niet van toepassing	72,31	222	307
	Musculoskeletale revalidatie	18,24	56	
	Neurologische revalidatie	3,91	12	
	Geriatrische revalidatie	0,00	0	
	Revalidatie bij inwendige aandoeningen	1,30	4	
	Pediatische revalidatie	3,58	11	
	Revalidatie in de geestelijke gezondheidszorg	0,33	1	
	Lerarenopleiding	0,33	1	
Werksetting	Ziekenhuis/ revalidatiecentrum	16,72	51	305
	Psychiatrische instelling	1,31	4	
	Zelfstandige praktijk	88,52	270	
	Woon- en zorgcentrum	8,52	26	
	School	2,30	7	
Deelname bijscholingen (≥ 3x/jaar)	Ja	88,85	271	305
	Nee	11,15	35	
Aantal kinesitherapeuten in werksetting	< 3	51,80	158	305
	3-5	27,54	84	
	6-10	6,56	20	
	11-15	3,61	11	
	> 15	10,49	32	
Ervaring met het begeleiden stagairs	Ja	58,36	178	305
	Nee	41,64	127	
Besteding aan kinesitherapeutische zorg (incl. patiëntadministratie)	< 25%	2,64	8	303
	26-50%	1,98	6	
	51-75%	11,22	34	
	> 75%	84,16	255	

Het is ook opmerkelijk dat een aanzienlijk aantal deelnemers de kennis en vaardigheden wil leren en verbeteren om EBP toe te passen aangezien 81,94% (n=236) volledig of gedeeltelijk overtuigd is van zijn/haar vaardigheden om relevant klinisch onderzoek te vinden (57,29% gedeeltelijk eens; n=165) (24,65% volledig eens; n=71). Deze overtuiging is zowel bij de oudere als bij de jongere deelnemers te zien (20-29 jaar; 31,33% of 14 van de 45 personen volledig eens; 53,33% of 24 van de 45 personen gedeeltelijk eens) (60+ jaar; 28,89% of 13 van de 45 personen volledig eens; 53,55% of 24 van de 45 personen gedeeltelijk eens). Ook de resultaten op de vraag of men ooit opleiding gekregen heeft of een

cursus gevolgd heeft over EBP zijn verrassend. Hieruit blijkt dat 22,90% van de deelnemers (n=68) dit tijdens hun opleiding besproken hebben en dat 49,49% (n=147) een bijscholing gevolgd heeft over EBP. Er is hierbij ook een duidelijke trend zichtbaar tussen de leeftijd en op welke manier men ooit een opleiding heeft gekregen over EBP. De jongere participanten hebben dit vooral tijdens hun opleiding Revalidatiewetenschappen en Kinesitherapie gekregen terwijl de oudere participanten een bijscholing over EBP gevolgd hebben (20-29 jaar; 89,13% of 41 van de 46 personen via de opleiding; 4,35% of 2 van de 46 personen via bijscholing) (30-39 jaar; 36,92% of 24 van de 65 personen via de opleiding; 41,54% of 27 van de 65 personen via bijscholing) (40-49 jaar; 3,23% of 2 van de 62 personen via de opleiding; 53,23% of 33 van de 62 personen via bijscholing) (50-59 jaar; 1,30% of 1 van de 77 personen via de opleiding; 72,73% of 56 van de 77 personen via bijscholing) (60+ jaar; 0,00% via de opleiding; 61,70% of 29 van de 47 personen via bijscholing). Uit deze resultaten kan dus geconcludeerd worden dat ondanks dat de meeste deelnemers al kennis hebben over EBP en ze ook overtuigd zijn van hun vaardigheden om klinisch onderzoek te vinden, ze hun kennis en vaardigheden over dit onderwerp toch nog willen verbeteren.



Figuur 1.

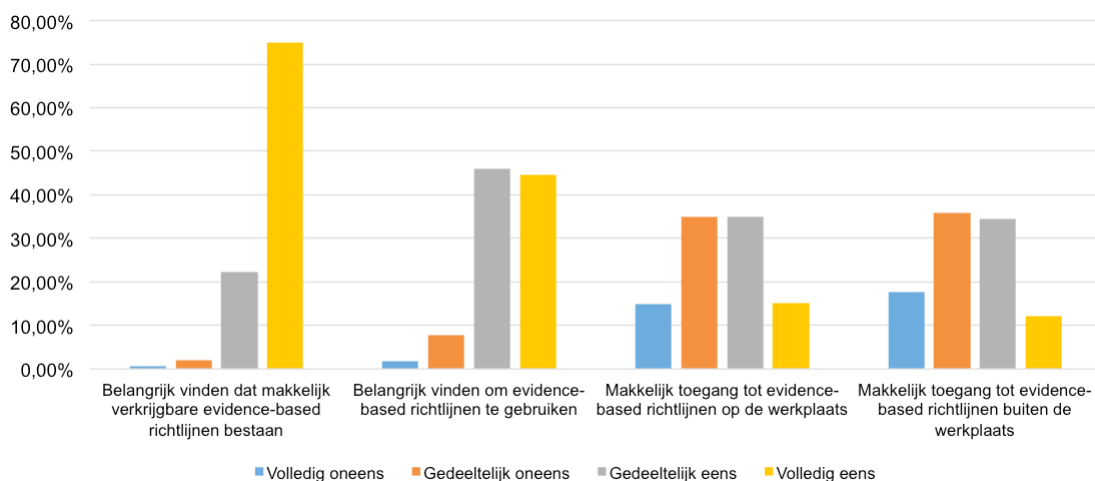
Gerapporteerde attitudes omtrent EBP (n=300-287). Percentage van de respondenten die het eens of oneens zijn met de stellingen over EBP.

Attitudes, gedrag en barrières omtrent klinische richtlijnen

Het merendeel van de participanten (90,46%; n=256) geeft aan dat ze het belangrijk vinden om evidence-based richtlijnen te gebruiken tijdens hun werk (45,94% gedeeltelijk eens; n=130) (44,52% volledig eens; n=126) (Figuur 2). Om richtlijnen te kunnen gebruiken, is het natuurlijk noodzakelijk dat men hier naar op zoek gaat. Aan de hand van de resultaten op de vraag of men het belangrijk vindt dat er makkelijk verkrijgbare richtlijnen bestaan, kan er geconcludeerd worden dat 97,18% (n= 276) gratis, elektronische en snel verkrijgbare richtlijnen belangrijk vindt (22,18% gedeeltelijk eens; n=63) (75,00% volledig eens; n=213). Maar in de praktijk blijkt deze toegang tot richtlijnen niet altijd even optimaal te zijn. Als er gekeken wordt naar de toegang tot richtlijnen op de werkplaats zelf, vindt 50,17% (n=142) dat er snelle en gemakkelijke toegang is tot richtlijnen terwijl 49,82% (n=141) het hier niet mee eens is (34,98% gedeeltelijk eens; n=99) (15,19% volledig eens; n=43) (34,98% gedeeltelijk oneens; n=99) (14,84% volledig oneens; n=42). Ook op locaties gelegen buiten de werkplaats is deze toegang tot

richtlijnen voor iets meer als de helft van de participanten (53,55%; n=151) niet makkelijk (35,82% gedeeltelijk oneens; n=101) (17,73% volledig oneens; n=50).

Ondanks dat er verwacht zou worden dat jongere, pas afgestudeerde kinesitherapeuten makkelijker toegang zouden hebben tot een databank of beter zouden weten waar ze richtlijnen kunnen vinden, blijkt dit totaal niet het geval te zijn. Uit de bevraging blijkt dat jongere kinesitherapeuten een moeilijkere toegang tot evidence-based richtlijnen op de werkplaats hebben ten opzichte van de oudere kinesitherapeuten (20-29 jaar; 65,12% of 28 van de 43 personen volledig of gedeeltelijk oneens) (60+ jaar; 40% of 18 van de 45 personen volledig of gedeeltelijk oneens). Als er gekeken wordt naar de toegang tot richtlijnen op locaties buiten de werkplaats, dan kan er geconcludeerd worden dat beide groepen hier een even moeilijke toegang hebben (20-29 jaar; 58,14% of 25 van de 43 personen volledig of gedeeltelijk oneens) (60+ jaar; 57,78% of 26 van de 45 personen volledig of gedeeltelijk oneens). Gebrek aan toegang is dan ook de vierde grootste belemmerende factor voor het gebruik van evidence-based richtlijnen, die de deelnemende kinesitherapeuten aangeven. Deze factor werd 77 keer gekozen in de top drie van grootste belemmerende factoren en hiervan vond 57,14% dit de tweede belangrijkste barrière.

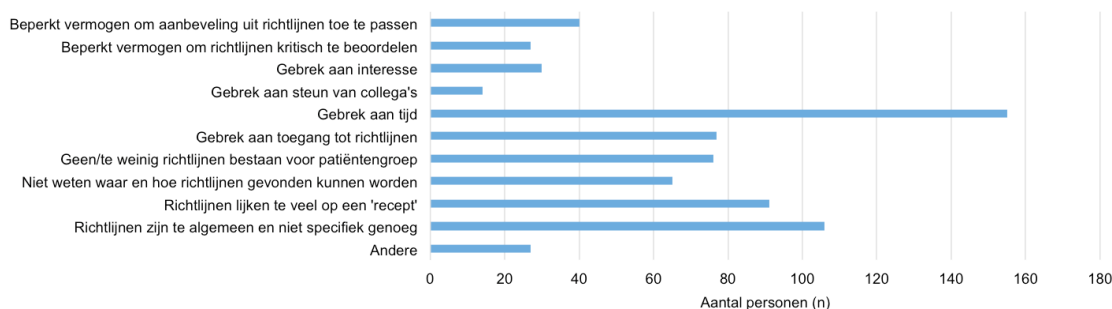


Figuur 2.

Gerapporteerde attitudes omtrent klinische richtlijnen (n=284-282). Percentage van de respondenten die het eens of oneens zijn met de stellingen over klinische richtlijnen.

Zoals eerder aangegeven, is er een grote groep kinesitherapeuten die vindt dat het toepassen van EBP onredelijke eisen creëert in de dagelijkse praktijk. Het is dan ook geen verrassing dat gebrek aan tijd gerapporteerd wordt als grootste belemmerende factor om evidence-based richtlijnen te gebruiken (155 keer gekozen in de top drie, waarvan 65,16% dit als eerste belangrijkste barrière verkoos). Opvallend is ook dat ondanks de grote interesse om EBP toe te passen en richtlijnen te gebruiken, de participanten vinden dat richtlijnen te algemeen en niet specifiek genoeg zijn. Dit werd dan ook gekozen als tweede grootste belemmerende factor om evidence-based richtlijnen te gebruiken (106 keer gekozen in de top drie). Hierbij kan ook gezien worden dat bijna de helft van deze 106 personen, deze factor gekozen hebben als tweede grootste barrière (46,23%; 49 van de 106). Tevens vinden de respondenten dat de richtlijnen te veel op een 'recept' lijken en ze hun niet toelaten om zelf te beslissen wat het meest

geschikt is (91 keer gekozen in de top 3 waarvan waarvan 46,15% dit als tweede belangrijkste belemmerende factor koos). Deze barrière komt dan ook op de derde plaats in deze bevraging. De vierde meest gerapporteerde barrière is, zoals eerder aangegeven, het gebrek aan toegang tot evidence-based richtlijnen (77 keer gekozen in de top 3 waarvan 57,14% dit de tweede belangrijkste barrière vond). Tenslotte geven 76 respondenten, ofwel de vijfde grootste groep, aan dat er geen of te weinig specifieke richtlijnen bestaan voor hun specifieke patiëntengroep. Deze barrière werd zelfs door 32 van deze 76 personen (42,11%) verkozen tot de belangrijkste belemmerende factor. Figuur 3 geeft alle gerapporteerde barrières weer.



Figuur 3.

Gerapporteerde barrières omtrent het gebruik van klinische richtlijnen (n=274). Percentage van de respondenten die de barrière gekozen hebben.

Als er gekeken wordt naar de bronnen die kinesitherapeuten raadplegen om richtlijnen te vinden, kan er geconcludeerd worden dat er geen algemene databank of website is waartoe ze zich richten. Bovendien geven ook veel participanten aan dat ze niet weten waar ze evidence-based richtlijnen kunnen raadplegen. De overgrote meerderheid maakt gebruik van het internet. Hierop raadplegen de kinesitherapeuten databanken het meest, maar ook zoekmachines, specifieke websites van pathologieën en kwaliteit bevorderende instanties worden regelmatig aangegeven als bron. De populairste databanken zijn PubMed (19,71%, n=54) en CEBAM (10,58%, n=29). Door 21,17% (n=58) wordt aangegeven dat ze geen idee hebben waar evidence-based richtlijnen teruggevonden kunnen worden. Dit resultaat kan teruggekoppeld worden aan het resultaat op de vraag om de drie grootste belemmerende factoren voor het gebruik van richtlijnen aan te duiden. Op deze vraag hebben 65 personen de barrière 'niet weten waar en hoe ik evidence-based richtlijnen kan vinden' gekozen in hun top drie. Van deze 65 personen hebben er 24 dit als belangrijkste barrière geselecteerd (36,92%). Bijscholingen worden door 14,96% (n=41) van de respondenten als bron opgegeven terwijl 16,42% (n=45) artikels, boeken of naslagwerken gebruiken. Wetenschappelijke tijdschriften is de vijfde, meest aangegeven bron van evidence-based richtlijnen, met een percentage van 10,95% (n=30).

Uit de antwoorden van deze vraag kan dus geconcludeerd worden dat kinesitherapeuten geen uniforme bron kennen waar ze evidence-based richtlijnen kunnen raadplegen. Alle gerapporteerde bronnen en hun percentages staan opgelijst in bijlage 6 (Analyse vraag 25).

Op de vraag om vijf diagnoses op te sommen waarbij men het meeste baat zou hebben aan evidence-based richtlijnen (n=255), er gezien worden dat de vraag naar musculoskeletale richtlijnen het grootst

is (632 keer vermeld). In dit domein worden aandoeningen van de ledematen en van de rug en nek het meest vermeld, met respectievelijk 257 en 221 gekozen diagnoses. De vraag naar orthopedische ingrepen is hier de derde meest aangegeven groep van aandoeningen met een aantal van 74 diagnoses. Zowel de deelnemers met een masterdiploma musculoskeletale revalidatie (18,24%; n=56) als de deelnemers zonder masterdiploma (72,31%; n=222), rapporteerden voornamelijk diagnoses die toebehoren tot het musculoskeletale domein. Door het feit dat de overgrote meerderheid van de participanten (90,55%; n=278) tot één van deze twee groepen (masterdiploma musculoskeletale revalidatie of geen masterdiploma) behoort, is het dus ook logisch dat er voornamelijk diagnoses opgegeven worden die tot dit musculoskeletale domein toebehoren. Het tweede grootste domein waar het meest vraag naar is, is die van de neurologische aandoeningen. Hiervan werden 123 diagnoses opgesomd. Vervolgens wordt het cardiorespiratoir domein, met een aantal van 72 diagnoses, opgenoemd als domein waar richtlijnen nuttig voor zouden kunnen zijn. Bij pediatrische aandoeningen, psychologische/psychiatrische aandoeningen en geriatrische aandoeningen is er minder vraag naar richtlijnen (respectievelijk 26, 17 en 6 opgegeven diagnoses). De reden hiervoor kan zijn dat deze domeinen specifieke en persoonlijke toenadering vragen. Bijlage 8 (Analyse vraag 26) geeft alle gerapporteerde diagnoses in hun specifiek domein weer.

Drop-out

Zoals eerder vermeld, konden de participanten op elk moment de vragenlijst beëindigen. Uiteindelijk haakten 65 van 309 respondenten af, waardoor er op bepaalde vragen antwoorden ontbreken. Na het eerste deel van de bevraging, die de persoonlijke-, demografische-, en werk gerelateerde karakteristieken bevroeg, zijn er zes kinesitherapeuten afgehaakt. Vervolgens vulden 287 kinesitherapeuten de vragenlijst in tot de laatste vraag van deel 2, waarbij de attitudes, gedrag en kennis omtrent EBP bevestigd werden. Uiteindelijk vielen er nog eens 43 kinesitherapeuten af na het derde deel van de vragenlijst. In dit deel zorgden de open vragen (vraag 25 en 26) voor net geen verdubbeling van de afhakende kinesitherapeuten: 27 drop-outs na vraag 24 en 55 na vraag 26.

DISCUSSIE

Algemene bevindingen

Een eerste belangrijke bevinding van deze studie is dat de attitudes ten opzichte van EBP en richtlijnen over het algemeen als positief bevonden. Deze positieve houding vertaalde zich -tegen verwachtingen in- niet in gepast EBP gedrag. Slechts 12,92% van de deelnemende kinesitherapeuten leest per maand meer dan vijf wetenschappelijke artikels. Een tweede belangrijke bevinding is dat het merendeel van de deelnemers aangeeft dat EBP onredelijke eisen vormt in de dagdagelijkse praktijk. Tijdgebrek, de meest gerapporteerde barrière voor de toepassing van EBP, speelt hier een belangrijke rol in. De toegang tot evidence-based richtlijnen hebben hier ook een sleutelrol in aangezien de helft van de kinesitherapeuten aangeeft dat ze geen eenvoudige toegang hebben tot evidence-based richtlijnen, en dit zowel in de werk- als in de thuissituatie. Een laatste belangrijke bevinding is dat het merendeel van de kinesitherapeuten geen geschikte bron kan opnoemen om evidence-based richtlijnen terug te vinden. Nochtans geven de participanten aan vertrouwen te hebben in hun vaardigheden om EBP te vinden en in hun vaardigheden om patiënten volgens de meest recente evidentie te behandelen.

Vergelijking met onderzoek uit buitenland

De positieve attitudes ten aanzien van EBP en richtlijnen staan in lijn met bevindingen van voorafgaande onderzoeken die plaats gevonden hebben in het buitenland. De toepassing van EBP wordt in alle studies als belangrijk bevonden door de meerderheid van de deelnemende kinesitherapeuten (Jette et al, 2003; Heiwe et al, 2011; Valdes & Von der Heyde, 2012; Bernhardson et al, 2014). Jette et al (2003) en Bernhardson et al (2014) rapporteerden dat respectievelijk 83% en 72% van de kinesitherapeuten overtuigd is van het feit dat EBP kan helpen bij het maken van beslissingen omtrent behandelingen.

De antwoorden op de stelling 'EBP stelt onredelijke eisen in het dagdagelijkse werk' zijn niet consistent. Twee studies geven aan dat kinesitherapeuten het oneens zijn met deze stelling (Jette et al, 2003; Valdes & Von der Heyde, 2012). De recentere studie van Bernhardson et al (2014) geeft aan dat 56% van de therapeuten het eens is met deze stelling. Deze laatste bevindingen sluiten aan bij de bevindingen van deze studie (52,19% gedeeltelijk eens; n=155) (6,40% volledig eens; n=19)

De resultaten omtrent de zelf-reflectie van de vaardigheden om EBP literatuur te vinden en patiënten te behandelen volgens de meest recente evidentie komen overeen met eerder onderzoek. Ook in voorafgaande studies werd ondanks deze overtuiging over de eigen vaardigheden gerapporteerd dat de kinesitherapeuten hun kennis en vaardigheden omtrent EBP willen verbeteren (Jette et al, 2003; Bernhardson et al, 2014). Opvallend is dat de deelnemers van dit onderzoek het hier meer over eens zijn dan de deelnemers van andere onderzoeken. Het ontbreken van sterk wetenschappelijk bewijs voor bepaalde behandelingen werd, in tegenstelling tot de bevindingen in dit werk, door meer participanten aangegeven (Jette et al, 2003; Bernhardson et al, 2014).

De attitudes omtrent evidence-based richtlijnen waren in alle onderzoeken positief. In dit onderzoek was het aantal kinesitherapeuten die positieve attitudes aangeven hoger dan in voorafgaand onderzoek

(Jette et al, 2003; Bernhardson et al, 2014). Dit kan liggen aan het feit dat de deelnemers allen lid zijn van de kwaliteitsbevorderende organisatie Pro-Q-Kine. Tabel 3 geeft een overzicht van gerapporteerde attitudes in voorafgaande gelijkaardige studies.

Tabel 3.

Vergelijking gerapporteerde attitudes omtrent EBP uit voorafgaande studies.

Attitude	Studie	Positief/negatief (% indien gegeven)	Resultaten deze studie
Toepassing EBP is noodzakelijk in de dagelijkse praktijk	Jette et al (2003)	Positief (90%)	Positief (86,34%)
	Heiwe et al (2011)	Positief (?)	
	Valdes et al (2012)	Positief (95,19%)	
	Bernhardson et al (2014)	Positief (90%)	
Toepassing EBP stelt onredelijke eisen in het dagelijkse werk	Jette et al (2003)	Positief (61%)	Negatief (58,59%)
	Valdes et al (2012)	Positief (87%)	
	Bernhardson et al (2014)	Negatief (56%)	
De wil om kennis en vaardigheden omtrent EBP te verbeteren	Jette et al (2003)	Positief (58%)	Positief (86,39%)
	Bernhardson et al (2014)	Positief (91%)	
Ontbreken van sterk wetenschappelijk bewijs voor de meeste behandelingen	Jette et al (2003)	Neutraal (41% negatief, 32% positief)	Positief (60,21%)
	Bernhardson et al (2014)	Negatief (55%)	
EBP helpt bij het maken van beslissingen omtrent behandelingen	Jette et al (2003)	Positief (72%)	Positief (86,73%)
	Bernhardson et al (2014)	Positief (83%)	
Overtuigd van eigen vaardigheden in de zoektocht naar evidence-based literatuur, die voldoet aan de klinische vragen	Jette et al (2003)	Positief (65%)	Positief (81,94%)
	Bernhardson et al (2014)	Positief (62%)	
Vertrouwen in het behandelen van patiënten volgens recente evidentie	Bernhardson et al (2014)	Positief (69%)	Positief (91,29%)
Makkelijk verkrijgbare evidence-based richtlijnen zijn belangrijk	/	/	Positief (97,18%)
Evidence-based richtlijnen gebruiken in de dagelijkse praktijk is belangrijk	Bernhardson et al (2014)	Positief (69%)	Positief (90,46%)

De gerapporteerde barrières omtrent het gebruik van richtlijnen komen overeen met de eerder gerapporteerde barrières van voorafgaande studies in het buitenland. Tijdgebrek is de meest gerapporteerde barrière, zowel in deze als in de andere studies (Jette et al, 2003; Grimmer-Somers et al, 2007; Heiwe et al, 2010; Valdes & Von der Heyde, 2012; Bernhardson et al, 2014). Het niet specifiek genoeg zijn van richtlijnen, de tweede meest gerapporteerde barrière in deze studie, werd in voorafgaand onderzoek tussen 30% en 45% aangeduid als storende factor (Jette et al, 2003; Heiwe et al, 2010; Bernhardson et al, 2014). De derde meest gerapporteerde barrière, de richtlijnen lijken te veel op een recept, sluit ook aan bij deze bevindingen. Na tijdgebrek, het niet specifiek genoeg zijn van de richtlijnen en dat de richtlijnen teveel op een recept lijken, is gebrek aan toegang van richtlijnen de vierde belangrijkste barrière in dit onderzoek. De vijfde en laatste belangrijkste belemmerende factor is 'geen of te weinig richtlijnen bestaan voor mijn doelgroep'. Deze werd in andere studies ook weergegeven als een belangrijke limitatie (Jette et al, 2003; Iles & Davidson, 2006; Heiwe et al, 2010; Valdes & Von der Heyde, 2012; Bernhardson et al, 2014). Alle gerapporteerde barrières van voorgaand onderzoek kunnen teruggevonden worden in tabel 4. Deze tabel bevat ook de barrières die niet in deze studies gerapporteerd werden.

Tabel 4.

Vergelijking gerapporteerde barrières omtrent EBP uit voorafgaande studies.

Gerapporteerde barrière omtrent toepassen EBP (guidelines, reviews, evidentie uit literatuur)	Auteurs	%	Resultaten deze studie
Tijdgebrek	Jette et al (2003)	64	63,52%
	Iles en Davidson (2006)	Geen data	
	Grimmer-Somers et al (2007)	25	
	Heiwe et al (2010)	84	
	Valdes et al (2012)	20	
	Bernhardson et al (2014)	68	
Geen specifieke evidentie voor de pathologie/ behandeling	Jette et al (2003)	30	43,44%
	Iles en Davidson (2006)	Geen data	
	Heiwe et al (2010)	37	
	Valdes et al (2012)	9	
	Bernhardson et al (2014)	40	
Geen goede vaardigheden om literatuur kritische te interpreteren	Jette et al (2003)	14	11,06%
	Iles en Davidson (2006)	Geen data	
	Grimmer-Somers et al (2007)	9	
	Heiwe et al (2010)	32	
	Valdes et al (2012)	7	
Niet begrijpen van de statistische informatie in de gevonden literatuur	Jette et al (2003)	22	/
	Heiwe et al (2010)	33	
	Valdes et al (2012)	3	
Te weinig aanmoediging door collega's	Jette et al (2003)	18	5,38%
	Heiwe et al (2010)	< 15	
	Valdes et al (2012)	2	
	Bernhardson et al (2014)	< 5	
Moeilijkheden met het veranderen van routinebehandelingen in de praktijk	Valdes et al (2012)	2	/
Te weinig tegemoetkoming voor specifieke interventievormen met bepaalde materialen	Valdes et al (2012)	2	/
Niet beschikken over vaardigheden om adequaat research te verrichten	Jette et al (2003)	19	/
	Iles en Davidson (2006)	Geen data	
	Heiwe et al (2010)	36	
	Valdes et al (2012)	2	
Slechte toegang tot evidentie: tekort aan informatieve bronnen, niet eenvoudig te verkrijgen informatie	Jette et al (2003)	19	31,56%
	Iles en Davidson (2006)	Geen data	
	Heiwe et al (2010)	< 15	
	Valdes et al (2012)	9	
	Bernhardson et al (2014)	37	
Vooropgeschreven behandelingen door artsen, chirurgen laten geen verandering toe	Valdes et al (2012)	1	/
Het niet kunnen integreren van de informatie uit literatuur naar de noden van de patiënt	Jette et al (2003)	30	16,39%
	Heiwe et al (2010)	Geen data	
	Bernhardson et al (2014)	20	
Te grootte hoeveelheid literatuur	Grimmer-Somers et al (2007)	8,6	/

Limitaties en sterktes

De eerste limitatie van dit onderzoek is dat er een klein responsaantal is (8,83%). Dit had hoger kunnen liggen als er na een bepaalde tijd een herinneringsbericht werd uitgestuurd naar de participanten. Vanwege dit geringe responsaantal zijn de resultaten niet te veralgemenen naar alle Vlaamse kinesitherapeuten.

Bovendien zijn de participanten allemaal lid van de organisatie Pro-Q-Kine. Deze organisatie implementeert het systeem van kwaliteitsbevordering voor kinesitherapeuten in België. Het is dus logisch dat de leden van Pro-Q-Kine positieve attitudes vertonen ten opzichte van EBP. Toch komen de resultaten overeen met voorafgaand onderzoek in het buitenland, waarbij een grotere respons was en de kinesitherapeuten niet per se lid waren van dergelijke organisaties.

Ten derde kan de eerlijkheid van de zelf-gerapporteerde antwoorden niet nagegaan worden. Aangezien de laatste jaren steeds meer nadruk gelegd wordt op evidence-based handelen, kan het zijn dat de participanten zich geneigd voelden om eerder positieve attitudes uit te drukken naar dit onderwerp toe. Tijdens het invullen van de vragenlijst kon men ook steeds terugkeren naar vorige gestelde vragen waardoor ze hun antwoorden steeds konden aanpassen. Dit kan ook zorgen voor een vertekend beeld van de resultaten.

Een laatste beperking van deze studie is dat de betrouwbaarheid van de vragenlijst niet is nagegaan. Oorspronkelijk was het de bedoeling om de vragenlijst tweemaal uit te sturen zodat er op basis van beide groepen een betrouwbaarheidsanalyse gemaakt kon worden. Door een fout in de procedure werden enkel de laatste twee delen van de vragenlijst uitgestuurd naar de tweede groep waardoor een betrouwbaarheidsanalyse niet mogelijk was.

Ondanks het niet nagaan van de betrouwbaarheid, steunt de vragenlijst op een goede methodologische ontwikkeling. De content validiteit werd nagegaan door de vragenlijst voor te leggen aan twee experts in dit vakgebied. Voor de effectieve uitsturing naar de 3500 Vlaamse kinesitherapeuten, werd er eerst een pilot-versie van de vragenlijst uitgestuurd naar tien Vlaamse kinesitherapeuten. Hierna werd de vragenlijst voor een laatste keer aangepast zodat de tijd die de vragenlijst in beslag nam om in te vullen, gereduceerd werd.

De analyse van de resultaten werd door beide onderzoekers (R.L., L.V.) onafhankelijk uitgevoerd. Beide analyses werden samen gelegd om te zien welke verbanden door hun uit de resultaten werden gehaald. Over de verbanden waar twijfel over bestond werd later consensus gevormd door beide onderzoekers.

Het feit dat er voor gekozen is om bij de meeste vragen een vierpunts-Lickertschaal te gebruiken, is ook een positief punt van deze studie. Omwille van het feit dat men met deze studie een beter beeld wil krijgen over het thema EBP, en dus verkennend wil werken, is het goed dat het neutrale antwoord uit de antwoordmogelijkheden genomen is. Zo werd elke deelnemer verplicht om een standpunt in te nemen.

Het laatste sterk punt van deze studie is dat de vragenlijst via het internet verstuurd en ingevuld werd. Hiermee kon op een makkelijke manier de anonimiteit van de deelnemers bekomen worden. Ook op gebied van tijd en kosten is dit een heel effectieve manier om een bevraging te doen. Voor de deelnemers geeft deze manier het voordeel dat ze zelf kunnen beslissen wanneer ze de vragenlijst invullen. De verwerking van de resultaten via dit online-programma geeft dan weer als voordeel dat de kans op het maken van fouten tijdens de dataverwerking geminimaliseerd wordt.

Suggesties voor de toekomst

Het is aan te raden in de toekomst bevragingen omtrent EBP bij kinesitherapeuten te herhalen omdat dit onderwerp steeds belangrijker zal worden in de kinesitherapie. Een suggestie voor toekomstig

observationeel onderzoek omtrent dit thema is de vragenlijst naar een grotere sample van kinesitherapeuten uitsturen, die niet per se lid zijn van een kwaliteitsbevorderende organisatie zoals in dit werk. Zo kunnen de resultaten representatiever zijn voor de gehele kinesitherapeutische populatie in Vlaanderen.

Om een groter responspercentage te bekomen, kunnen er ook bepaalde zaken beter uitgevoerd worden. Zo is het aan te raden om een herinneringsbericht na een bepaalde tijd uit te sturen. De kinesitherapeuten worden zo nog eens herinnerd aan het onderzoek. Ook het inkorten van de vragenlijst kan zorgen voor een grotere respons, aangezien veel kinesitherapeuten in dit onderzoek 'tijdgebrek' als een grote barrière aangeven.

Open vragen kunnen beter vermeden worden aangezien het kan zorgen voor een grotere drop-out. Bij een aantal respondenten kunnen open vragen ook voor verwarring zorgen.

Een laatste suggestie is om nog één extra vraag te stellen omtrent wetenschappelijke artikels. Aangezien slechts 12,92% (n=38) meer dan 5 wetenschappelijke artikels per maand leest, lijkt het alsof dit een slecht resultaat is. Hierbij kan nog gevraagd worden wat men verstaat onder het begrip 'wetenschappelijke artikels'. Het kan zijn dat de kinesitherapeuten hier werkelijk wetenschappelijke evidentie van op een databank onder verstaan of dat ze hier eerder denken aan een artikel in een gewoon tijdschrift. Door dit te bevragen, kunnen de resultaten op de vraag "hoeveel wetenschappelijke artikels leest u in een typische maand?" beter geïnterpreteerd kunnen worden.

CONCLUSIE

De grote hiaten omtrent de toepassing van EBP liggen niet in de attitudes van de kinesitherapeuten, noch in de vaardigheden waarover ze beschikken. De slechte toegang tot evidence-based richtlijnen en de tijd die dit in beslag neemt, zijn volgens de participanten de grootste werkpunten. De kinesitherapeuten zoeken vooral via het internet naar evidence-based informatie, en dit op veel verschillende websites die niet altijd geschikt zijn om deze evidence-based informatie te vinden. In Vlaanderen is er dus duidelijk nood aan een online databank waar kinesitherapeuten makkelijk, snel en gerichte evidentie (al dan niet in de vorm van richtlijnen) kunnen verkrijgen. Bovendien zijn compacte samenvattingen van evidence-based richtlijnen, die eenvoudig te vinden en interpreteren zijn, aangewezen.

Aangezien het merendeel van de participanten aangaf zich te willen bijscholen omtrent EBP, is het aan te raden om bijscholingen over dit thema te voorzien. Tijdens deze bijscholingen kan er dan ook aangegeven worden waar en op welke manier men aan evidence-based informatie kan geraken.

Uit de resultaten van dit onderzoek is dus duidelijk dat de databank EBMPpracticeNet een goede strategie kan zijn voor kinesitherapeuten om aan relevante evidence-based informatie te komen. Deze databank is makkelijk in gebruik waardoor men op een snelle manier de juiste evidentie kan vinden over behandelingen omtrent aandoeningen die men zoekt. Omdat deze databank werkt met evidence-based summaries, zijn de kinesitherapeuten niet verplicht de volledige richtlijnen lezen waardoor ze kostbare tijd kunnen besparen.

REFERENTIELIJST

Bernhardsson S, Johansson K, Nilsen P, Öberg B, Larsson ME 2014 Determinants of guideline use in primary care physical therapy: a cross-sectional survey of attitudes, knowledge, and behavior. *Physical Therapy* 94: 343-354.

Bernhardsson S, Larsson ME 2013 Measuring evidence-based practice in physical therapy: translation, adaptation, further development, validation, and reliability test of a questionnaire. *Physical Therapy* 93: 819-832.

Boaz A, Baeza J, Fraser A 2011 Effective implementation of research into practice: an overview of systematic reviews of the health literature. *BMC Research Notes* 4.

Campos TF, Beckenkamp PR, Moseley AM 2013 Usage evaluation of a resource to support evidence-based physiotherapy: the Physiotherapy Evidence Database (PEDro). *Physiotherapy* 99: 252-257.

Grimmer-Somers K, Lekkas P, Nyland L, Young A, Kumar S 2007 Perspectives on research evidence and clinical practice: a survey of Australian physiotherapists. *Physiotherapy Research International* 12: 147-161.

Hannes K, Staes F, Goedhuys J, Aertgeerts B 2009 Obstacles to the implementation of evidence-based physiotherapy in practice: a focus group-based study in Belgium (Flanders). *Physiotherapy Theory and Practice* 25: 476-488.

Heiwe S, Nilsson Kajermo K, Lenné R, Guidetti S, Samuelsson M, Andersson I, Wengström Y 2011 Evidence-based practice: attitudes, knowledge and behaviour among allied health care professionals. *International Journal for Quality in Health Care* 23: 198-209.

Iles R, Davidson M 2006 Evidence based practice: a survey of physiotherapists' current practice. *Physiotherapy Research International* 11: 93-103.

Jette DU, Bacon K, Batty C, Carlson M, Ferland A, Hemingway RD, Hill JC, Ogilvie L, Volk D 2003 Evidence-based practice: Beliefs, attitudes, knowledge, and behaviors of physical therapists. *Physical Therapy* 83: 786-805.

Menon A, Korner-Bitensky N, Kastner M, McKibbin KA, Straus S 2009 Strategies for rehabilitation professionals to move evidence-based knowledge into practice: a systematic review. *Journal of Rehabilitation Medicine* 41: 1024-1032.

Valdes K, Von der Heyde R 2012 Attitudes and opinions of evidence-based practice among hand therapists: a survey study. *Journal of Hand Therapy* 25: 288-296.

Van de Velde S, Vander Stichele R, Fauquert B, Geens S, Heselmans A, Ramaekers D, Kunnamo I, Aertgeerts B 2013 EBMPPracticeNet: A bilingual national electronic point-of-care project for retrieval of evidence-based clinical guideline information and decision support. *JMIR Research Protocols* 2.

Wallace J, Nwosu B, Clarke M 2012 Barriers to the uptake of evidence from systematic reviews and meta-analyses: a systematic review of decision makers' perceptions. *BMJ Open* 2.

Wallace J, Byrne C, Clarke M 2014 Improving the uptake of systematic reviews: a systematic review of intervention effectiveness and relevance. *BMJ Open* 4.

VOETNOTEN

- ¹ Het Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine
- ² Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Kinesitherapeuten vzw
- ³ Masterproef van Timen Frans (2015), opgesteld in het kader van de opleiding Revalidatiewetenschappen en Kinesitherapie, met als titel “Een kwantitatieve studie naar de inhoud en meerwaarde van Evidence Summaries in de dagelijkse praktijk van kinesitherapeuten”
- ⁴ Beroepscompetentieprofiel van de Belgische kinesitherapeut (2010)
- ⁵ Masterproef deel 1 van Rianne Linssen en Lynn Verstraeten (2014), opgesteld in het kader van de opleiding Revalidatiewetenschappen en Kinesitherapie, met als titel “De verspreiding van effectieve kinesitherapeutische interventies – een analyse van de relevantie en bruikbaarheid van evidence-based summaries in de kinesitherapeutische praktijk”
- ⁶ Masterproef van Elisabeth Claes en Carl Jans (2013), opgesteld in het kader van de opleiding Revalidatiewetenschappen en Kinesitherapie, met als titel “Het verspreiden van effectieve kinesitherapeutische interventies – een analyse van de relevantie en bruikbaarheid van een gecomprimeerde databank van evidence-samenvattingen”
- ⁷ Pro-Q-Kine vzw: Een onafhankelijke organisatie, opgericht op 15 november 2012, die het systeem van kwaliteitsbevordering voor kinesitherapeuten in België implementeert
- ⁸ Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsuitkering
- ⁹ AXXON, Physical therapy in Belgium vzw: Een onafhankelijke organisatie opgericht op 8 september 2009 uit een fusie van het Nationaal Kinesitherapeuten Kartel en het AKB

BIJLAGEN

Bijlage 1: Voorbeeld evidence-based summary

Exercise therapy for patellofemoral pain syndrome

Evidence summaries
19.2.2004
Editors

Level of evidence = C

Exercise therapy may be more effective than no exercise for pain reduction in patellofemoral pain syndrome.

A Cochrane review (abstract [1](#), review [2](#)) included 12 studies with a total of 674 patients. One high quality (Clark, n=81) and two low quality studies used a control group not receiving exercise therapy. Significantly greater pain reduction in the exercise groups was found in one high and one low quality study, though at different time points. Only one low quality study reported significantly greater functional improvement with exercise. Five studies compared exercise therapies that could be designated closed kinetic chain exercise (foot in contact with a surface) versus open kinetic chain exercise (foot not in contact with a surface). No significant differences in improvement of function or reduction of pain were apparent between the types of exercise in any of the studies.

Comment: The quality of evidence is downgraded by study quality (inadequate or unclear allocation concealment and more than 20% loss to follow up) and by imprecise results (few patients and wide confidence intervals).

This evidence summary is linked to the following guidelines:

- Patellar chondromalacia [1](#)

References

1. Heintjes E, Berger MY, Bierma-Zeinstra SM, Bernsen RM, Verhaar JA, Koes BW. Exercise therapy for patellofemoral pain syndrome. Cochrane Database Syst Rev 2003;(4):CD003472. [PubMed](#)

Article ID: evd04403 (000.000)
© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

Bijlage 2: Vragenlijst

Vragenlijst over het gebruik van en attitudes ten opzichte van Evidence-Based Practice (EBP) in de kinesitherapie

Inleiding

Deze vragenlijst maakt deel uit van twee studies die uitgevoerd worden in verband met een masterproef aan de faculteit Revalidatiewetenschappen en Kinesitherapie aan de Universiteit Hasselt.

Het doel van deze studies is om de behoefte aan wetenschappelijk bewijs bij kinesitherapeuten in kaart te brengen. Daarnaast trachten ze ook om mogelijke obstakels op te sporen die kinesitherapeuten kunnen ondervinden bij het opzoeken of toepassen van dergelijk wetenschappelijk bewijs in de dagelijkse praktijk. Aan de hand van dit onderzoek kunnen er vervolgens maatregelen genomen worden zodat deze obstakels geminimaliseerd worden en het gebruik van wetenschappelijk bewijs geoptimaliseerd wordt. Zo zullen kinesitherapeuten er op een meer eenvoudige manier gebruik van kunnen maken. Op termijn is het de bedoeling om beschikbare wetenschappelijke artikels toegankelijker te maken voor alle kinesitherapeuten.

De vragenlijst bestaat uit 5 delen. Het eerste deel bevroegd persoonlijk/demografische informatie. Het tweede deel gaat over de attitudes omtrent, het gebruik van, en de voor- en nadelen van EBP. Het volgende deel heeft betrekking tot de attitudes tegenover en het gebruik van een bijzondere vorm van EBP namelijk klinische richtlijnen (practice guidelines). In het vierde deel leggen we u eerst een casus voor en bevragen we uw behandelingsstrategie en in het laatste deel vragen we u een evidence summary te lezen over deze casus en peilen we naar uw attitude tegenover evidence summaries en de componenten die u als essentieel acht om deze als bruikbaar te beschouwen in de klinische praktijk.

Deze enquête neemt ongeveer 15 minuten in beslag. Deelname is vrijwillig en het is steeds mogelijk om uw deelname voortijdig af te breken zonder hiervoor een reden te moeten vermelden.

Uw antwoorden zijn anoniem en kunnen niet getraceerd worden onder de naam van een specifiek persoon. Door de enquête in te vullen, accepteert u dat uw antwoorden geanalyseerd en gebruikt zullen worden voor verder onderzoek.

Deel 1: Persoonlijke- en demografische informatie

Lees eerst deze definitie vooraleer u de volgende vragen beantwoord:

Evidence-Based Practice (EBP) wordt gedefinieerd als het integreren van de best beschikbare externe klinische evidentie van systematisch onderzoek samen met individuele klinische ervaring en de voorkeuren van de patiënt.

1. Wat is uw geslacht?
 - Man
 - Vrouw

2. Tot welke leeftijdscategorie behoort u?
 - 20-29 jaar
 - 30-39 jaar
 - 40-49 jaar
 - 50-59 jaar
 - 60+ jaar

3. Hoeveel jaar werkt u reeds als kinesitherapeut?
- < 3 jaar
 - 3-5 jaar
 - 6-10 jaar
 - 11-20 jaar
 - 21-30 jaar
 - 31-40 jaar
 - > 40 jaar
4. Welk diploma heeft u in de kinesitherapie?
- Graduaatdiploma 3 jaar
 - Graduaatdiploma 4 jaar
 - Licentiaatsdiploma 4 jaar
 - Licentiaatsdiploma 5 jaar
 - Bachelorsdiploma (3 jaar) + Masterdiploma (5 jaar)
 - Doctoraatsdiploma
5. Indien u een masterdiploma heeft, in welk domein bent u afgestudeerd?
- Niet van toepassing
 - Musculoskeletale revalidatie
 - Neurologische revalidatie
 - Geriatrische revalidatie
 - Revalidatie bij inwendige aandoeningen
 - Pediatrische revalidatie
 - Revalidatie in de geestelijke gezondheidszorg
 - Lerarenopleiding
6. In welke setting werkt u? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)
- Ziekenhuis (universitair ziekenhuis, algemeen ziekenhuis, revalidatiecentrum,...)
 - Psychiatrische instelling
 - Zelfstandige praktijk
 - Woon- en zorgcentrum
 - School
7. Neemt u regelmatig (≥ 3 keer per jaar) deel aan bijscholingen?
- Ja
 - Nee
8. Hoeveel kinesitherapeuten zijn er actief op de (hoofd)plaats waar u werkt?
- < 3
 - 3-5
 - 6-10
 - 11-15
 - > 15
9. Heeft u ervaring met het begeleiden van stagiaires kinesitherapie?
- Ja
 - Nee
10. Welk aandeel van uw totale werktijd besteed u aan de kinesitherapeutische zorg voor uw patiënten (inclusief patiëntenadministratie). Dit wil zeggen hoeveel procent van uw werktijd bent u effectief bezig met het uitvoeren van kinesitherapeutische handelingen? Activiteiten zoals lesgeven, infosessies, ... worden hier niet meegerekend.
- < 25%
 - 26-50%
 - 51-75%
 - > 75%

Deel 2: Attitudes omtrent, het gebruik van en de voor- en nadelen van EBP

Lees eerst deze definitie vooraleer u de volgende vragen van het tweede deel van de vragenlijst beantwoord:

EBP wordt gedefinieerd als het integreren van de best beschikbare externe klinische evidentie van systematisch onderzoek samen met individuele klinische ervaring en de voorkeuren van de patiënt.

Beantwoord de vragen door een antwoord te kiezen dat het best aansluit bij uw mening.

11. Ik vind het noodzakelijk om EBP toe te passen in de dagelijkse praktijk.
 - Ik ben het volledige oneens met deze stelling
 - Ik ben het gedeeltelijk oneens met deze stelling
 - Ik ben het gedeeltelijk eens met deze stelling
 - Ik ben het volledig eens met deze stelling

12. Ik denk dat de toepassing van EBP in mijn dagelijks werk onredelijke eisen (zoals het neemt te veel tijd in beslag, onvermogen om van alles op de hoogte te zijn,...) creëert.
 - Ik ben het volledige oneens met deze stelling
 - Ik ben het gedeeltelijk oneens met deze stelling
 - Ik ben het gedeeltelijk eens met deze stelling
 - Ik ben het volledig eens met deze stelling

13. Heeft u ooit opleiding gekregen of een cursus gevolgd over EBP?
 - Ja, tijdens mijn opleiding Revalidatiewetenschappen en Kinesitherapie
 - Ja, tijdens een bijscholing
 - Nee

14. Ik wil de kennis en vaardigheden, die nodig zijn om EBP toe te passen in mijn werk, leren en verbeteren.
 - Ik ben het volledige oneens met deze stelling
 - Ik ben het gedeeltelijk oneens met deze stelling
 - Ik ben het gedeeltelijk eens met deze stelling
 - Ik ben het volledig eens met deze stelling

15. Er ontbreekt sterk wetenschappelijk bewijs over de meeste behandelingen die ik uitvoer bij mijn patiënten.
 - Ik ben het volledige oneens met deze stelling
 - Ik ben het gedeeltelijk oneens met deze stelling
 - Ik ben het gedeeltelijk eens met deze stelling
 - Ik ben het volledig eens met deze stelling

16. EBP kan mij helpen bij het maken van beslissingen omtrent de keuze van een behandeling.
 - Ik ben het volledige oneens met deze stelling
 - Ik ben het gedeeltelijk oneens met deze stelling
 - Ik ben het gedeeltelijk eens met deze stelling
 - Ik ben het volledig eens met deze stelling

17. Het aantal wetenschappelijke artikels, die gerelateerd zijn aan mijn klinisch werk, die ik lees tijdens een typische/normale maand.
 - ≤ 1 artikel
 - 2-5 artikels
 - 6-10 artikels
 - 11-15 artikels
 - 16+ artikels

18. Op mijn werkplaats wordt het gebruik van recent onderzoek aangemoedigd.
- Ik ben het volledige oneens met deze stelling
 - Ik ben het gedeeltelijk oneens met deze stelling
 - Ik ben het gedeeltelijk eens met deze stelling
 - Ik ben het volledig eens met deze stelling
19. Ik ben overtuigd van mijn vaardigheden om relevant onderzoek te kunnen vinden die aan mijn klinische vragen voldoen.
- Ik ben het volledige oneens met deze stelling
 - Ik ben het gedeeltelijk oneens met deze stelling
 - Ik ben het gedeeltelijk eens met deze stelling
 - Ik ben het volledig eens met deze stelling
20. Ik ben overtuigd van mijn vaardigheden om mijn patiënten te behandelen volgens recente evidentie.
- Ik ben het volledige oneens met deze stelling
 - Ik ben het gedeeltelijk oneens met deze stelling
 - Ik ben het gedeeltelijk eens met deze stelling
 - Ik ben het volledig eens met deze stelling

Deel 3: Attitudes tegenover en het gebruik van een bijzondere vorm van EBP namelijk klinische richtlijnen

Lees eerst deze definitie vooraleer u de volgende vragen van het derde deel van deze vragenlijst beantwoord:

Klinische richtlijnen (practice guidelines) van EBP zijn systematisch ontwikkelde aanbevelingen met het doel om het voor zorgverleners en patiënten makkelijker te maken om beslissingen te nemen over een gepaste behandeling in specifieke situaties.

In deze vragenlijst, wordt er met 'richtlijnen' 'evidence-based klinische richtlijnen voor kinesithérapie' bedoeld.

Beantwoord de vragen door een antwoord te kiezen dat het best aansluit bij uw mening.

21. Ik vind het belangrijk dat er makkelijk verkrijgbare (d.w.z. gratis, elektronische en snel te verkrijgen) evidence-based richtlijnen bestaan, die gerelateerd zijn aan mijn werk.
- Ik ben het volledige oneens met deze stelling
 - Ik ben het gedeeltelijk oneens met deze stelling
 - Ik ben het gedeeltelijk eens met deze stelling
 - Ik ben het volledig eens met deze stelling
22. Ik vind het belangrijk om evidence-based richtlijnen te gebruiken tijdens mijn werk.
- Ik ben het volledige oneens met deze stelling
 - Ik ben het gedeeltelijk oneens met deze stelling
 - Ik ben het gedeeltelijk eens met deze stelling
 - Ik ben het volledig eens met deze stelling
23. Ik heb snel en gemakkelijk toegang tot relevante evidence-based richtlijnen op mijn werkplaats.
- Ik ben het volledige oneens met deze stelling
 - Ik ben het gedeeltelijk oneens met deze stelling
 - Ik ben het gedeeltelijk eens met deze stelling
 - Ik ben het volledig eens met deze stelling

24. Ik heb snel en gemakkelijk toegang tot relevante evidence-based richtlijnen op locaties buiten mijn werkplaats.
- Ik ben het volledige oneens met deze stelling
 - Ik ben het gedeeltelijk oneens met deze stelling
 - Ik ben het gedeeltelijk eens met deze stelling
 - Ik ben het volledig eens met deze stelling
25. Via welke bronnen gaat u evidence-based raadplegen? Noem er drie op. Indien u geen idee heeft waar u evidence-based richtlijnen kan raadplegen, noteert u "geen idee waar ik evidence-based richtlijnen kan raadplegen".
- ...
 - ...
 - ...
26. Bij welke diagnoses zou u het meeste baat hebben bij evidence-based richtlijnen? Noem er 5 op.
- ...
 - ...
 - ...
 - ...
 - ...
27. Duidt 3 factoren aan die voor u de grootste belemmerende factoren vormen voor het gebruik van evidence-based richtlijnen. Rangschik van 1 t.e.m. 3 waarbij 1 de belangrijkste factor is.
- Gebrek aan tijd
 - Gebrek aan toegang van richtlijnen
 - Geen of te weinig richtlijnen bestaan voor mijn specifieke patiëntengroep
 - Weet niet waar en hoe ik de richtlijnen kan vinden
 - Beperkt vermogen om richtlijnen kritisch te beoordelen
 - Beperkt vermogen om de aanbevelingen uit de richtlijnen toe te passen op mijn patiëntenpopulatie
 - Richtlijnen zijn te algemeen en niet specifiek genoeg
 - Richtlijnen lijken te veel op een 'recept' en ze laten me niet toe om te beslissen wat het meest geschikt is
 - Gebrek aan steun van collega's op mijn werkplaats
 - Gebrek aan interesse
 - Andere(n) (vul zelf aan):.....

Deel 4: Casus waarbij uw behandelingsstrategie bevroegd word

Lees eerst deze casus vooraleer u de volgende vragen van het vierde deel van deze vragenlijst beantwoord:

Peter is een veertiger die al een tijdje sukkel met zijn gezondheid. De laatste maanden is hij constant moe. Peter is ook meer vermoeid dan vroeger na een dagje werken, met meer hoofdpijn dan normaal. Ook herstelt Peter minder snel van een vermoeiende inspanning, met meer spier- en gewrichtspijnen als gevolg. Soms had hij na die inspanning ook een algemeen gevoel van malaise. Oorspronkelijk dacht hij dat het met de leeftijd had te maken, maar toen hij zijn levensmoed en levensvreugde begon te verliezen begon hij toch te denken aan iets pathologisch. Ook omdat de vermoeidheid niet verbeterde als Peter meer rustte of meer sliep contacteerde hij zijn huisarts die hem doorverwees naar de specialist. Na enkele onderzoeken kwam men met de diagnose 'chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS)'. Peter komt twijfelend, maar toch met veel hoop bij jou als kinesitherapeut om opnieuw zijn oude leven te kunnen opnemen.

28. Is het volgens jou een meerwaarde om deze pathologie te behandelen met kinesitherapie?
- Ja
 - Nee
 - Indien nee, waarom niet? ...

29. Techniek(en) die u zou toepassen? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- Manuele technieken (mobilisaties, tractie/translaties)
- Lymfedrainage
- Medische oefentherapie (kracht- en/of uithoudingstraining)
- Ademhalingsoefeningen
- Shockwave therapie
- Elektrotherapie
- Cryotherapie
- Taping
- Educatie
- Massage
- Tapotage
- Bekkenbodembem reëducatie
- Graduele oefentherapie
- Relaxatie
- Cognitieve gedragstherapie
- Acupunctuur
- Homeopathie
- Osteopathie
- Andere(n) (vul zelf aan):.....

30. Hoe zou u bij een patiënt met deze pathologie typisch aan de slag gaan qua behandeling?

- Intensiteit? (uitkomst is afhankelijk van welke techniek je gebruikt: bijvoorbeeld VO2max, graden van mobiliseren, 1RM,...)
 - ...
- Frequentie
 - 1x/week
 - 2x/week
 - 3x/week
 - 3-5x/week
 - 5x/week
- Duur per sessie?
 - < 20 minuten
 - 20-30 minuten
 - 30-50 minuten
 - > 50 minuten
- Totaal aantal sessies?
 - < 9
 - 9-18
 - 18-30
 - 30-60
 - >60
- Totale duur?
 - < 2 weken
 - 2-4 weken
 - 4-8 weken
 - 8-16 weken
 - 16-32 weken
 - 32 weken
 - Levenslang
- Als je deze behandeling hebt uitgevoerd, met welke informatiebronnen heb je dan rekening gehouden? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)
 - Wetenschappelijk ondersteunde databanken
 - Klinische ervaring
 - Feedback van collega's
 - Doktersvoorschrift
 - Zoekrobot op het internet (google,...)
 - Kennis van op school, bijscholing,...
 - Uit boeken
 - Andere(n) (vul zelf aan):.....

Deel 5: Evidence summary over de casus

Lees eerst deze definitie en de evidence summary over de casus vooraleer u de volgende vragen van het laatste deel van deze vragenlijst beantwoord. Kies een antwoord dat het best aansluit bij uw mening:

Een evidence summary is een bondige samenvatting van de bevindingen van belangrijk wetenschappelijk onderzoek voor een specifieke klinische vraag. Met 'bruikbaar' bedoelen we de mogelijkheid om de informatie uit de EBP-informatie direct om te kunnen zetten in de praktijk.

Evidence summary: Exercise therapy for chronic fatigue syndrome

Level of evidence = B

Exercise therapy appears to relieve fatigue and improve physical functioning in patients with chronic fatigue syndrome.

A Cochrane review included five studies on the effectiveness of exercise therapy for chronic fatigue syndrome (CFS), with a total of 470 subjects. At 12 weeks, those receiving exercise therapy were less fatigued than the control participants (SMD -0.77, 95% CIs -1.26 to -0.28). Physical functioning was significantly improved with exercise therapy group (SMD -0.64, CIs -0.96 to -0.33) but there were more dropouts with exercise therapy (RR 1.73, CIs 0.92 to 3.24).

Depression was non-significantly improved in the exercise therapy group compared to the control group at 12 weeks (WMD -0.58, 95% CIs -2.08 to 0.92). Participants receiving exercise therapy were less fatigued than those receiving the antidepressant fluoxetine at 12 weeks (WMD -1.24, 95% CIs -5.31 to 2.83). Participants receiving the combination of the two interventions, exercise + fluoxetine, were less fatigued than those receiving exercise therapy alone at 12 weeks, although again the difference did not reach significance (WMD 3.74, 95% CIs -2.16 to 9.64).

When exercise therapy was combined with patient education, those receiving the combination were less fatigued than those receiving exercise therapy alone at 12 weeks (WMD 0.70, 95% CIs -1.48 to 2.88).

Comment: The quality of evidence is downgraded by imprecise results (limited study size for each comparison).

Interventions with a significant effect on fatigue and physical functioning had the following range of parameters: 3 to 5 sessions per week for 30 minutes at 40% of VO₂max, lasting for 12 weeks and consisting of a program with the focus on physical activity with support of a exercise diary.

References

1. Edmonds M, McGuire H, Price J. Exercise therapy for chronic fatigue syndrome. Cochrane Database Syst Rev 2004;(3):CD003200

31. Was u voor het lezen van de summary alreeds op de hoogte van deze evidence-based informatie?

- Ja
- Gedeeltelijk, maar er stonden toch nog nieuwigheden bij
- Nee

32. Als u deze evidence summary hebt gelezen, staat er dan voldoende bruikbare informatie in waar u mee aan de slag kunt gaan in de klinische praktijk?
- Ja, voldoende om mee aan de slag te kunnen gaan
 - Gedeeltelijk, het kan wel helpen maar de evidence summary alleen volstaat niet
 - Nee, helemaal niet voldoende om mee aan de slag te kunnen gaan
33. Komt de aanpak die u voor de casus invulde overeen met de besluiten uit de evidence summary?
- Helemaal wel
 - Gedeeltelijk
 - Helemaal niet
34. Vindt u het nodig om uw behandelwijze aan te passen?
- Helemaal wel
 - Gedeeltelijk
 - Helemaal niet
35. Zou u het nuttig vinden om evidence summaries ter beschikking te hebben over klinische vragen in de kinesithherapie?
- Ja
 - Ja, mits aanpassingen
 - Nee
36. Hoe beoordeelt u de lengte van deze evidence summary?
- Te kort
 - Goed
 - Te lang
37. Welke componenten moeten evidence summaries voor u zeker bevatten om bruikbaar te zijn in de praktijk? Duidt alle opties aan die u belangrijk acht.
- Intensiteit van de therapie
 - Frequentie van de therapie
 - Duur van de therapie
 - Grootte van het effect ten opzichte van andere interventies of placebo
 - Mogelijke effecten van de therapie op korte- en lange termijn
 - Contra-indicaties voor de therapie
 - De onderzochte populatie
 - Level of evidence
 - Andere(n) (vul zelf aan):.....
38. Vindt u de evidence summary begrijpbaar geschreven?
- Helemaal wel
 - Gedeeltelijk
 - Helemaal niet
39. Indien u op bovenstaande vraag 'gedeeltelijk' of 'helemaal niet' antwoordde: Wat zijn de oorzaken hiervan?
- Ik beantwoordde de vorige vraag met 'helemaal wel'
 - De Engelse taal
 - Onbekende terminologie
 - Uitgebreider kaderen in bredere context
 - Andere(n) (vul zelf aan):.....
40. Bent u vertrouwd met de volgende begrippen uit de evidence summary:
- Level of evidence
 - Ja
 - Nee
 - Cochrane review
 - Ja
 - Nee

- Statistische significant
 - Ja
 - Nee
- Confidence interval (CI)
 - Ja
 - Nee
- Standardised mean difference (SMD)
 - Ja
 - Nee
- Allocation concealment
 - Ja
 - Nee
- Intention to treat
 - Ja
 - Nee

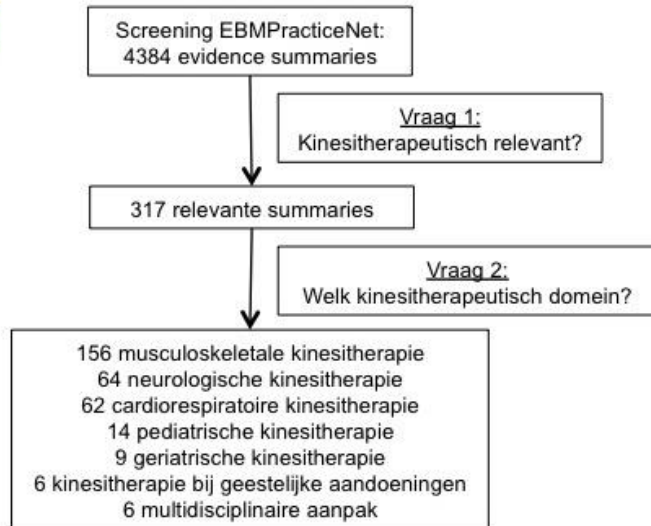
41. Heeft u tot slot nog andere opmerkingen met betrekking tot EBP, richtlijnen, evidence-based summaries en behandelingsmethoden?

Hartelijk dank voor het afleggen van onze vragenlijst!

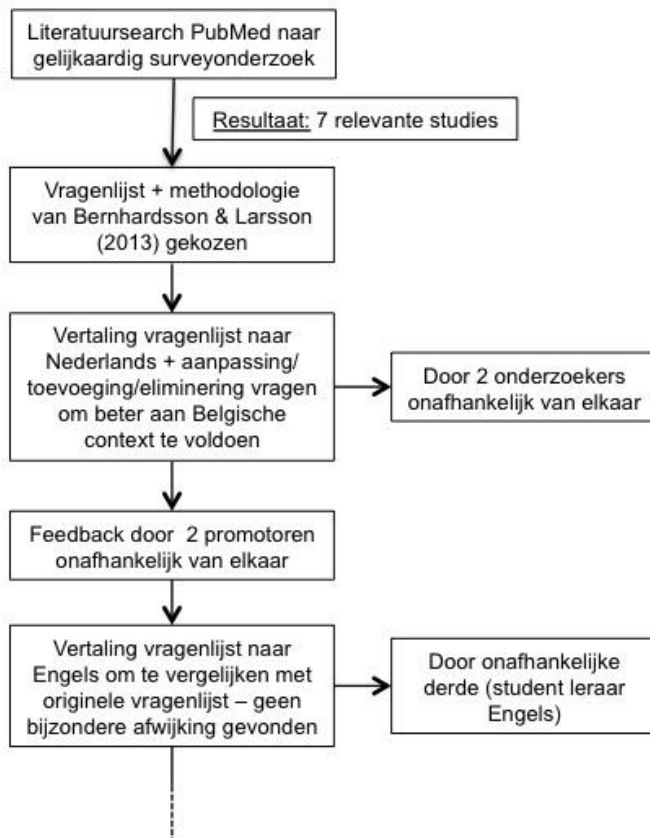
Bijlage 3: Flowchart methodologie MP deel 1 en deel 2

MP deel 1

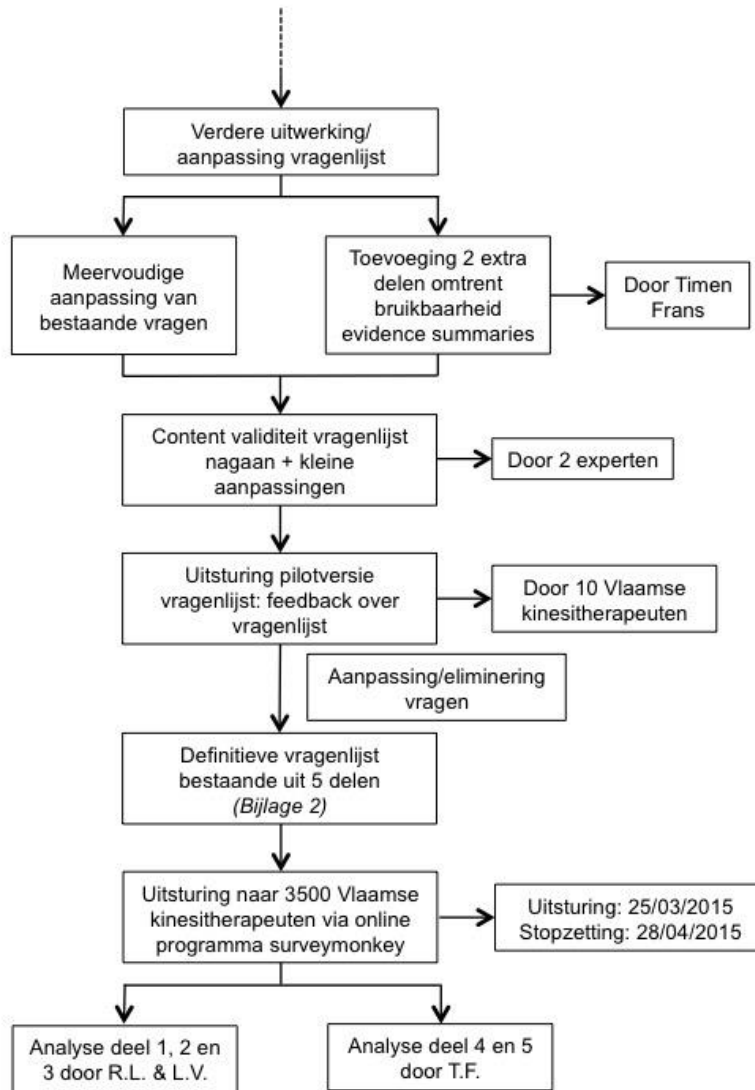
Screening databank



Opstellen vragenlijst



MP deel 2



Bijlage 4: E-mail uitnodiging voor deelname aan onderzoek

Aan:
Van: "info@pqk.be via surveymonkey.com" <member@surveymonkey.com>
Onderwerp: Onderzoek naar opzoeken en toepassen van wetenschappelijke evidentie
Tekst: Geachte collega kinesitherapeut,

We nodigen u graag uit om onze vragenlijst, die deel uit maakt van een masterproef van de opleiding Revalidatiewetenschappen en Kinesitherapie aan de Universiteit van Hasselt, in te vullen.

We willen de mogelijke hinderpalen en obstakels m.b.t. het gebruik van wetenschappelijke evidentie in kaart willen brengen zodat we deze obstakels uiteindelijk kunnen minimaliseren. Hierdoor zal het gebruik en toepassen van wetenschappelijke evidentie in de klinische praktijk geoptimaliseerd worden.

Via de onderstaande link kan u deelnemen aan deze vragenlijst (Let wel: deze koppeling is uitsluitend bedoeld voor de combinatie van deze enquête en uw e-mailadres. Stuur dit bericht niet door.):

<https://nl.surveymonkey.com/s.aspx>

Alvast hartelijk dank voor uw deelname!

Met vriendelijke groet,
Pro-Q-Kine

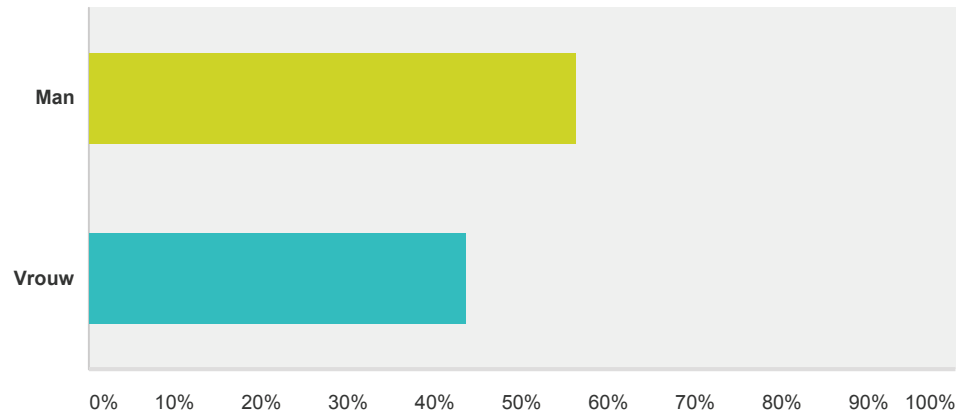
Let op: Als u geen verdere e-mails van ons wilt ontvangen, klik dan op de onderstaande koppeling. U wordt dan automatisch van de mailing lijst verwijderd.

<https://nl.surveymonkey.com/optout.aspx>

Bijlage 5: Resultaten vragenlijst

Q1 Wat is uw geslacht?

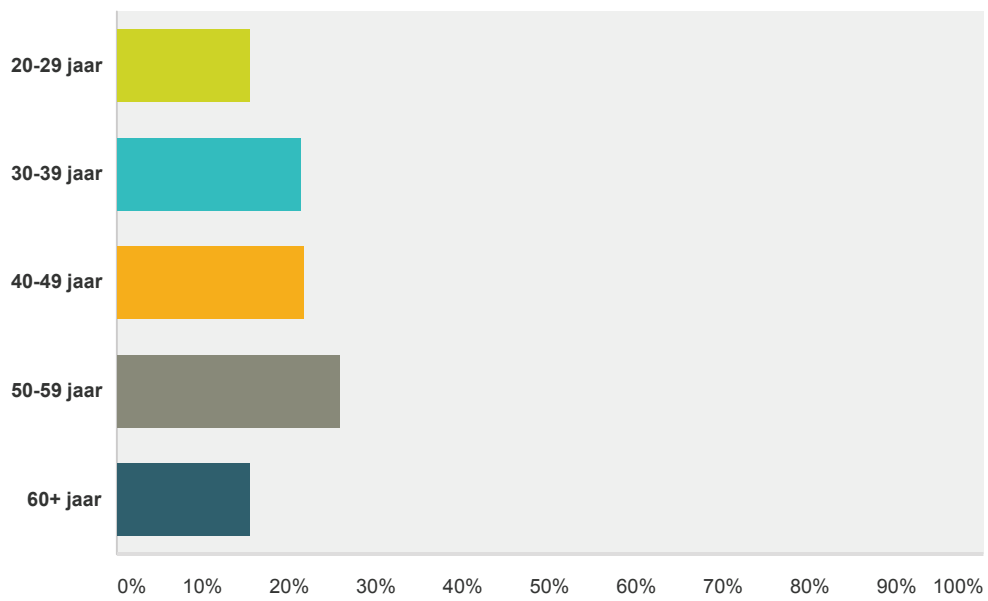
Beantwoord: 309 Overgeslagen: 0



Antwoordkeuzen	Reacties	
Man	56,31%	174
Vrouw	43,69%	135
Totaal		309

Q2 Tot welke leeftijdscategorie behoort u?

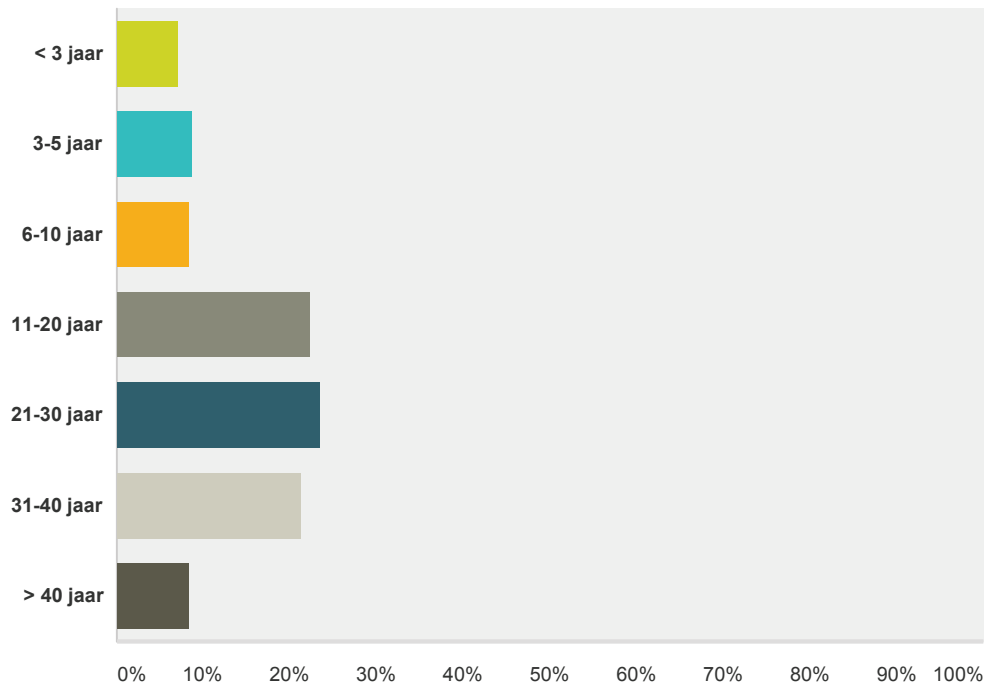
Beantwoord: 309 Overgeslagen: 0



Antwoordkeuzen	Reacties
20-29 jaar	15,53% 48
30-39 jaar	21,36% 66
40-49 jaar	21,68% 67
50-59 jaar	25,89% 80
60+ jaar	15,53% 48
Totaal	309

Q3 Hoeveel jaar werkt u reeds als kinesietherapeut?

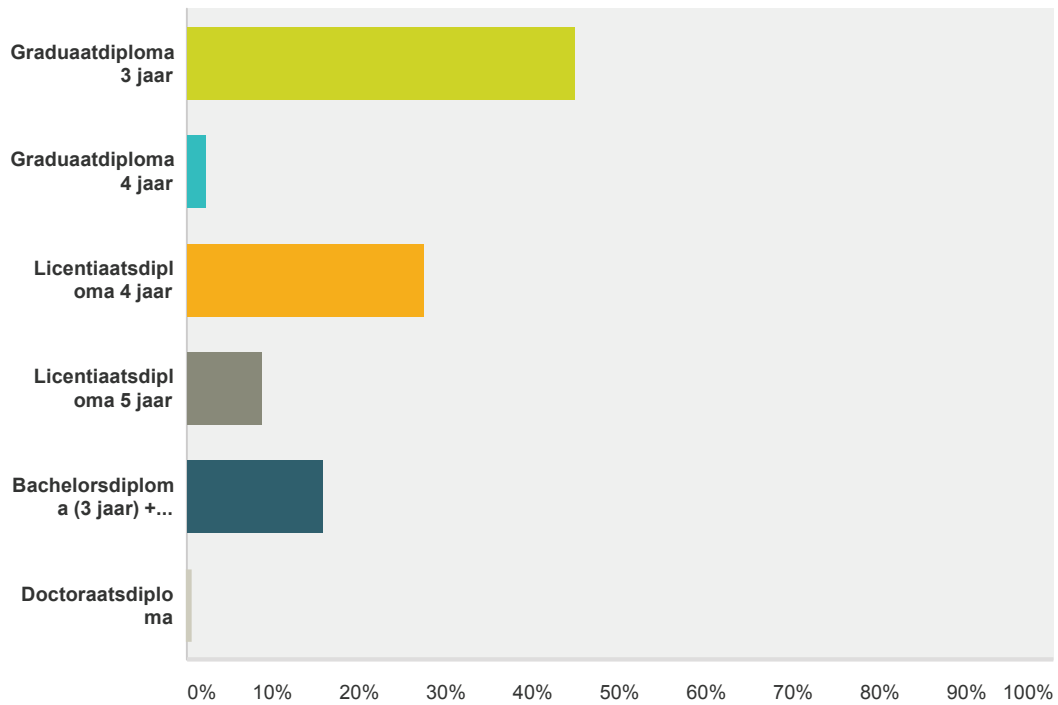
Beantwoord: 309 Overgeslagen: 0



Antwoordkeuzen	Reacties
< 3 jaar	7,12% 22
3-5 jaar	8,74% 27
6-10 jaar	8,41% 26
11-20 jaar	22,33% 69
21-30 jaar	23,62% 73
31-40 jaar	21,36% 66
> 40 jaar	8,41% 26
Totaal	309

Q4 Welk diploma heeft u in de kinesithherapie?

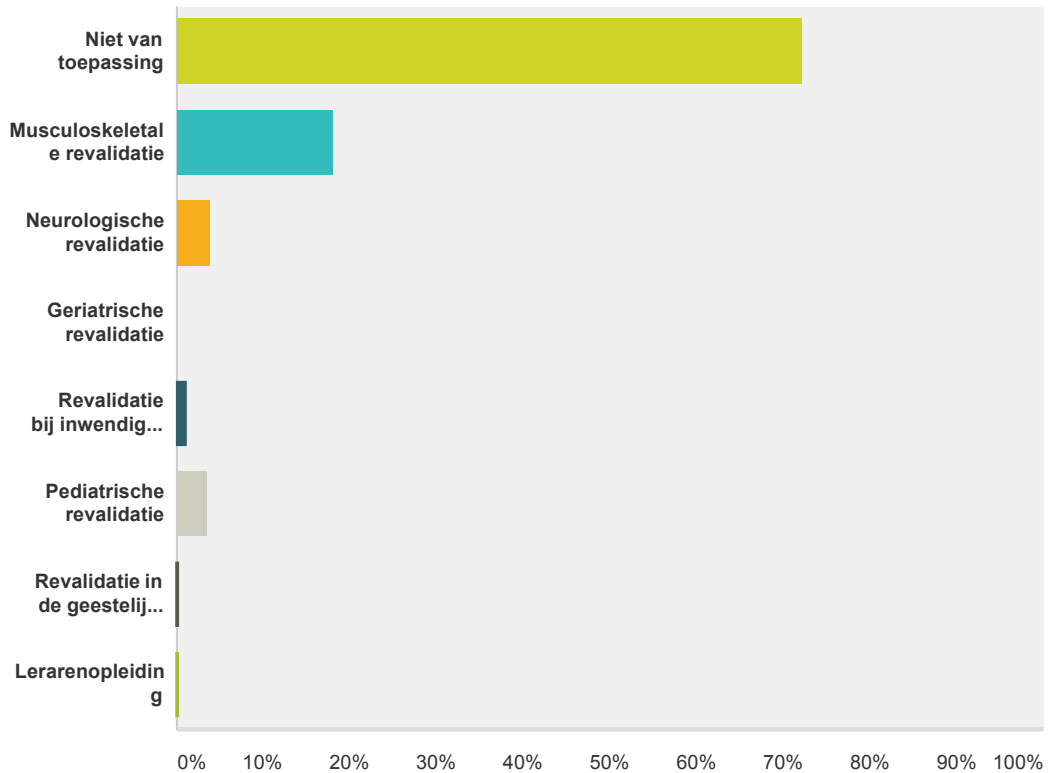
Beantwoord: 309 Overgeslagen: 0



Antwoordkeuzen	Reacties
Graduaatdiploma 3 jaar	44,98% 139
Graduaatdiploma 4 jaar	2,27% 7
Licentiaatsdiploma 4 jaar	27,51% 85
Licentiaatsdiploma 5 jaar	8,74% 27
Bachelorsdiploma (3 jaar) + Masterdiploma (5 jaar)	15,86% 49
Doctoraatsdiploma	0,65% 2
Totaal	309

Q5 Indien u een masterdiploma heeft, in welk domein bent u afgestudeerd?

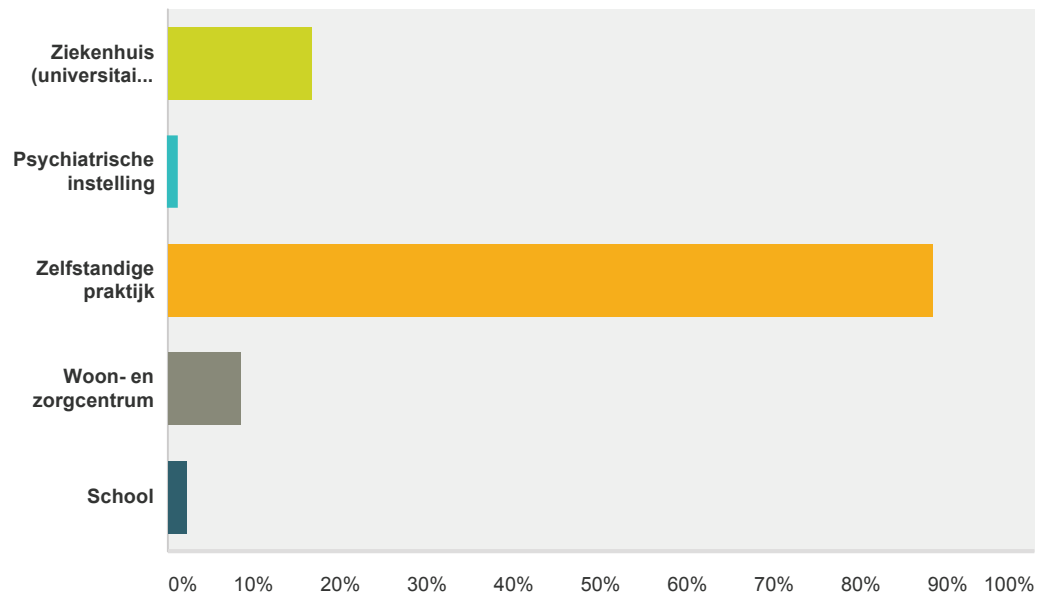
Beantwoord: 307 Overgeslagen: 2



Antwoordkeuzen	Reacties	
Niet van toepassing	72,31%	222
Musculoskeletale revalidatie	18,24%	56
Neurologische revalidatie	3,91%	12
Geriatrische revalidatie	0,00%	0
Revalidatie bij inwendige aandoeningen	1,30%	4
Pediatrische revalidatie	3,58%	11
Revalidatie in de geestelijke gezondheidszorg	0,33%	1
Lerarenopleiding	0,33%	1
Totaal		307

Q6 In welke setting werkt u?Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

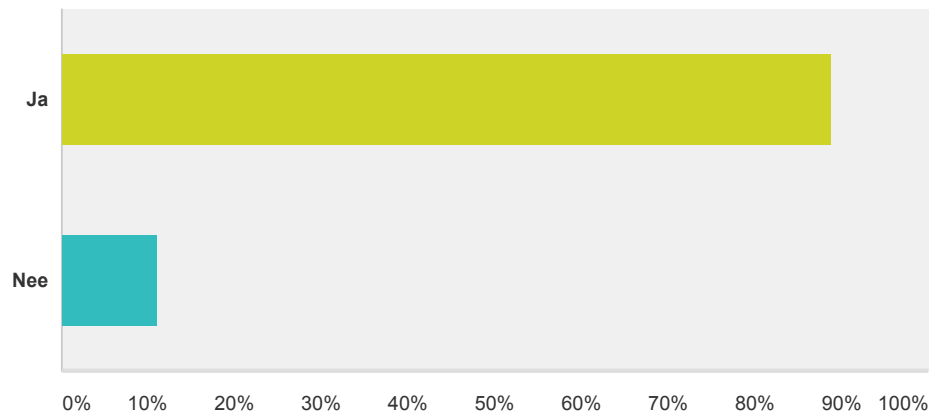
Beantwoord: 305 Overgeslagen: 4



Antwoordkeuzen	Reacties
Ziekenhuis (universitair ziekenhuis, algemeen ziekenhuis, revalidatiecentrum,...)	16,72% 51
Psychiatrische instelling	1,31% 4
Zelfstandige praktijk	88,52% 270
Woon- en zorgcentrum	8,52% 26
School	2,30% 7
Totale aantal respondenten: 305	

Q7 Neemt u regelmatig (≥ 3 keer per jaar) deel aan bijscholing(en)?

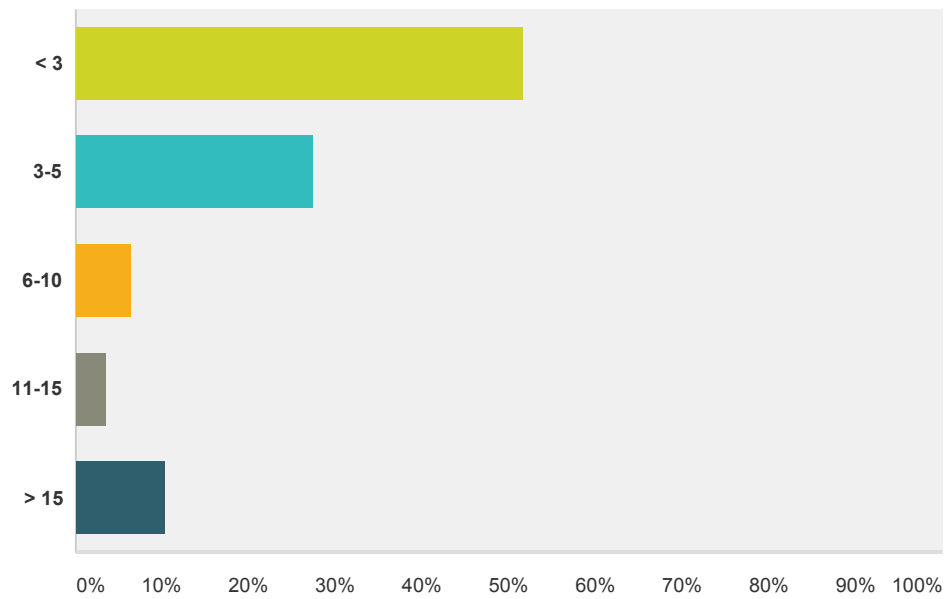
Beantwoord: 305 Overgeslagen: 4



Antwoordkeuzen	Reacties
Ja	88,85% 271
Nee	11,15% 34
Totaal	305

Q8 Hoeveel kinesitherapeuten zijn er actief op de (hoofd)plaats waar u werkt?

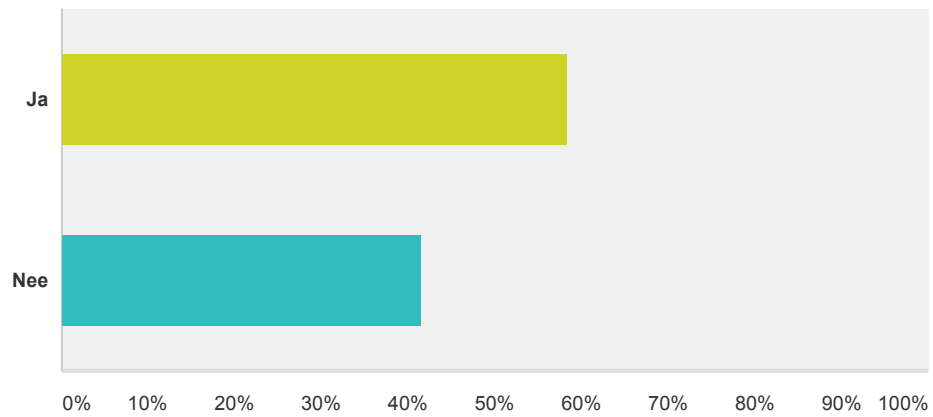
Beantwoord: 305 Overgeslagen: 4



Antwoordkeuzen	Reacties
< 3	51,80% 158
3-5	27,54% 84
6-10	6,56% 20
11-15	3,61% 11
> 15	10,49% 32
Totaal	305

Q9 Heeft u ervaring met het begeleiden van stagiaires kinesithérapie?

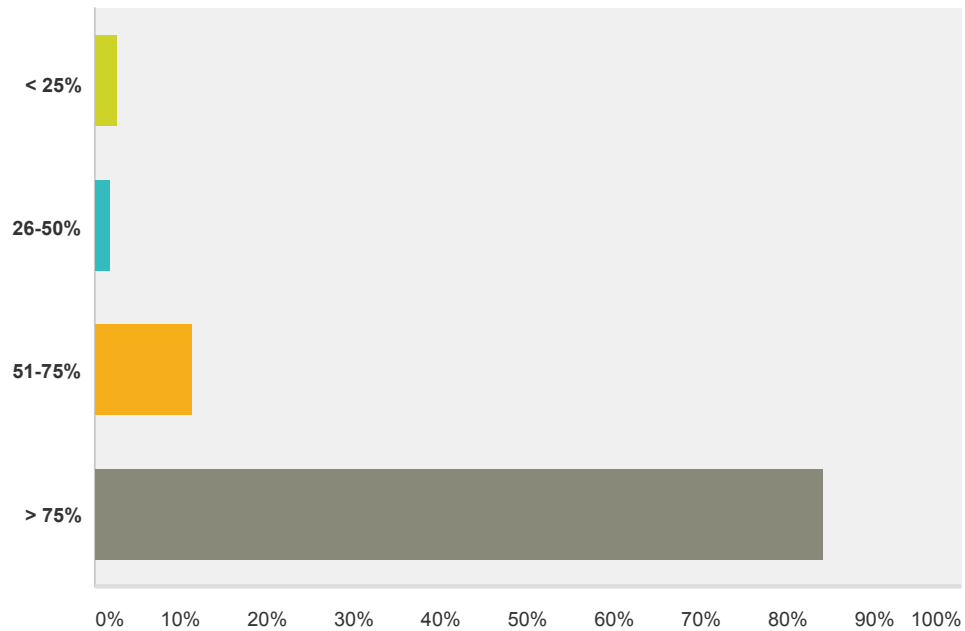
Beantwoord: 305 Overgeslagen: 4



Antwoordkeuzen	Reacties
Ja	58,36% 178
Nee	41,64% 127
Totaal	305

Q10 Welk aandeel van uw totale werktijd besteed u aan de kinesitherapeutische zorg voor uw patiënten (inclusief patiëntenadministratie). Dit wil zeggen hoeveel procent van uw werktijd bent u effectief bezig met het uitvoeren van kinesitherapeutische handelingen? Activiteiten zoals lesgeven, infosessies, ... worden hier niet meegerekend.

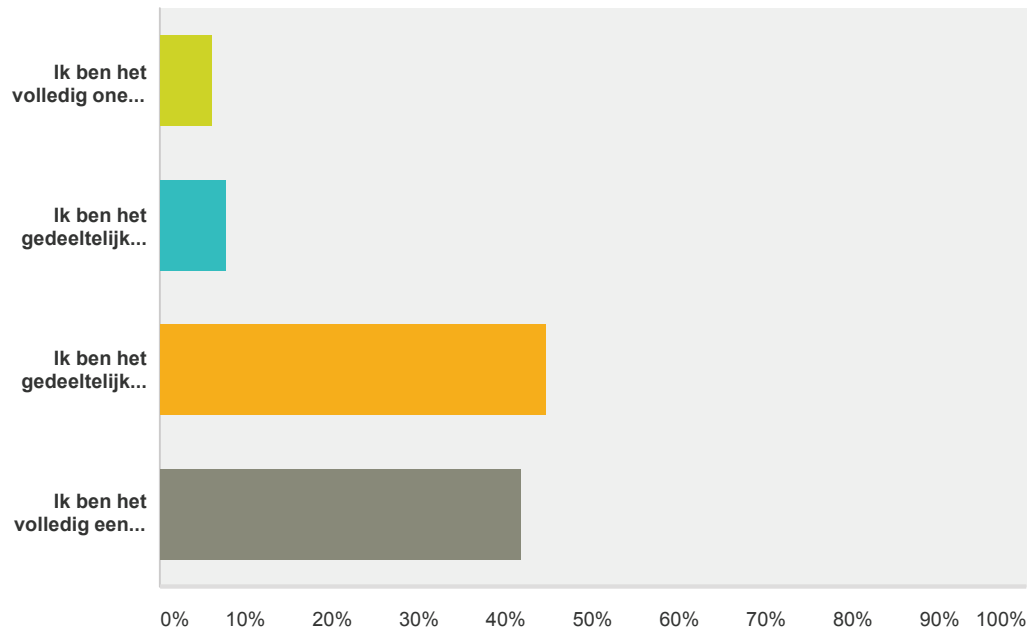
Beantwoord: 303 Overgeslagen: 6



Antwoordkeuzen	Reacties
< 25%	2,64% 8
26-50%	1,98% 6
51-75%	11,22% 34
> 75%	84,16% 255
Totaal	303

Q11 Ik vind het noodzakelijk om EBP toe te passen in de dagelijkse praktijk.

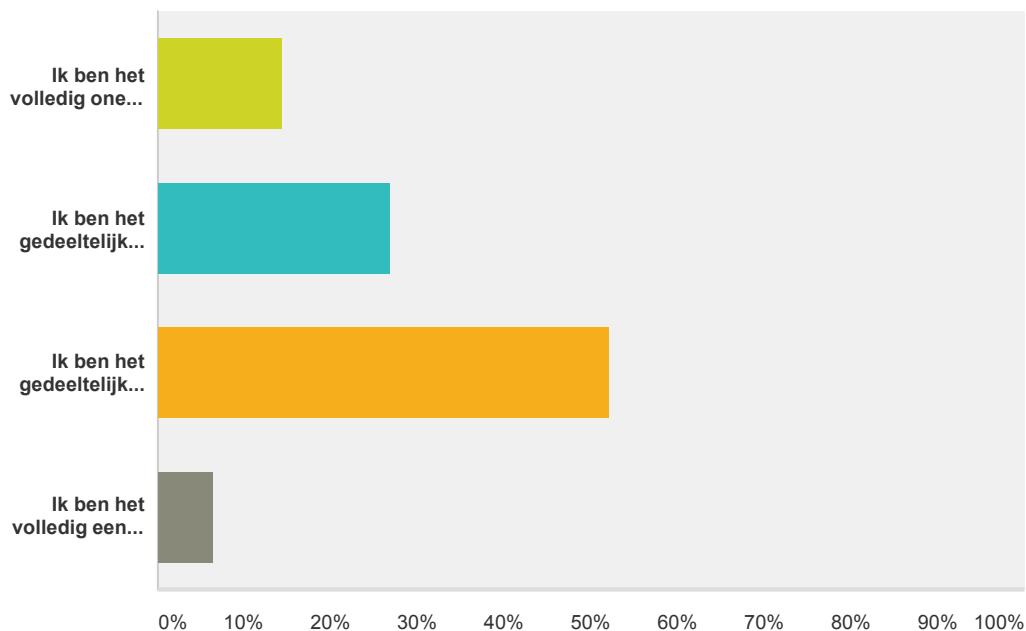
Beantwoord: 300 Overgeslagen: 9



Antwoordkeuzen	Reacties
Ik ben het volledig oneens met deze stelling	6,00% 18
Ik ben het gedeeltelijk oneens met deze stelling	7,67% 23
Ik ben het gedeeltelijk eens met deze stelling	44,67% 134
Ik ben het volledig eens met deze stelling	41,67% 125
Totaal	300

Q12 Ik denk dat de toepassing van EBP in mijn dagelijks werk onredelijke eisen (zoals het neemt te veel tijd in beslag, onvermogen om van alles op de hoogte te zijn,...) creëert.

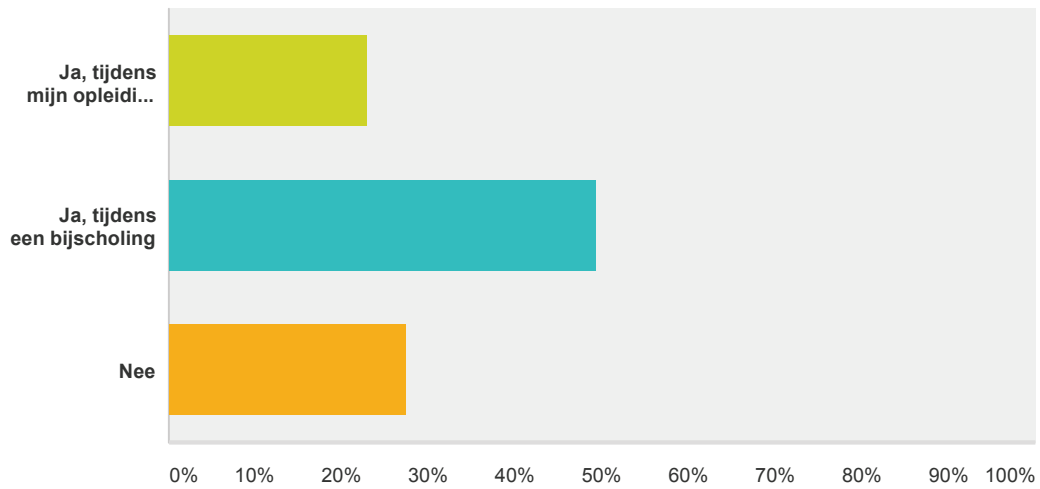
Beantwoord: 297 Overgeslagen: 12



Antwoordkeuzen	Reacties
Ik ben het volledig oneens met deze stelling	14,48% 43
Ik ben het gedeeltelijk oneens met deze stelling	26,94% 80
Ik ben het gedeeltelijk eens met deze stelling	52,19% 155
Ik ben het volledig eens met deze stelling	6,40% 19
Totaal	297

Q13 Heeft u ooit opleiding gekregen of een cursus gevolgd over EBP?

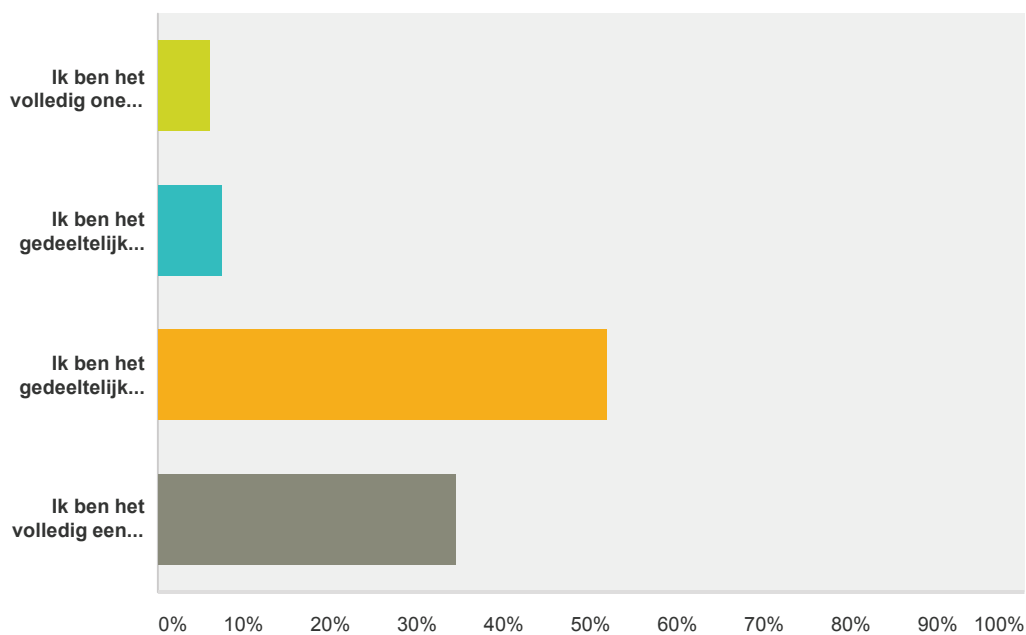
Beantwoord: 297 Overgeslagen: 12



Antwoordkeuzen	Reacties
Ja, tijdens mijn opleiding Revalidatiewetenschappen en Kinesithérapie	22,90% 68
Ja, tijdens een bijscholing	49,49% 147
Nee	27,61% 82
Totaal	297

Q14 Ik wil de kennis en vaardigheden, die nodig zijn om EBP toe te passen in mijn werk, leren en verbeteren.

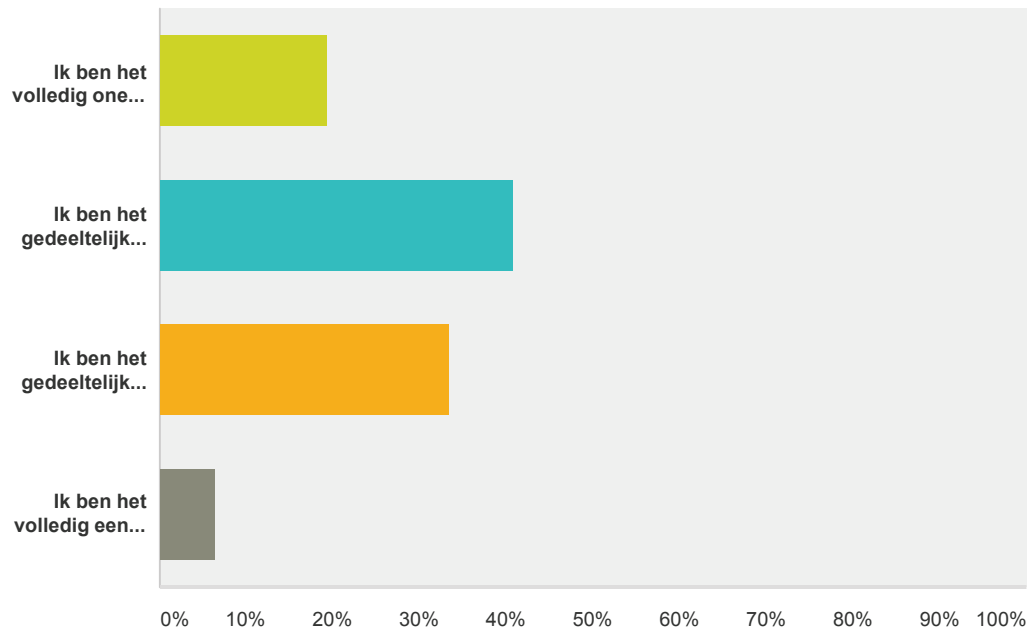
Beantwoord: 294 Overgeslagen: 15



Antwoordkeuzen	Reacties
Ik ben het volledig oneens met deze stelling	6,12% 18
Ik ben het gedeeltelijk oneens met deze stelling	7,48% 22
Ik ben het gedeeltelijk eens met deze stelling	52,04% 153
Ik ben het volledig eens met deze stelling	34,35% 101
Totaal	294

Q15 Er ontbreekt sterk wetenschappelijk bewijs over de meeste behandelingen die ik uitvoer bij mijn patiënten.

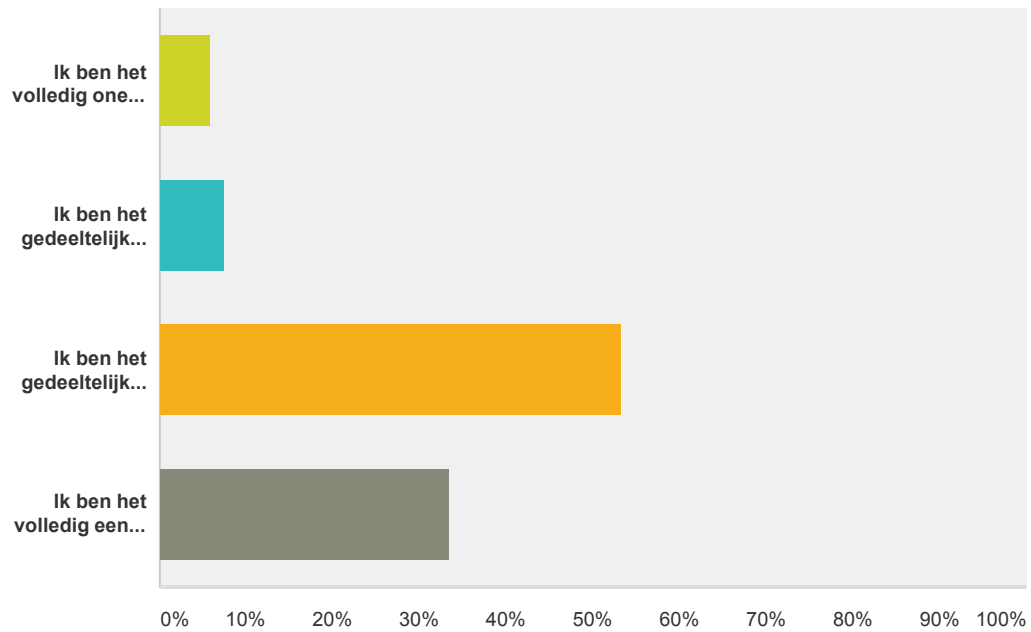
Beantwoord: 294 Overgeslagen: 15



Antwoordkeuzen	Reacties
Ik ben het volledig oneens met deze stelling	19,39% 57
Ik ben het gedeeltelijk oneens met deze stelling	40,82% 120
Ik ben het gedeeltelijk eens met deze stelling	33,33% 98
Ik ben het volledig eens met deze stelling	6,46% 19
Totaal	294

Q16 EBP kan mij helpen bij het maken van beslissingen omtrent de keuze van een behandeling.

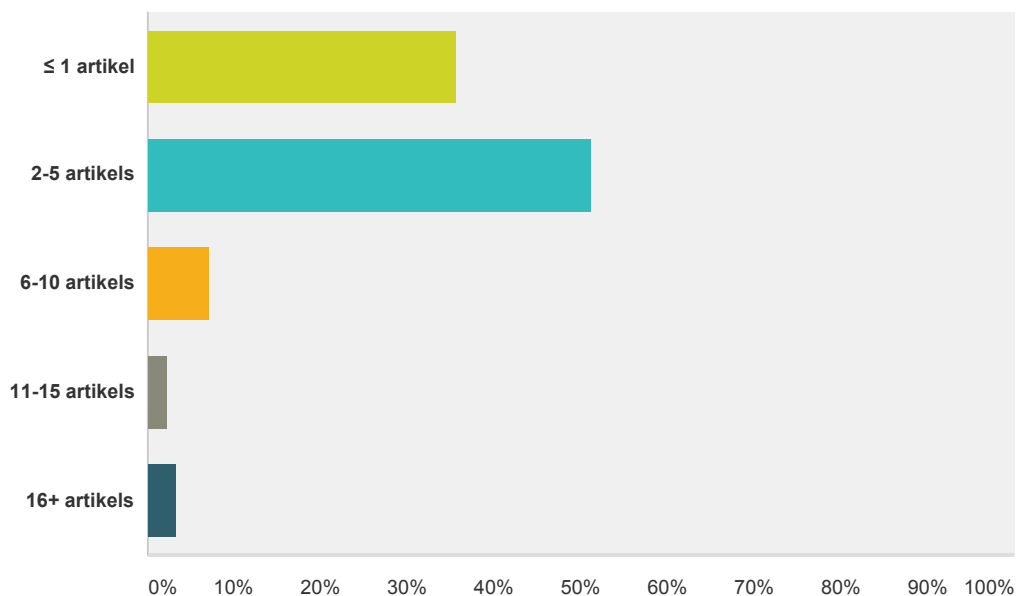
Beantwoord: 294 Overgeslagen: 15



Antwoordkeuzen	Reacties
Ik ben het volledig oneens met deze stelling	5,78% 17
Ik ben het gedeeltelijk oneens met deze stelling	7,48% 22
Ik ben het gedeeltelijk eens met deze stelling	53,40% 157
Ik ben het volledig eens met deze stelling	33,33% 98
Totaal	294

**Q17 Het aantal wetenschappelijke artikels,
die gerelateerd zijn aan mijn klinisch werk,
die ik lees tijdens een typische/normale
maand.**

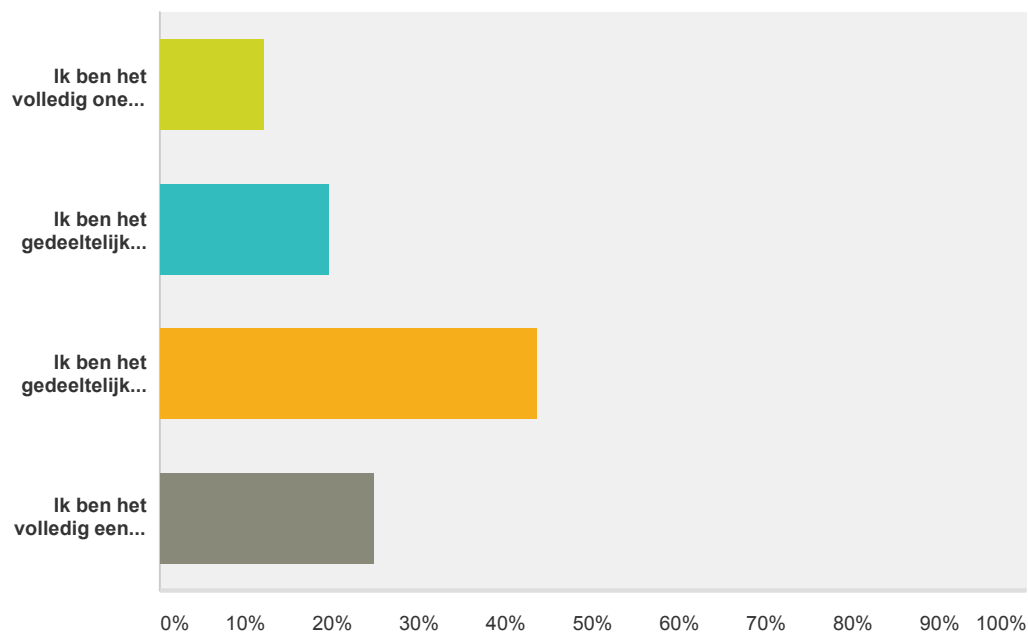
Beantwoord: 294 Overgeslagen: 15



Antwoordkeuzen	Reacties
≤ 1 artikel	35,71% 105
2-5 artikels	51,36% 151
6-10 artikels	7,14% 21
11-15 artikels	2,38% 7
16+ artikels	3,40% 10
Totaal	294

Q18 Op mijn werkplaats wordt het gebruik van recent onderzoek aangemoedigd.

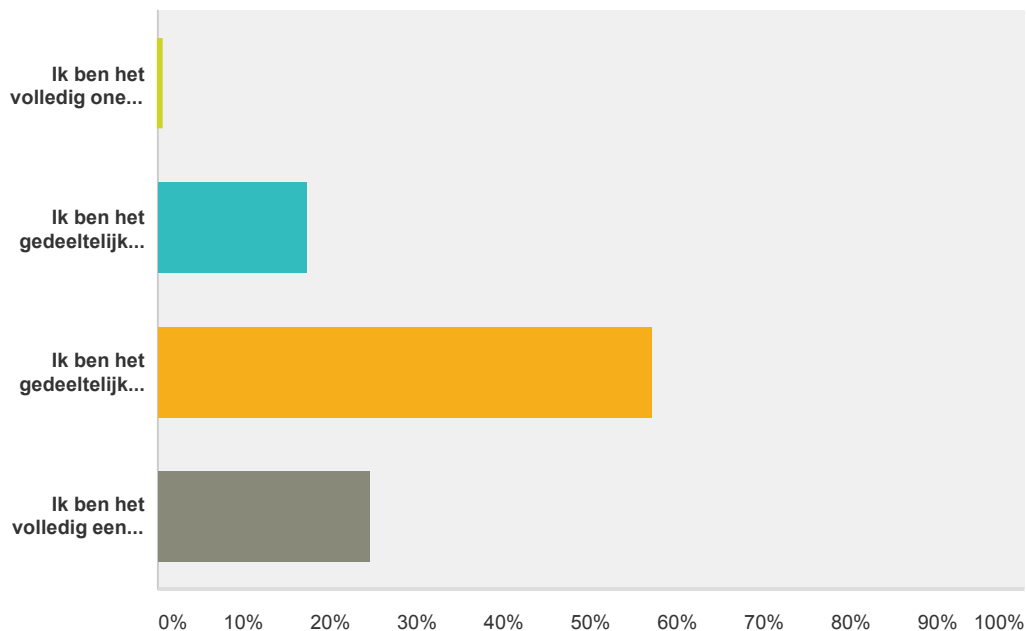
Beantwoord: 291 Overgeslagen: 18



Antwoordkeuzen	Reacties
Ik ben het volledig oneens met deze stelling	12,03% 35
Ik ben het gedeeltelijk oneens met deze stelling	19,59% 57
Ik ben het gedeeltelijk eens met deze stelling	43,64% 127
Ik ben het volledig eens met deze stelling	24,74% 72
Totaal	291

Q19 Ik ben overtuigd van mijn vaardigheden om relevant onderzoek te kunnen vinden die aan mijn klinische vragen voldoen.

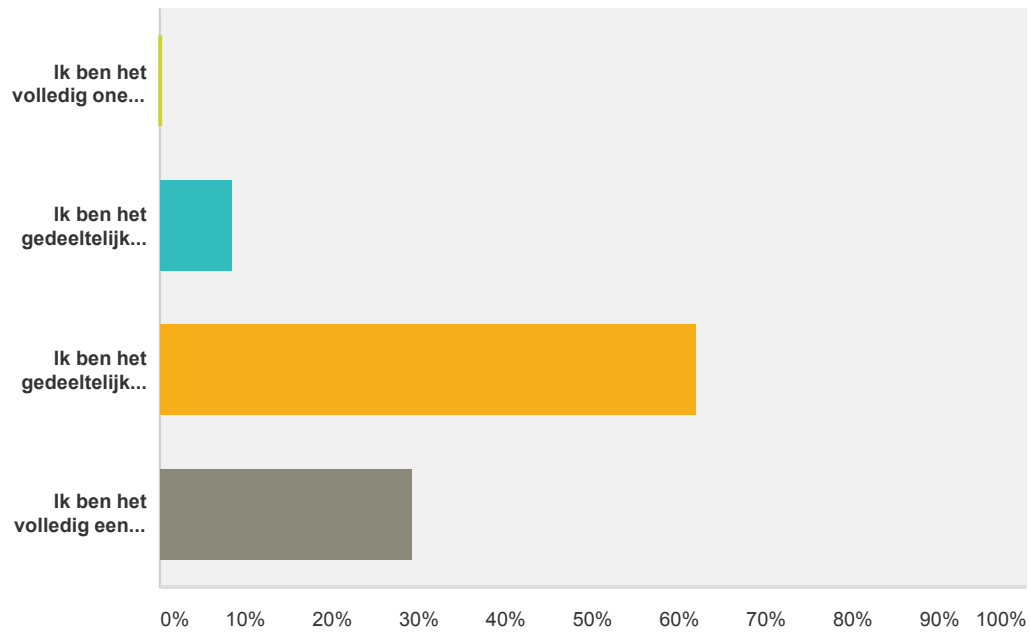
Beantwoord: 288 Overgeslagen: 21



Antwoordkeuzen	Reacties
Ik ben het volledig oneens met deze stelling	0,69% 2
Ik ben het gedeeltelijk oneens met deze stelling	17,36% 50
Ik ben het gedeeltelijk eens met deze stelling	57,29% 165
Ik ben het volledig eens met deze stelling	24,65% 71
Totaal	288

Q20 Ik ben overtuigd van mijn vaardigheden om mijn patiënten te behandelen volgens recente evidentie.

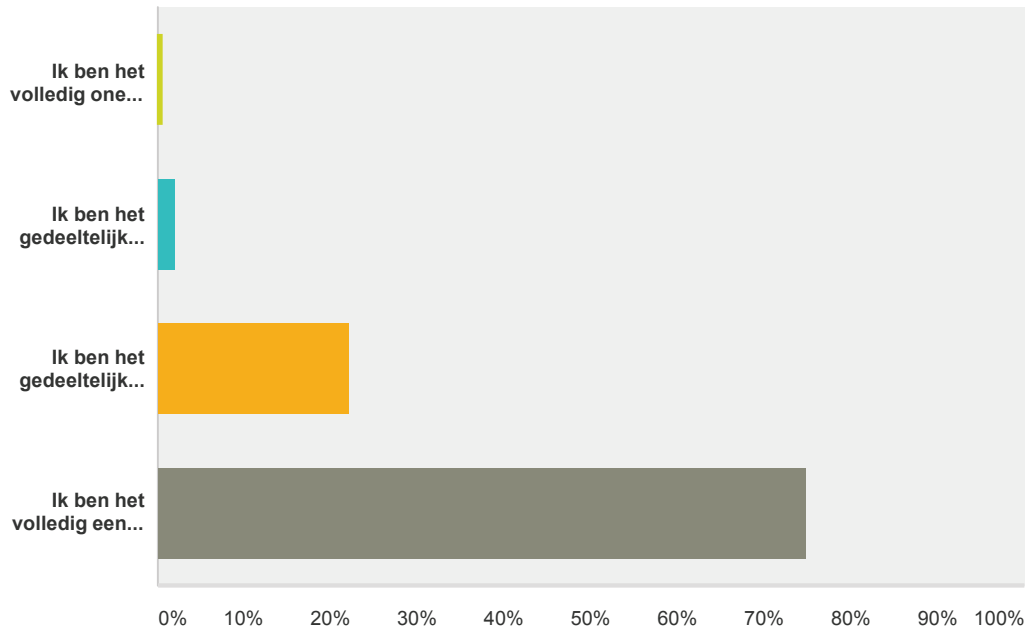
Beantwoord: 287 Overgeslagen: 22



Antwoordkeuzen	Reacties
Ik ben het volledig oneens met deze stelling	0,35% 1
Ik ben het gedeeltelijk oneens met deze stelling	8,36% 24
Ik ben het gedeeltelijk eens met deze stelling	62,02% 178
Ik ben het volledig eens met deze stelling	29,27% 84
Totaal	287

Q21 Ik vind het belangrijk dat er makkelijk verkrijgbare (d.w.z. gratis, elektronische en snel te verkrijgen) evidence-based richtlijnen bestaan, die gerelateerd zijn aan mijn werk.

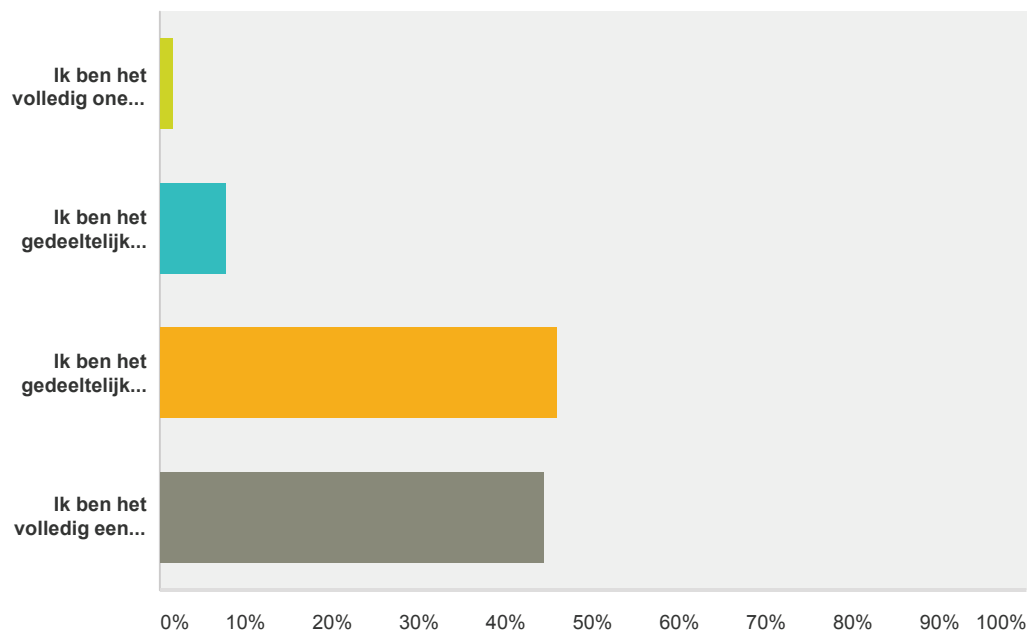
Beantwoord: 284 Overgeslagen: 25



Antwoordkeuzen	Reacties
Ik ben het volledig oneens met deze stelling	0,70% 2
Ik ben het gedeeltelijk oneens met deze stelling	2,11% 6
Ik ben het gedeeltelijk eens met deze stelling	22,18% 63
Ik ben het volledig eens met deze stelling	75,00% 213
Totaal	284

Q22 Ik vind het belangrijk om evidence-based richtlijnen te gebruiken tijdens mijn werk.

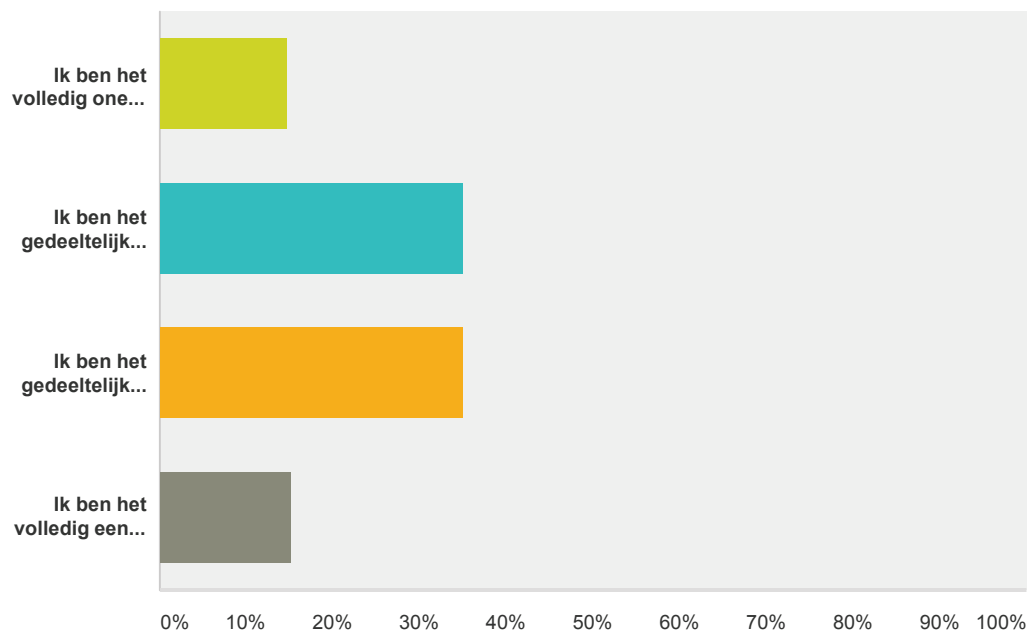
Beantwoord: 283 Overgeslagen: 26



Antwoordkeuzen	Reacties
Ik ben het volledig oneens met deze stelling	1,77% 5
Ik ben het gedeeltelijk oneens met deze stelling	7,77% 22
Ik ben het gedeeltelijk eens met deze stelling	45,94% 130
Ik ben het volledig eens met deze stelling	44,52% 126
Totaal	283

Q23 Ik heb snel en gemakkelijk toegang tot relevante evidence-based richtlijnen op mijn werkplaats.

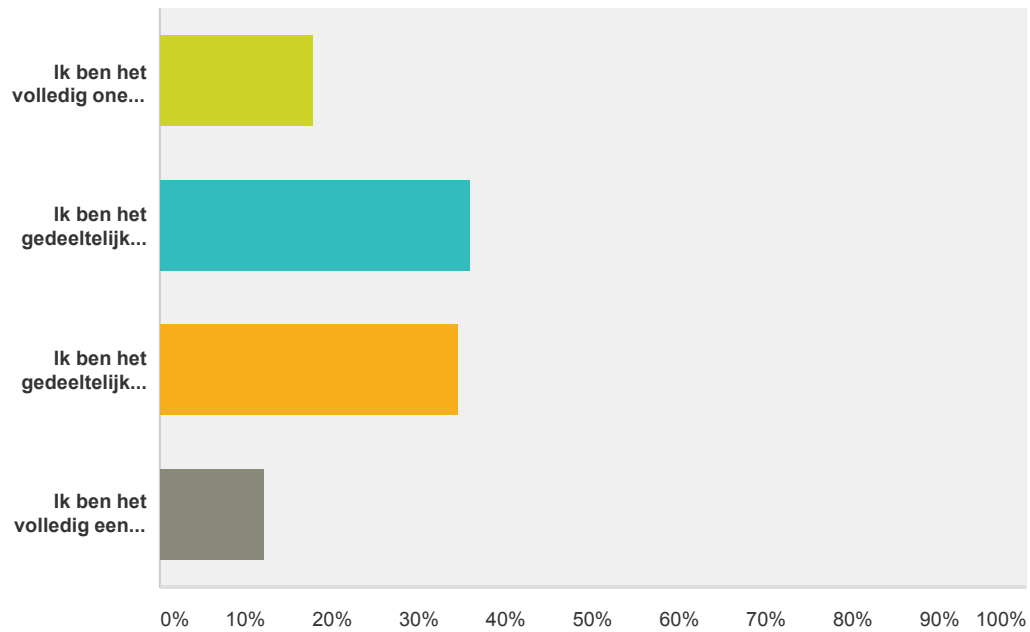
Beantwoord: 283 Overgeslagen: 26



Antwoordkeuzen	Reacties
Ik ben het volledig oneens met deze stelling	14,84% 42
Ik ben het gedeeltelijk oneens met deze stelling	34,98% 99
Ik ben het gedeeltelijk eens met deze stelling	34,98% 99
Ik ben het volledig eens met deze stelling	15,19% 43
Totaal	283

Q24 Ik heb snel en gemakkelijk toegang tot relevante evidence-based richtlijnen op locaties buiten mijn werkplaats.

Beantwoord: 282 Overgeslagen: 27



Antwoordkeuzen	Reacties
Ik ben het volledig oneens met deze stelling	17,73% 50
Ik ben het gedeeltelijk oneens met deze stelling	35,82% 101
Ik ben het gedeeltelijk eens met deze stelling	34,40% 97
Ik ben het volledig eens met deze stelling	12,06% 34
Totaal	282

Q25 Via welke bronnen gaat u evidence-based richtlijnen raadplegen? Noem er drie op. Indien u geen idee heeft waar u evidence-based richtlijnen kan raadplegen, noteert u "geen idee waar ik evidence-based richtlijnen kan raadplegen".

Beantwoord: 274 Overgeslagen: 35

#	Reacties	Datum
1	www	28-4-2015 13:25
2	Collega's	20-4-2015 9:55
3	Europese richtlijnen voor aandoening, artikels, wetenschap via internet	15-4-2015 21:12
4	KNGF	15-4-2015 16:27
5	Linked in, internet	14-4-2015 20:23
6	literatuur; internet; collegae	13-4-2015 17:03
7	geen idee waar ik de evidence-based richtlijnen kan raadplegen	12-4-2015 14:21
8	geen idee waar ik evidence-based richtlijnen kan raadplegen	12-4-2015 11:24
9	Geen idee	11-4-2015 22:06
10	google scholar	11-4-2015 18:24
11	internet	11-4-2015 9:31
12	Pubmed, cebam, recent uitgekomen literatuur	11-4-2015 8:13
13	Internet	10-4-2015 10:28
14	mOEILJK	9-4-2015 22:21
15	Pubmed, internet, tijdschrift oa physios	7-4-2015 20:43
16	KCE, KNGF, WCPT	7-4-2015 13:09
17	Internet	6-4-2015 9:03
18	google tijdschrift voor kine via kinekring	4-4-2015 18:28
19	internet	4-4-2015 14:21
20	pubmed, Cochrane library	4-4-2015 12:01
21	geen idee waar ik evidence-based richtlijnen kan raadplegen	4-4-2015 10:03
22	KNGF website - richtlijnen Pedro Database Clinical Guidelines database ER-WCPT en WCPT	2-4-2015 22:55
23	VAKLITERATUUR INTERNET COLLEGA KINE EN DOKTERS	2-4-2015 15:14
24	PubMed Cursus Seminars door werkgever	2-4-2015 12:53
25	bijscholing, artikel,	1-4-2015 23:19
26	Pubmed, bibliotheek, bijscholingen	1-4-2015 15:59
27	internet	31-3-2015 21:57
28	Artsenkrant link website proqkine lancet	31-3-2015 21:44
29	Computer via - Pub Med (lukt niet altijd) -Gewoon opzoeken aangeraden artikels via collega's	31-3-2015 19:42
30	medline	31-3-2015 18:49
31	Bobath beroepsvereniging	31-3-2015 17:55

32	internet; wetenschappelijke tijdschriften; wet boeken	31-3-2015 16:49
33	KNGF, pqk, spip	31-3-2015 15:50
34	Geen idee	31-3-2015 13:44
35	pubmed, google, springerlink	31-3-2015 12:24
36	boeken, collega, internet, naslagwerk	31-3-2015 9:18
37	Pubmed	30-3-2015 23:33
38	LOKK pe-online literatuur	30-3-2015 21:53
39	Naslagwerken van auteurs (Butler, Shaklock...) Wikipedia Wetenschappelijke artikels verkregen via UGent	30-3-2015 17:54
40	internet, axxon, bijscholing	30-3-2015 16:44
41	geen idee waar ik EBP richtlijnen kan raadplegen	30-3-2015 16:06
42	Kenniscentrum, KNGF, WCPT	30-3-2015 13:51
43	bijscholing congressen symposia	30-3-2015 12:02
44	lectuur	30-3-2015 11:56
45	collegas	30-3-2015 10:23
46	CEBAM PubMed Tijdschriften	30-3-2015 9:36
47	cebam, pedro, pqk	30-3-2015 8:54
48	Pubmed Cebam Kngf	30-3-2015 0:09
49	Cebam, pubmed, mathera	29-3-2015 23:01
50	geen idee waar ik evidence-based richtlijnen kan raadplegen	29-3-2015 17:31
51	WVVK CEBAM KNGF	29-3-2015 15:28
52	geen idee	29-3-2015 15:07
53	internet	29-3-2015 14:37
54	Internet Medicare Nederlandse fysiotherapie	29-3-2015 14:13
55	internet jongere collega's bijscholing	29-3-2015 13:34
56	pubmed chiropractic physio	29-3-2015 13:02
57	tijdschriften	29-3-2015 13:00
58	internet, vakliteratuur, via collegas	29-3-2015 11:15
59	Internet	29-3-2015 9:49
60	Internet	29-3-2015 8:22
61	Web of science, Elsevier	29-3-2015 1:01
62	internet, boeken en bijscholing	28-3-2015 22:11
63	Enkeldistortie, lumbaal instabiliteit, neklachten	28-3-2015 21:41
64	internet, lectuur	28-3-2015 21:02
65	VIA LINK AXXON	28-3-2015 18:48
66	pubmed	28-3-2015 17:58
67	geen idee, via collega's	28-3-2015 16:58
68	geen idee	28-3-2015 14:44
69	Internet. Vakbladen bijscholing collegiaal overleg	28-3-2015 13:50
70	internet, pubmed, tijdschriften	28-3-2015 13:06
71	EBM-praticenet, CEBAM, Pedro	28-3-2015 12:46
72	internet, literatuur, pubmed	28-3-2015 12:44

73	vakliteratuur, internet, cursussen/	28-3-2015 10:08
74	google kinenet	28-3-2015 8:32
75	Internet	28-3-2015 8:30
76	KNGF Pedro	27-3-2015 23:55
77	- pubmed - google - vroegere cursussen	27-3-2015 23:50
78	geen idee waar ik evidence-based richtlijnen kan raadplegen	27-3-2015 23:11
79	internet wetenschappelijke artikels	27-3-2015 22:09
80	Geen idee waar ik EBrichtlijnen kan raadplegen	27-3-2015 22:07
81	geen idee waar ik evidence-based richtlijnen kan raadplegen	27-3-2015 21:17
82	pubmed cebam buitenlandse beroepsvereniging	27-3-2015 20:55
83	AXXON FASCIA.BE	27-3-2015 20:49
84	KNGF, Pubmed, Cochrane	27-3-2015 20:22
85	internet, via specifieke sites van pathologieën, cebam	27-3-2015 20:15
86	pubmed, google,	27-3-2015 17:03
87	bijscholing, pro q kine axon	27-3-2015 15:55
88	geen idee	27-3-2015 14:59
89	internet, collega's, bijscholing	27-3-2015 14:54
90	pubmed www.nfvk.nl	27-3-2015 14:45
91	GEEN IDEE WAAR IK EVIDENCE BASED KAN RAADPLEGEN	27-3-2015 13:56
92	Internet en bijscholing	27-3-2015 13:43
93	via studenten Via opleiding	27-3-2015 13:11
94	bibliotheek, bijscholing, collega's die recenter afstudeerden	27-3-2015 12:48
95	internet, tijdschriften, opleiding	27-3-2015 11:45
96	KNGF.nl AWMF.de	27-3-2015 11:41
97	Informatica	27-3-2015 11:40
98	Internet KNGF Boeken	27-3-2015 11:07
99	Klinische database Wetenschappelijk tijdschrift Google	27-3-2015 10:51
100	pubmed, google	27-3-2015 10:49
101	Via volgen wetenschappelijke sites op twitter: CSJM - Aspetar - ..	27-3-2015 10:46
102	pubmed, KNGF, cochrane	27-3-2015 10:02
103	VUB bib internet collega	27-3-2015 9:51
104	cebam Axxon	27-3-2015 9:30
105	internet artikels boeken	27-3-2015 9:29
106	- pubmed - geen idee waar ik anders evidence-based richtlijnen kan raadplegen	27-3-2015 9:09
107	Specifieke internetsites/ universitaire bib/abonnement	27-3-2015 5:32
108	Kngf Pubmed Google scholar	27-3-2015 0:33
109	pubmed, digitale bibliotheek van de UA/artesis, pedro	27-3-2015 0:29
110	E-tijdschrift Manual Therapy Updates neurodynamics Shacklock	27-3-2015 0:06
111	KNGF-richtlijnen SPIP van PQK Pedro	26-3-2015 23:48
112	internet wetenschappelijke tijdschriften bijscholing	26-3-2015 23:46
113	Pro Q Axxon	26-3-2015 23:44

114	CEBAM, Medscape, Cochrane	26-3-2015 23:44
115	internet EB richtlijnen intypen in Google medische sites Cochrane edm	26-3-2015 23:37
116	geen idee	26-3-2015 23:29
117	Geen idee waar ik evidence-based richtlijnen kan raadplegen	26-3-2015 23:10
118	EACPR, Nederlandse richtlijnen voor fysiotherapie,	26-3-2015 23:00
119	geen idee	26-3-2015 22:59
120	Geen idee	26-3-2015 22:58
121	internet (pubmed), abonnement op wetenschappelijke tijdschriften, fora-platforms via het internet	26-3-2015 22:52
122	KNGF, pubmed	26-3-2015 22:36
123	medische literatuur bv via axxon	26-3-2015 22:35
124	artsen, collega-kinesitherapeuten, internet	26-3-2015 22:27
125	Via de Nederlandse KNGF richtlijnen	26-3-2015 22:16
126	geen idee waar ik EPB kan raadplegen	26-3-2015 22:12
127	wvk internet aangekochte literatuur	26-3-2015 22:11
128	Geen idee	26-3-2015 22:06
129	congressen bijscholing pubmed (login noodzakelijk)	26-3-2015 21:59
130	CEBAM- website, PEDRO, MEDLINE, COCHRANE data base	26-3-2015 21:59
131	geen idee	26-3-2015 21:51
132	internet; bijscholing,	26-3-2015 21:44
133	pubmed web of science cochrane library	26-3-2015 21:40
134	Literatuur Databanken Bijscholing	26-3-2015 21:38
135	geen idee	26-3-2015 21:36
136	geen	26-3-2015 21:35
137	link via website van Axxon	26-3-2015 21:33
138	geen idee	26-3-2015 21:27
139	Pubmed, Journals, boeken	26-3-2015 21:23
140	geen idee waar ik evidence-based richtlijnen kan raadplegen	26-3-2015 21:21
141	EBMPPracticeNet CDLH KNGF	26-3-2015 21:18
142	Literatuur tijdschriften/bijscholing/internet cochrane	26-3-2015 21:07
143	wetenschappelijke artikelen, boeken, internet	26-3-2015 21:06
144	cochrane databse, Clinical Evidence, NHG	26-3-2015 20:49
145	geen idee	26-3-2015 20:49
146	CDLH, Axxon, WVK, Permanente vormingen	26-3-2015 20:47
147	boeken internet collega	26-3-2015 20:43
148	geen idee	26-3-2015 20:37
149	KNGF	26-3-2015 20:35
150	pub med KNGF googlescholar	26-3-2015 20:16
151	practice net nhg pubmed	26-3-2015 20:14
152	cebam, KGNF, vakliteratuur	26-3-2015 20:11
153	Vakliteratuur Internet Specifieke boeken	26-3-2015 20:06
154	literatuur; internet collega(s)	26-3-2015 19:50

155	Internet	26-3-2015 19:35
156	Internet Tijdschriften Cursus bijscholing	26-3-2015 19:22
157	Internet	26-3-2015 19:16
158	cochrane kngf	26-3-2015 19:15
159	pubmed en kngf; verder kom ik niet.	26-3-2015 19:10
160	Website wvck cebam google	26-3-2015 18:53
161	internet - collega'- tijdschrift	26-3-2015 18:52
162	Tijdschrift Internet Lector	26-3-2015 18:50
163	bepaalde websites	26-3-2015 18:37
164	Geen idee	26-3-2015 18:28
165	Pubmed, KNGF, internet	26-3-2015 18:23
166	bijscholingen CEBAM ?	26-3-2015 18:19
167	Jospt, pubmed, Manuel therapy	26-3-2015 18:17
168	Geen idee waar ik evidence based richtlijnen kan raadplegen	26-3-2015 18:14
169	CDLH PEDRO	26-3-2015 18:11
170	geen idee itt gevolgde specialisaties	26-3-2015 18:00
171	geen idee	26-3-2015 17:58
172	"geen idee waar ik evidence-based richtlijnen kan raadplegen".	26-3-2015 17:50
173	EBMpracticonet - Cebam	26-3-2015 17:45
174	cochrane, cebam, kngf, lokk, collega's en bijscholingen	26-3-2015 17:42
175	pub med bijscholing	26-3-2015 17:35
176	cebam, gratis via kwaliteitsregister via links verkregen op bijscholingen	26-3-2015 17:33
177	INTERNET, congrespapers	26-3-2015 17:30
178	wetenschappelijke artikels, pubmed, relevante tijdschriften, krantenartikels als eerste aanzet tot verder opzoeken van onderzoeksgegevens; communicatie met patiënten en collega- zorgverleners	26-3-2015 17:30
179	Internet	26-3-2015 17:27
180	?	26-3-2015 17:26
181	pubmed web of science	26-3-2015 17:24
182	computer vergaderingen bijscholing	26-3-2015 17:16
183	Internet, vakliteratuur, symposia	26-3-2015 17:05
184	axonn, internet google, bijscholingen (op universiteiten)	26-3-2015 16:52
185	geen idee	26-3-2015 16:48
186	Internet vakliteratuur	26-3-2015 16:46
187	Gin Evidence-based practiconet Sign Nice KNGF Pedro Pubmed	26-3-2015 16:41
188	pro-Q-kine, axxon, Cebam	26-3-2015 16:39
189	Geen idee	26-3-2015 16:37
190	Orthopedie.nl	26-3-2015 16:26
191	internet	26-3-2015 16:18
192	internet google medische databanken boeken	26-3-2015 16:16
193	geen idee	26-3-2015 16:14
194	ledenmagazines	26-3-2015 16:09

195	cebam	26-3-2015 15:58
196	Axxon, CDLH, Google	26-3-2015 15:56
197	Pubmed, cochrane	26-3-2015 15:48
198	JOSPT, pubmed, google scholar	26-3-2015 15:47
199	Literatuur, axxon-magazine, cursussen, work-shops	26-3-2015 15:46
200	medline web of science cochrane	26-3-2015 15:44
201	pubmed pedro	26-3-2015 15:40
202	boeken, internet, collega's	26-3-2015 15:38
203	Google	26-3-2015 15:36
204	geen idee	26-3-2015 15:32
205	cochrane; Pedro; hooked on evidence	26-3-2015 15:28
206	bijscholingen axxon leden boekje	26-3-2015 15:27
207	- via mijn postgrduaatopleiding - via een vriendin die doctoraatstudent is	26-3-2015 15:24
208	Pubmed, riziv, google	26-3-2015 15:23
209	Internet Wetenschappelijke artikelen Bijscholingen	26-3-2015 15:22
210	geen idee	26-3-2015 15:16
211	pubmed cochraine Uhasselt	26-3-2015 15:13
212	beroepsvereniging, symposium, peer-review	26-3-2015 15:07
213	internet - beroepsvereniging - ...	26-3-2015 15:06
214	Internet peer revieww, wvk.	26-3-2015 15:00
215	geen idee	26-3-2015 15:00
216	Cebam, Pub med, richtlijnen kine op internet	26-3-2015 14:59
217	KNGF NHG European Guidelines	26-3-2015 14:58
218	internet, literatuur, bijscholing	26-3-2015 14:45
219	cebam, pubmed,	26-3-2015 14:44
220	pubmed google -> wetenschappelijke artikels	26-3-2015 14:31
221	Internet	26-3-2015 14:28
222	KNGF Pubmed Pedro	26-3-2015 14:27
223	geen idee waar ik evidence-based richtlijnen kan raadplegen	26-3-2015 14:21
224	geen idee	26-3-2015 14:13
225	internet	26-3-2015 14:12
226	azzeert	26-3-2015 14:12
227	geen idee	26-3-2015 14:10
228	site kngf richtlijnen voor de rest geen idee	26-3-2015 14:09
229	Literatuur - internet - opleiding	26-3-2015 14:06
230	KNGF-richtlijnen	26-3-2015 14:06
231	internet, beroepslectuur, bijscholing	26-3-2015 14:06
232	CDLH	26-3-2015 14:03
233	pubmed website axxon / mathera Jospt	26-3-2015 14:02
234	Kans KNpf richtlijnen test siets	26-3-2015 13:52
235	/	26-3-2015 13:51

236	PQK fysiovrage lijst axon	26-3-2015 13:49
237	MDT-McKenzie google	26-3-2015 13:47
238	internet	26-3-2015 13:44
239	Literatuurlijsten verkregen via bijscholing, internet, cebam maar deze heb ik nog niet geraadpleegd, studies van masterstudenten die gepubliceerd worden, tijdschrift beroepsverenigingen	26-3-2015 13:43
240	Vb. richtlijnen knie-arthrose: KNGF, EULAR en OARSI	26-3-2015 13:43
241	KNGF richtlijnen via google, boeken (vb evidence based physical therapy for the pelvic floor, databases (cochrane, CDLH)	26-3-2015 13:43
242	publicatie van de overheid	26-3-2015 13:42
243	INTERNET/ LITERATUUR/ KOLLEGAS	26-3-2015 13:37
244	geen idee waar ik evidence-based richtlijnen kan raadplegen	26-3-2015 13:31
245	Manual tehrapy, Universiteit, Axxonactiviteiten	26-3-2015 13:31
246	KNGF Pubmed	26-3-2015 13:25
247	- tijdschrift Manuel therapie - nota's uit studiedagen en voordrachten. - het net	26-3-2015 13:23
248	KNGF, EBMPpracticeNet, Guideline International Network	26-3-2015 13:20
249	Pedro pubmed	26-3-2015 13:18
250	Geen idee waar ik evidence-based richtlijnen kan raadplegen	26-3-2015 13:14
251	Vooral via internet . vooral KNG, Belgische evidence based, literatuur	26-3-2015 13:12
252	EBAM	26-3-2015 13:11
253	internet literatuur	26-3-2015 13:07
254	internet site overheid info aan patiënten	26-3-2015 13:06
255	Cochrane, Medibase, Springler	26-3-2015 13:05
256	axxon, abbv en workshops	26-3-2015 13:01
257	internet literatuur ervaring	26-3-2015 12:58
258	geen	26-3-2015 12:49
259	geen idee waar ik evidence-based richtlijnen kan raadplegen GERICHT OP DE PEDIATRISCHE KINESITHERAPIE!	26-3-2015 12:48
260	geen idee	26-3-2015 12:46
261	CEBAM KNGF vaktijdschrift	26-3-2015 12:45
262	beroepsvereniging specialisatie pelvische revalidatie (Pelvired, BGKVGPR)	26-3-2015 12:42
263	geen idee	26-3-2015 12:41
264	Internet Voor de rest geen idee	26-3-2015 12:39
265	CDLH	26-3-2015 12:27
266	geen idee	26-3-2015 12:27
267	cebam ebmpracticenet pubmed	26-3-2015 12:26
268	geen idee!	26-3-2015 12:15
269	Pub Med Cochrane review	26-3-2015 12:10
270	CEBAM-Bibliotheek Journal club BLOSO-BAT statuut extern wetenschappelijk medewerker KUL	26-3-2015 12:05
271	cebam ; axxon tijdschrift ; wikipedia	26-3-2015 12:02
272	cochrane pubmed bibliotheek	26-3-2015 12:00
273	internet	26-3-2015 11:44
274	geen idee waar ik EBP richtlijnen kan raadplegen	26-3-2015 11:32

**Q26 Bij welke diagnoses zou u het meeste baat hebben bij evidence-based richtlijnen?
Noem er 5 op.**

Beantwoord: 255 Overgeslagen: 54

#	Reacties	Datum
1	fibromyalgie artrose totale prothese toestand na cardiale chirurgie	28-4-2015 13:27
2	Knieproblematiek Schouderproblematiek Lage rug Cervicale SIG	20-4-2015 9:56
3	Parkinson, impingement, artroseletsels, hernia, huntington	15-4-2015 21:13
4	Stressgerelateerde aandoeningen (hyperventilatie, spanningshoofdpijn, fibromyalgie, cvs, burnout)	15-4-2015 16:33
5	Sportletsels rugklachten	14-4-2015 20:23
6	?	12-4-2015 14:21
7	post-operatieve orthopedische ingrepen	12-4-2015 11:26
8	,	11-4-2015 22:06
9	Mucoviscidose Tracheomalacie Primaire ciliaire dyskinesie Hyperreactieve luchtwegen bij babies Neuromusculaire aandoeningen	11-4-2015 18:26
10	hernia frozen shoulder	11-4-2015 9:31
11	Prothesen ledematen nek- en rugoperaties	10-4-2015 10:28
12	Crps, frozen shoulder, tkp, tep, pf-klachten	7-4-2015 20:45
13	aspecifieke rug en nekkklachten, fibromyalgie	7-4-2015 13:10
14	Bulging Hernia Spierscheur Rot cuff patho Enkeldistorsie	6-4-2015 9:04
15	low back pain cervicalgieën orthopedische ingrepen	4-4-2015 18:30
16	RA peesaandoeningen chondromalacia patellae overbelastingsletsels	4-4-2015 14:22
17	tendinopathie, protheses postoperatief, voorste/achterste kruisband postoperatief, revalidatie na fracturen/osteosynthese, bekkenklachten/pelvische reëducatie	4-4-2015 12:06
18	Lage rugklachten Ziekte van Parkinson CVA Reuma Dementie	4-4-2015 10:05
19	CVA COPD Low back pain Dorso-cervicalgie Dementie en Alzheimer	2-4-2015 22:56
20	ORTHOPEDE: HEUP PATHOLOGIE KNIEPATHOLOGIE, SCHOUDERPATHOLOGIE LYMFEDRAINAGE AD MODUM VODDER ADEMHALINGSKINE	2-4-2015 15:16
21	Acute lumbale klachten Schouderklachten	2-4-2015 12:54
22	low back pain, nekpijn, tendinopathie,	1-4-2015 23:23
23	Low back pain Tendinitis Frozen shoulder Torticollis CP	1-4-2015 16:02
24	multiple sclerose, coma, cva, parkinson, dementie	31-3-2015 22:00
25	Ischialgie frozen shoulder tendinopathieën sportletsels atrosctieën	31-3-2015 21:47
26	duidelijke en juiste diagnose - van de aandoening en lokalisatie - de prognose - de aangeraden therapie - de te vermijden acties/ behandelingen - de frekwentie van behandelingen	31-3-2015 19:48
27	discopathie; facetatrose; tendinopathie; RC-repair; TKP	31-3-2015 19:02
28	zeldzame syndromen, specifieke orthopedische ingrepen	31-3-2015 17:56
29	rugklachten; tenniselleboog, achillespeesproblemen, kniepijn; nekkklachten	31-3-2015 16:50
30	aspecifieke LBP, aspecifieke nekkklachten, impingementklachten, revalidatie na TKP, revalidatie na THP	31-3-2015 15:51
31	Rugpathologieën core-stability stabiliteit scapulo-thoracal gluteale stabiliteit	31-3-2015 13:46
32	CVA, MS, parkinson, lymfedrainage, dwarslaesie	31-3-2015 12:25

33	Fibromyalgie, MS, reuma, neuralgie, depressie	31-3-2015 9:20
34	Elongatie letsels Tennis elleboog Bekkenbodembodem problematiek Diastasis Jumpersknee	30-3-2015 23:35
35	lage rug frozen shoulder trapeziussyndroom epicondylitis radialis pes anserinustendinitis	30-3-2015 21:54
36	Whiplash Fybriomyalgie Aspecifieke rug-en nekkachten Hoofdpijn Tinnitus	30-3-2015 17:55
37	LBP, Parkinson, cva, cvs, fibromyalgie	30-3-2015 16:45
38	Lumbalgie, Cervicalgie, tenniselleboog, enkeldistorsie, CVA	30-3-2015 16:09
39	rugklachten nekkachten,	30-3-2015 13:52
40	specialistische diagnoses	30-3-2015 12:07
41	trauma, fibromyalgie, symptomen klachten knie, schouder	30-3-2015 10:24
42	Temporomandibulaire Dysfuncties Cervicale klachten aangezichtspijnen nek-schouderklachten lagerugklachten	30-3-2015 9:38
43	cvs, parkinson, RA, artrose, tendinitis	30-3-2015 8:55
44	Lage rugpijn kraakbeenletsels Kruisbandletsels Schouderpathologie Ademhalingskinesitherapie	30-3-2015 0:11
45	Discusbulging (of hernia), SIG problematiek, cervicogene duizeligheid, scoliose bij opgroeiende kinderen, tendinitis	29-3-2015 23:03
46	spierscheuren, frozen shoulder, ischiatic, tenniselleboog, ITBfrictiesyndroom	29-3-2015 17:32
47	Frozen Shoulder MS Fibromyalgie CVS Südeck atrofie	29-3-2015 15:39
48	oefentherapie bij overbelastingen, lage rugpijn, schouder, hals, knie	29-3-2015 15:08
49	Perifere verlammingen - COPD - ontwikkelingsstoornissen bij kinderen -	29-3-2015 14:16
50	orthopedische klachten allerhande zoals: schouder, knie, heup, voet, rug..	29-3-2015 13:35
51	LBP	29-3-2015 13:03
52	hernia's, tendinitiden, hoofdpijn,	29-3-2015 13:01
53	Rug- en neklast, schouder impingement, revalidatie knie, bronchiolitis, pelvische revalidatie	29-3-2015 11:20
54	1. ademhalings kine 2.geriatrie 3.cardio 4.LBP 5.pelvis reëducatie	29-3-2015 9:51
55	?	29-3-2015 8:22
56	Low back pain, hoogcervicale blokkage, lumbale fusie, tennis elleboog, duizeligheid	29-3-2015 1:04
57	MS, reuma, scoliose, traumata, dementie	28-3-2015 22:13
58	Enkeldistortie, lumbaal instabiliteit, valpreventie, schouderklachten, kniearthrose	28-3-2015 21:42
59	WZproblematiek, schouderproblematiek, cardio, longaandoeningen, knieproblematiek	28-3-2015 21:03
60	NIEUWE OPERATIES RUGPROBLEMATIEK ALGEMENE REVALIDATIE ADEMHALINGSKINE HEMIPARESE	28-3-2015 18:49
61	schrijfmotoriek fijne motoriek grove motoriek	28-3-2015 17:58
62	inflammaties na operaties CVA Parkinson Parkinson plus MS	28-3-2015 16:59
63	rugklachten; invloed mentale; stress; ontsteking;	28-3-2015 14:45
64	Schouder knie rug heupproblemen PARKINSON MS	28-3-2015 13:52
65	zenuwproblematiek van rug en nek, fibromyalgie, manipulaties, tens, ultrason	28-3-2015 13:07
66	cervicalgie lumbalgie schouderproblemen heupproblemen knieproblemen	28-3-2015 12:50
67	CVA, fibromyalgie/CVS, COPD, oncologische revalidatie, algoneurodystrofie	28-3-2015 12:48
68	kruisband, schouderreva, hoofdpijn, longaandoeningen, rugpathologie	28-3-2015 10:10
69	corfalen hemiplegie pediatrie aandoeningen schouderpatho CVS	28-3-2015 8:35
70	Voor alle diagnoses zou er een richtlijn consulteerbaar moeten zijn	28-3-2015 8:31
71	Irp nek-arpijn tenniselleboog schouderpijn antrieure kniepijn	27-3-2015 23:59

72	- spierscheuren - peesontstekingen - lage rugpijn - nekpijn -	27-3-2015 23:51
73	?	27-3-2015 23:11
74	peesletsels zenuwletsels PIP prothese duimarthrose polsklachten	27-3-2015 22:12
75	Frozen sholder Scapula allata Tendinitis in de vingers Myalgie van de kauwspieren Acute pijn pijn thv tuber ischiadicum	27-3-2015 22:10
76	schouderklachten cvs neurale pijnen	27-3-2015 22:10
77	LBP CRPS Pubalgie Shoulder impingement	27-3-2015 21:19
78	PSS rugpijn schouderklachten nekpijn hoogdpijn	27-3-2015 20:49
79	Orthopedische aandoeningen (post-op), parkinson, cva, reumatoïde artritis,	27-3-2015 20:23
80	CVA, MS, Parkinson, COPD, guilain barré	27-3-2015 20:16
81	chronische pijn en vermoeidheid	27-3-2015 17:03
82	ontspanningstherapie, schouderproblematiek oef, ext bperking knieprothesen bij 70+, evenwichtsproblematiek	27-3-2015 15:59
83	-tenniselleboog -hielspoor -frozen shoulder -jumpers knie -kraakbeendefect knie	27-3-2015 15:01
84	CVA, MS, Coma, TKP, THP	27-3-2015 14:54
85	voorkeurshouding en plagiocephalie motorische ontwikkelingsachterstand DCD schrijfproblematiek ademhalingsproblemen	27-3-2015 14:46
86	zIEKTE vAB bECHTEREW hnp mucoviscidosis rugklachten migraine	27-3-2015 13:57
87	Kniepathologie schouderpathologie	27-3-2015 13:44
88	Enkeldistorsie, THP, TKP, Artrose gerelateerde klachten, acute letsels;	27-3-2015 12:49
89	pediatrische Kinesiotherapie	27-3-2015 11:47
90	orthopedische operaties, CVA	27-3-2015 11:46
91	?	27-3-2015 11:41
92	Chronische lrk Fibromyalgie Vormen van hoofdpijn Incontinentie Chronische nekpijn	27-3-2015 10:53
93	cervicalgie, umbalgie, fibromyalgie, ADHD, DCD	27-3-2015 10:50
94	Postoperatieve zaken (VKB - schouder - ..) - peesletsels	27-3-2015 10:47
95	hoogcervicale functiestoornissen lumbale motor controle impairment frozen shoulder epicondylalgia lateralis perifere neuropathieën	27-3-2015 10:05
96	borstkanker CVA supraspinatusscheur stabilisatie core fibromyalgie/CVS	27-3-2015 9:53
97	Fibromyalgie psychomotoriek -linksgerichtheid whiplash - neklachten	27-3-2015 9:32
98	schouderpijn chronische rugpijn cervikale pijnen orthopedische revalidatie cardiale revalidatie	27-3-2015 9:29
99	schouderprothese heupprothese knieprothese valpreventie luxaties	27-3-2015 9:09
100	Parkinson, De Quervain, SLAP-laesie, spierscheuren, chronische nek-en rugklachten	27-3-2015 7:20
101	Behandeling nek/rug/hoofdpijn/tenniselleboog/heup en schouderklachten	27-3-2015 5:34
102	Parkinson, MS, ischialgie, cervicalgie, schouderpathologie	27-3-2015 1:35
103	Knie revalidatie na arthroscopie Syndesmose letsel enkel Chronische nekpijn (geen WAD) Schouder tendinopathieën SIJ pijn	27-3-2015 0:35
104	parkinson, artrose OL, ritzartrose, R.A., TKP.	27-3-2015 0:32
105	Fibromyalgie Discusprotrusies Brachialgieën Ischialgieën Reumatische problemat	27-3-2015 0:07
106	tendinopathieën - rugklachten - neklachten - postoperatieve zorg - COPD	26-3-2015 23:49
107	Kruisband letsels Kraakbeen letsels PSH	26-3-2015 23:48
108	muco pneumonie asthmatische bronchitis pulmonaire schimmels (bv aspergillose) RSV	26-3-2015 23:48
109	artrose, hartrevalidatie, lymfedrainage, hyperventilatie, thoracale chirurgie	26-3-2015 23:45

110	ademhalingstherapie behandeling van arthrose knieën - heupen lage rug problematiek nekproblemen	26-3-2015 23:38
111	urine incontinentie, rugklachten, spierscheuren, peesletsels, nekkklachten	26-3-2015 23:30
112	Cva, Parkinson , MS, bppv, postural instabiliteit	26-3-2015 23:10
113	Cardiale aandoeningen, respiratoire aandoeningen, aandoeningen thv wervelkolom en bekken, schouderinstabiliteit	26-3-2015 23:01
114	rugbehandelingen , autogene drainage technieken, nekproblematieken, schouderlast, busitis	26-3-2015 23:00
115	chronische lage rugpijn, rheuma, CVS, fibromyalgie, psychologische problemen	26-3-2015 22:55
116	schouderpathologie	26-3-2015 22:36
117	post-operatief, verlamming, ontsteking, ?,?	26-3-2015 22:28
118	Postoperatieve behandelingen van de laatste nieuwe orthopedische ingrepen Sommige postoperatieve zorgen na postoperatieve. Operaties bij kinderen	26-3-2015 22:19
119	diagnoses zoals lymhedrainage, psychomotoriek worden doorgestuurd naar collega's	26-3-2015 22:13
120	psychiatrische aandoeningen	26-3-2015 22:12
121	Rugklachten, schouderklachten, nek	26-3-2015 22:07
122	psychomotorische/ontwikkelingsachterstand rotatorcuff tendinopathie/ruptuur patellafemorale klachten prothesen (knie/heup/schouder/...) lumbalgieën	26-3-2015 22:01
123	Halfzijdige verlamming - Ziekte van Parkinson - Gonartrose - Enkeldistorsies en PSH	26-3-2015 22:00
124	prothesen knie, heup sportletsels, spierscheuren, stretching tendinopathieën lage rugpijn nekproblematiek	26-3-2015 21:52
125	mechanische rugklachten secundair impingement schouder VKB-plastie heup/knie-prothese handchirurgie	26-3-2015 21:46
126	manuele therapie bij rugaandoeningen stabilisatie bij instabiliteit CWZ instabiliteit bij LWZ behandelingsstrategieën bij artrose BPPV	26-3-2015 21:41
127	irrelevante vraag	26-3-2015 21:39
128	rug -en nekpijn .	26-3-2015 21:37
129	indien de diagnose vnl een lichamelijk probleem is	26-3-2015 21:35
130	geen	26-3-2015 21:35
131	lage rug,isschias,knieproblemen,	26-3-2015 21:28
132	cervicobrachialgie, lumbago, tenniselleboog, hoofdpijn, hyperventilatie	26-3-2015 21:24
133	heupfractuur- evenwichtsstoornissen-psh-parkinson- lymfoedeem	26-3-2015 21:23
134	?	26-3-2015 21:19
135	Chronische aspecifieke LBP/whiplash/tendinose/patellofemorale klachten	26-3-2015 21:09
136	cerebrale parese, parkinson, sportletsels, postoperatieve aandoeningen, kanker	26-3-2015 21:08
137	hoofdpijn, voorste kruisband reconstructie, schouder artroscopieën, Sudeck atrofie, kraakbeenletsels, insertietendinopathieën	26-3-2015 20:52
138	Lage rugpijn. Schouderletsels, Cervicale pijn, Orthopedische revalidaties zoals knieprothese,, Behandeling van ontstekingen.	26-3-2015 20:50
139	schouder,nek en rugklachten	26-3-2015 20:49
140	hoe kun je opdelen in diagnoses voor ebp, zijn er dan diagnoses waarvoor je geen ebp gebruikt??	26-3-2015 20:44
141	CVA / Parkinson / COPD / verstoorde balans (zit en stand) / dementie , alle bij 80plussers met sterk verminderde mobiliteit in WZC	26-3-2015 20:37
142	pfff	26-3-2015 20:37
143	acquired brain injury	26-3-2015 20:16
144	rotator cuff ruptuur lbp tkp bechterew ms	26-3-2015 20:15
145	COPD, CVA, omarthrose, rugklachten, enkelklachten	26-3-2015 20:12
146	Lage rugpijn,rotator cuff lijden,gonartrrose,copd,spierziekten	26-3-2015 20:08

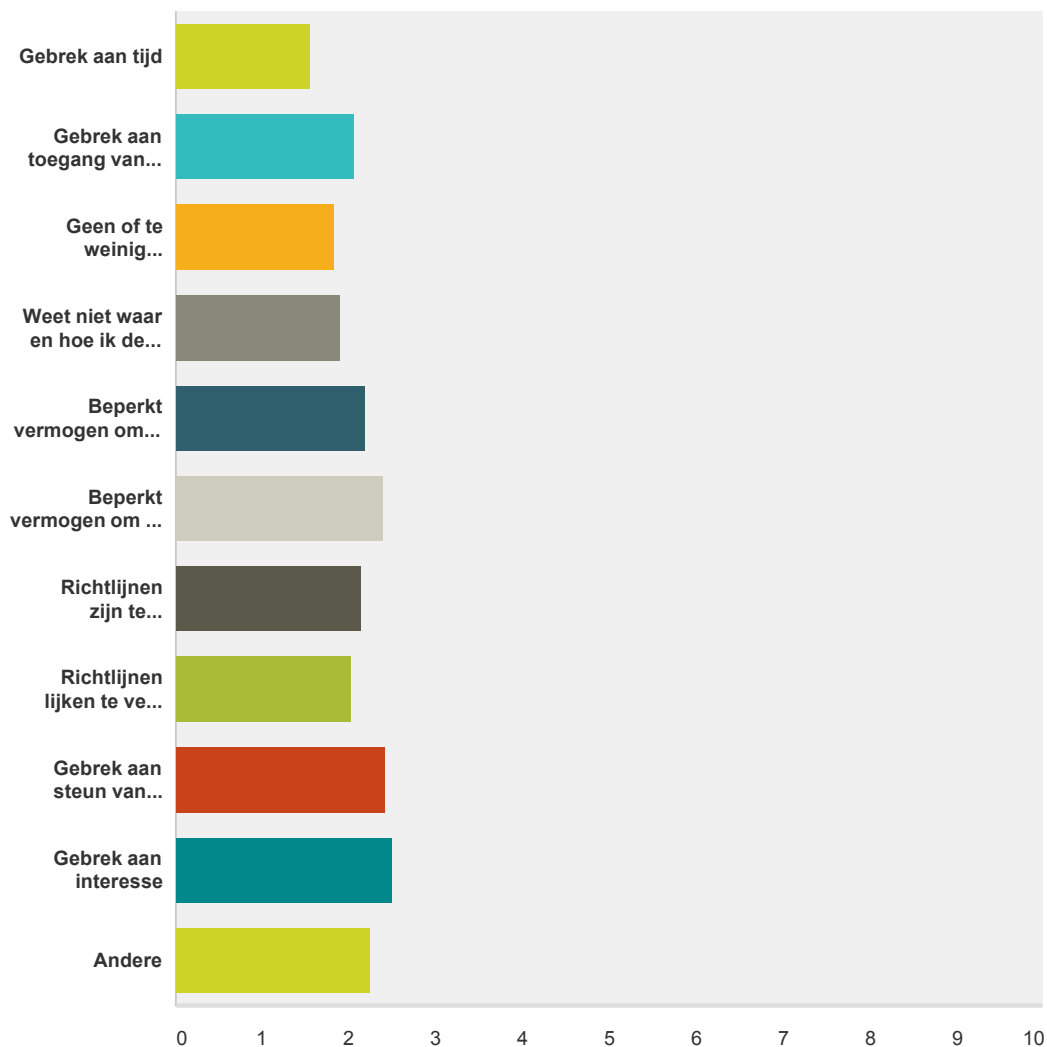
147	Orthopedie, lymfoedeem, respiratoire kine, rugproblematiek, pijnbestrijding	26-3-2015 19:25
148	Enkeldistortie, lbp, knieartrose, schouder instabiliteit, lumbale instabiliteit	26-3-2015 19:17
149	fibromyalgie chronisch vermoeidheidssyndroom Instabiliteitsprobleem in de rug en nek MS Dwarslaesie	26-3-2015 19:16
150	peesontstekingen discus hernia lumbaal facettaire blokkage cervicaal spierscheur breuk	26-3-2015 19:12
151	Schouder problematiek Knie problematiek Epicondylitis Enkeldistortie Rugpijn	26-3-2015 18:56
152	zv Parkinson- CVA- PSH - scoliose- valpreventie	26-3-2015 18:54
153	RA, Bechterew, Orthopedische pathologie, cardiologie, rugschool	26-3-2015 18:51
154	lumbalgie, ischialgieën, cervicalgie, knieprothesen, distortio	26-3-2015 18:38
155	Heup knie kruisbandletsel frozen shoulder	26-3-2015 18:29
156	COPD (maar ook respiratoire aandoeningen in het algemeen) cardiale aandoeningen	26-3-2015 18:24
157	lagerugklachten - nekkklachten - frozen shoulder - neuralgieën - houdingszwakte	26-3-2015 18:20
158	Rugpijn, nekpijn, post op patiënten, fibromyalgie, sportletsel	26-3-2015 18:18
159	Schouderletsels, AH problemen, Parkinson, MS,	26-3-2015 18:15
160	impingment schouder meniscuspathologie Tenniselleboog bankartoperatie fibromyalgie	26-3-2015 18:13
161	hemiplegie / longpatho / cervicalgiën	26-3-2015 18:02
162	CP DCD	26-3-2015 17:58
163	??	26-3-2015 17:50
164	lbp, diabetes, obesitas, valpreventie, enkeldistortio	26-3-2015 17:42
165	tenniselleboog tendinopathien	26-3-2015 17:36
166	beroertezorg MS Parkinson chronische pijn	26-3-2015 17:34
167	sudeck, tendinitis,	26-3-2015 17:30
168	geen 'voorkeur'	26-3-2015 17:30
169	Myopathien, Bechterew, Parkinson, copd, muscivicide	26-3-2015 17:30
170	locomotorische aandoeningen neurologische	26-3-2015 17:27
171	frozen shoulder enkelinstabiliteit sudeck lbp cervicalgie	26-3-2015 17:24
172	alle kinesitherapie gerelateerde diagnoses	26-3-2015 17:19
173	Neuromotorische aandoeningen, alles dus. Diagnose is nt de essentie, wel de functiestoornis.	26-3-2015 17:07
174	rugpijn, nekpijn, parkinson, CVA, bekkeninstabiliteit	26-3-2015 16:54
175	huntington parkinson Schouderletsels Rugletsels Neurologie algemeen	26-3-2015 16:48
176	Parkinson dementie alzheimer	26-3-2015 16:47
177	enkeldistorsie knieprothese heupprothese epicondylitis tempero-mandibular joint disorders	26-3-2015 16:43
178	rug, nek, CVA, peesletsel, neurologisch letsel	26-3-2015 16:39
179	CP behandelingen	26-3-2015 16:37
180	lage rugklachten knieklachten hoofdpijnklachten nekkklachten schouderklachten	26-3-2015 16:31
181	Bechterew LBP	26-3-2015 16:26
182	aspecifieke lage rugpijn	26-3-2015 16:19
183	epicondylitis radialis burnout cvs fibromyalgie	26-3-2015 16:17
184	/	26-3-2015 16:14
185	rugklachten, nekkklachten, whiplash, enkeldistorsie en fibromyalgie	26-3-2015 15:59
186	Acute torticollis, epicondylitis, lumbago, PSH, chondromalacie Pattelaie	26-3-2015 15:57
187	cervicalgie, lumbalgie, tendinopathie, post-operatieve orthopedische revalidatie,	26-3-2015 15:50

188	Oedeem, ademhalingskine, nekpijn	26-3-2015 15:50
189	lumbalgie, cervicalgie, fibromyalgie,	26-3-2015 15:48
190	aspecifieke lage rugpijn aspecifieke cervicale klachten tendinopathieën arthrose	26-3-2015 15:45
191	tenniseleboog hielspoor lumbale problemen pubalgie frozen shoulder	26-3-2015 15:41
192	ik denk dat we niet moeten kijken naar de diagnose, maar naar de persoon met een bepaalde problematiek	26-3-2015 15:39
193	Cardioreva, neurologische aandoeningen	26-3-2015 15:36
194	PSH; whiplash; fibromyalgie, CVS; hyperventilatie	26-3-2015 15:31
195	alle diagnoses	26-3-2015 15:27
196	- spierletsels - nieuwe soorten operaties zoals vernieuwde knieprothesen, nieuwe technieken voor schouderoperaties,...	26-3-2015 15:25
197	Atelectasen, cvs, fybromyalgie, diabetes, mucoviscidose	26-3-2015 15:24
198	Ik gebruik geen EB richtlijnen om een diagnose te stellen	26-3-2015 15:23
199	?	26-3-2015 15:16
200	cervicalgie, frozen shoulder, lumbalgie, spanningshoofdpijn, PSH schouder	26-3-2015 15:08
201	Ik ben absoluut niet geïnteresseerd in EB-richtlijnen	26-3-2015 15:07
202	Lumbalgie, rotatorcuff, cardiale revalidatie, knie en heuparthrose	26-3-2015 15:02
203	chronische peesletsels chronische pijnpatiënten, voetcorrectie	26-3-2015 15:01
204	CVA, schoouderruptuur, parkinson, ms, polyneuropathie	26-3-2015 15:01
205	Alle diagnoses zouden een richtlijn moeten hebben! 1. Aspecifieke nekklachten 2. Aspecifieke rugklachten 3. Tendinopathieën 4. Fibromyalgie 5. Radiculair syndroom 6.... enz....	26-3-2015 15:00
206	COPD, Longtransplant, hartchirurgie, polyneuropathie, orthopedische	26-3-2015 14:47
207	axillary web syndrome, frozen shoulder, inversietrauma enkel, postoperatief lumbale chirurgie, perifeer neurogeen lijden	26-3-2015 14:45
208	Bij chirurgie knie heup pols rug schouder	26-3-2015 14:40
209	laatste evoluties mbt handpathologie en revalidatie - revalidatie na chirurgisch peesherstel - crps type I, behandeling? - polsinstabiliteit, chirurgisch herstel en klinische richtlijnen voor kiné behandeling - dupuytren Brandwondenrevalidatie - mobilisatie technieken	26-3-2015 14:33
210	TKP THP TSP Lumbale fusie femurnageling	26-3-2015 14:28
211	schouderklachten, incontinentie, rugproblematiek, plasproblemen, VKB	26-3-2015 14:22
212	weet niet	26-3-2015 14:13
213	oefenprogramma met juiste soorten oefening	26-3-2015 14:12
214	zeert	26-3-2015 14:12
215	scoliose parkinson gangrevalidatie frozen shoulder/schouderluxaties enkelverstuikingen	26-3-2015 14:10
216	Postoperatieve situaties	26-3-2015 14:09
217	- Sudeck - Cervicaleproblematiek - Lage rugpijn - Patellofemoraal pijnsyndroom - Radiculopathie	26-3-2015 14:08
218	rugproblematiek	26-3-2015 14:07
219	Parkinson artrose MS	26-3-2015 14:04
220	neurogene aandoeningen Discusproblemen facetproblemen hoofdpijn uitstralingspijn in de benen	26-3-2015 14:03
221	ZvParkinson, cva, gonartrise, ah, prothese	26-3-2015 13:53
222	frozen shoulder impingement anterieur impingement posterieur PSH	26-3-2015 13:51
223	/	26-3-2015 13:51
224	CVA, Parkinson, Heup en Knie arthrose, frozen shoulder, cardiale reva	26-3-2015 13:48
225	alle klachten van het bewegingstelsel	26-3-2015 13:47

226	Behandeling neurologische letsels en aandoeningen centraal zenuwstelsel, hartrevalidatie, na orthopedische operaties	26-3-2015 13:45
227	hemiplegische schouder, postoperatieve letsels (gezien nieuwe technieken,...): neurochirurgie, cardiale operaties,...	26-3-2015 13:44
228	SI-problematiek, viscerale problemen, duizeligheid, respiratoire kinesitherapie, bekkenbodemreëducatie	26-3-2015 13:32
229	- reumathologie - centraal neurologische aandoeningen - systeemziekten - nieuwe orthopedische technieken - ongekende diagnoses (bv. afkortingen e.d. op een voorschrift die niet gekend of onduidelijk zijn).	26-3-2015 13:27
230	Elke orthopedische ingreep een richtlijn zou ideaal zijn MS Parkinson CVA cardiale ingrepen	26-3-2015 13:27
231	Chronische behandeling van beroerte, revalidatie knieprothese	26-3-2015 13:21
232	Epicondylitis Frozen shoulder Shin splint Carpal tunnel syndroom Aspecifieke lage rugpijn	26-3-2015 13:18
233	sportletsels	26-3-2015 13:18
234	Bij allemaal zou schitterend zijn. bij alle musculo-skeletale aandoeningen	26-3-2015 13:13
235	weinig, evidenced clinical practice primeert	26-3-2015 13:12
236	evenveel bij alle diagnoses	26-3-2015 13:08
237	artrose lage rug pijn frozen shoulder suddeck atrofie	26-3-2015 13:07
238	DCD, plagiocephalie en voorkeurs houdingen	26-3-2015 13:03
239	rugklachten schouderklachten nekklachten knieklachten heupklachten	26-3-2015 12:59
240	DCD lateralisatie-problemen schrijfmotorische problemen variante motorische ontwikkeling (poepschuiven) in de eerste levensmaanden	26-3-2015 12:50
241	arthrose	26-3-2015 12:50
242	LBP PSH VKB revalidatie Enkeldistortio kniearthrose	26-3-2015 12:48
243	CP, bronchiolitis, fibromyalgie, DCD, hernia lumbalis	26-3-2015 12:47
244	Schouderpeesontsteking Tenniselleboog Lage rug klachten Hyperventilatie AH problematiek	26-3-2015 12:44
245	overactieve blaas, stressincontinentie dysfunctionaal voiding bedplassen prostaathypertrofie	26-3-2015 12:43
246	knie schouderonderzoek bekkenbodemkine	26-3-2015 12:42
247	courante aandoeningen in de kine / musculoskeletale aandoeningen / cardiovasculaire problematiek / AH-insuf / inwendige aandoeningen / postop operatieve aandoeningen	26-3-2015 12:32
248	AP tendinitis, tennis elbow, apexitis patellae, Sudeck atrofie, Dupuytren	26-3-2015 12:28
249	geen idee	26-3-2015 12:27
250	flexiecontractuur vorming van de vingers bij demente bejaarden Flexie contractuur vorming van de knieën bij demente bejaarden longproblematiek met sputum retentie bij bejaarden CVA met hemiplegie in de hypotone fase m.parkinson	26-3-2015 12:20
251	In mijn praktijk minder van toepassing!	26-3-2015 12:16
252	cvs fibromyalgie als ms myastenia gravis	26-3-2015 12:12
253	pubalgie sever's neurologisch gerelateerde letsels	26-3-2015 12:06
254	tendinitiden ; LBP ; fibromyalgie ; postoperatieve fusies ; CVS	26-3-2015 12:03
255	prothesen;neurologische pathologieën	26-3-2015 12:01

Q27 Duidt 3 factoren aan die voor u de grootste belemmerende factoren vormen voor het gebruik van evidence-based richtlijnen. Rangschik van 1 t.e.m. 3 waarbij 1 de belangrijkste factor is.

Beantwoord: 244 Overgeslagen: 65



	Nummer 1	Nummer 2	Nummer 3	Totaal	Gewogen gemiddelde
Gebrek aan tijd	65,16% 101	13,55% 21	21,29% 33	155	1,56
Gebrek aan toegang van richtlijnen	18,18% 14	57,14% 44	24,68% 19	77	2,06
Geen of te weinig richtlijnen bestaan voor mijn specifieke patiëntengroep	42,11% 32	31,58% 24	26,32% 20	76	1,84
Weet niet waar en hoe ik de richtlijnen kan vinden	36,92% 24	35,38% 23	27,69% 18	65	1,91
Beperkt vermogen om richtlijnen kritisch te beoordelen	18,52% 5	44,44% 12	37,04% 10	27	2,19
Beperkt vermogen om de aanbevelingen uit de richtlijnen toe te passen op mijn patiëntenpopulatie	17,50% 7	25,00% 10	57,50% 23	40	2,40

Richtlijnen zijn te algemeen en niet specifiek genoeg	18,87% 20	46,23% 49	34,91% 37	106	2,16
Richtlijnen lijken te veel op een 'recept' en ze laten me niet toe om te beslissen wat het meest geschikt is	25,27% 23	46,15% 42	28,57% 26	91	2,03
Gebrek aan steun van collega's op mijn werkplaats	7,14% 1	42,86% 6	50,00% 7	14	2,43
Gebrek aan interesse	10,00% 3	30,00% 9	60,00% 18	30	2,50
Andere	33,33% 9	7,41% 2	59,26% 16	27	2,26

#	Indien 'andere', noteer hier wat voor u van toepassing is:	Datum
1	algemeen is er te weinig uniformiteit, iedereen wil het laken naar zich toe trekken waardoor het een wirwar van informatie is. Graag meer standaardisatie.	28-4-2015 13:32
2	voor de technieken die ik dikwijls gebruik is er nog of weining geen wetenschappelijk onderzoek gebeurd (oa cranosacraaltherapie) maar ze werken dikwijls beter dan de conventionele en wetenschappelijk bewezen technieken!!!!	11-4-2015 9:34
3	Patiënten zijn individuen en verdienen een zeer persoonlijke aanpak, richtlijnen,zijn vaak te algemeen of niet toepasbaar op specifieke,doelgroep, te weinig mobiele,of te oude patienten	31-3-2015 21:50
4	Artikels zijn moeilijk oplaadbaar en zeer vaak betalend	29-3-2015 23:05
5	niet zeker of ik nog lang in de huidige omstandigheden zal werken en daarom minder gemotiveerd om 200% er voor te gaan	28-3-2015 13:08
6	mijn specifieke vaardigheden en patienten populatie laten geen homogeen onderzoek toe en dus ook niet samen te vatten in EBP	27-3-2015 12:50
7	slechte doorverwijzing van artsen	26-3-2015 23:32
8	Niet van toepassing deze vraag	26-3-2015 22:31
9	Heb al lokks meegedaan en cursussen gevolgd, er kruipt allemaal teveel tijd in voor dat beetje extra info. Allemaal teveel statistiek en theorie, te weinig relevante info naar praktijk toe. Ik koop regelmatig boeken aan en surf om te zoeken wat nodig is op de momenten dat ik de info nodig heb. Wie zijn eigen praktijk behartigd doet zelf aan EBP!	26-3-2015 22:20
10	meer motivatie vanuit werkplek (financieel, info geven, gratis bijscholing), minder financiële kosten voor bijv. bijscholing/congressen/.... , makkelijkere toegang nodig tot bijv. pubmed om zelf onderbouwde wetenschappelijke artikels op te zoeken! (en niet via random google)	26-3-2015 22:05
11	Talenkennis.	26-3-2015 20:55
12	richtlijnen zijn dikwijls oppervlakkig wat betreft oefentherapie, specifieke manuele technieken	26-3-2015 20:13
13	te weinig op de Belgische bevolking gericht, meestal uit buitenland geextrapoleerd	26-3-2015 17:44
14	Richtlijn die niet toepasbaar zijn in belgische context	26-3-2015 16:58
15	gebrek aan steun in het werkveld	26-3-2015 15:47
16	Ik denk dat de mogelijkheid om als hardwerkende therapeut zeer beperkt is ivf tijd, energie en combinatie werk-privé. Universiteiten geven ook te weinig hun informatie door aan de praktiserende collega's. Hierdoor moeten we gaan zoeken bij de "bijscholing" zonder de garantie op kwaliteit ervan. Met als gevolg vaak verloren tijd en energie.	26-3-2015 15:43
17	Richtlijnen zijn vaak ontoereikend, er zijn andere klinische methodes die efficiënter zijn.	26-3-2015 15:24
18	Elke patiënt is anders, en elke therapeut is anders. Ik betwijfel of er degelijke standaardrecepten bestaan die je zomaar bij iedereen kan toepassen.	26-3-2015 15:11
19	Omdat ik niet op 3 punten kan komen. Ik ervaar geen belemmeringen voor het toepassen van richtlijnen! Er zijn er gewoon te weinig. We staan dan ook heel sterk achter tov de artsen (cfr NHG). NHG standaarden hebben ook een app voor op de smartphone. Zou voor onze richtlijnen ook handig zijn!	26-3-2015 15:05
20	Enkel tijdsgebrek is een probleem.	26-3-2015 14:10
21	Vanuit de opleiding te weinig gestimuleerd (KULeuven)	26-3-2015 14:10

22	Vaak laat ik me niet leiden door een klinische diagnose op zich maar bekijk ik het totale plaatje en ga op basis van het geheel,intuïtie,en niet traditionele onderzoeksmethodes, mijn behandelingsstrategie bepalen of wijzigen	26-3-2015 13:49
23	knie richt zich op functionaliteit, meer dan op alleen een medische diagnose, die de functionaliteit maar ten dele bepaald. Eenzelfde diagnose vraagt vaak een totaal andere aanpak. Kine is een gedragstherapie (we willen het gedrag, in dit geval het bewegen, van de patiënt verbeteren, veranderen) die telkens opnieuw het formuleren van doelstellingen, aanpak, persoonlijke wensen, enz, noodzakelijk maakt. De EBM (uit opzoekwerk) is hier een belangrijke bijdrage, nl; één van de middelen. Het relationele karakter van de therapie is crusiaal (maar dit mag dan weer geen aanleiding zijn om onzin te verkopen...).	26-3-2015 13:37
24	te geïsoleerde klinische setting waar de testing/richtlijnen in verlopen. Richtlijnen komen te veel uit een "labo-situatie"	26-3-2015 12:08

Bijlage 6: Analyse vraag 25

Bron		n	%		
Artikels, boeken, naslagwerk		45	16,42		
Bibliotheek, universitaire bibliotheek		6	2,19		
Bijscholing, seminarie, congres		41	14,96		
Collega's, artsen, beroepsverenigingen		27	9,85		
Internet	<i>Totaal</i>	337	/		
	Databank	<i>Totaal</i>	128	/	
		PubMed	54	19,71	
		PEDro	12	4,38	
		Cochrane	<i>Totaal</i>	39	/
			CEBAM	29	10,58
			CDLH	7	2,55
		Web of Science	4	1,46	
		Springerlink	2	0,73	
		EBMPracticeNet	7	2,55	
		Medline	1	0,36	
		Kwaliteit bevorderende kinesitherapeutische organisaties	<i>Totaal</i>	73	/
			AXXON	19	6,93
	WVVK		5	1,82	
	Pro-Q-Kine, SPIP		10	3,65	
	KNGF		36	13,14	
	WCPT		3	1,09	
	Overheid	<i>Totaal</i>	7	/	
		RIZIV	1	0,36	
		KCE	2	0,73	
		Door overheid gepubliceerde artikels	2	0,73	
	Sociale media, forums	5	1,82		
	Specifieke site pathologie, domein kinesitherapie (specialisatie)	21	7,66		
	Website van een bedrijf	2	0,73		
	Zoekmachines	<i>Totaal</i>	23	/	
		Google (scholar)	21	7,66	
		Wikipedia	2	0,73	
Klinische evidentie uit ervaring		3	1,09		
Studenten		8	2,92		
Wetenschappelijke tijdschriften		30	10,95		
Geen idee		58	21,17		
Foutief antwoord (foutieve afkorting, geen bron)		14	5,11		
Andere		2	0,73		

Bijlage 7: Kinesitherapeutische domeinen

De kinesitherapeutische domeinen zijn gebaseerd op de afstudeerrichtingen van de Masteropleiding Revalidatiewetenschappen en Kinesitherapie (terug te vinden op <http://www.uhasselt.be/Afstudeerrichtingen---Masteropleiding-revalidatiewetenschappen-en-kinesitherapie> en <https://www.vub.ac.be/infoover/onderwijs/bama/of-revaki.html>)

- 1) Revalidatiewetenschappen en kinesitherapie bij musculoskeletale aandoeningen
- 2) Revalidatiewetenschappen en kinesitherapie bij neurologische aandoeningen
- 3) Revalidatiewetenschappen en kinesitherapie bij inwendige aandoeningen
- 4) Revalidatiewetenschappen en kinesitherapie in de pediatrie
- 5) Revalidatiewetenschappen en kinesitherapie in de geriatrie
- 6) Revalidatiewetenschappen en kinesitherapie in de geestelijke gezondheidszorg

Het toewijzen van een kinesitherapeutisch domein aan een evidence-based summary is gebaseerd op terugkomen van de interventievorm in de verschillende opleidingsonderdelen van de opleiding Revalidatiewetenschappen en Kinesitherapie.

Indien er op basis van de opleidingsonderdelen niet bepaald kon worden welk domein van toepassing was, werd er naar de onderstaande MeSH-termen uit PubMed gekeken om een beslissing te nemen.

Voor pediatrie- en geriatrie aandoeningen werden geen MeSH-termen in PubMed teruggevonden. Indien er in de titel of in de evidence-based summary gesproken werd over kinderen of geriatrische personen dan werd de summary onder het domein 'pediatrische kinesitherapie'/'geriatrie kinesitherapie' geplaatst.

Indien het niet mogelijk was om de evidence-based summary toe te wijzen aan één bepaald domein, werd het domein 'multidisciplinaire aanpak' gebruikt.

MeSH-termen:

- 1) Musculoskeletale aandoeningen
 - MeSH-term: Musculoskeletal Diseases
 - MeSH-tree:
 - Bone Diseases
 - Bone Cysts +
 - Bone Diseases, Developmental +
 - Bone Diseases, Endocrine +
 - Bone Diseases, Infectious +
 - Bone Diseases, Metabolic +
 - Bone Malalignment +
 - Bone Neoplasms +
 - Bone Resorption +
 - Coxa Valga
 - Eosinophilic Granuloma
 - Epiphyses, Slipped +
 - Genu Valgum
 - Genu Varum
 - Hyperostosis +
 - Osteitis
 - Osteitis Deformans
 - Osteoarthropathy, Primary Hypertrophic
 - Osteoarthropathy, Secondary Hypertrophic
 - Osteochondritis +
 - Osteochondrosis +
 - Osteonecrosis +
 - Spinal Diseases +
 - Cartilage Diseases
 - Chondromalacia Patellae

- Laryngomalacia
- Osteochondritis
- Polychondritis, Relapsing
- Tietze's Syndrome
- Tracheobronchomalacia +
- Fasciitis
 - Fasciitis, Necrotizing
 - Fasciitis, Plantar
- Foot Deformities
 - Flatfoot
 - Foot Deformities, Acquired +
 - Foot Deformities, Congenital +
 - Hallux Valgus
 - Hallux Varus
 - Hammer Toe Syndrome
- Foot Diseases
 - Fasciitis, Plantar
 - Heel Spur
 - Metatarsalgia
 - Posterior Tibial Tendon Dysfunction
- Hand Deformities
 - Hand Deformities, Acquired
 - Hand Deformities, Congenital
- Jaw Diseases
 - Bisphosphonate-Associated Osteonecrosis of the Jaw
 - Cherubism
 - Granuloma, Giant Cell
 - Jaw Abnormalities +
 - Jaw Cysts +
 - Jaw Neoplasms +
 - Jaw, Edentulous +
 - Mandibular Diseases +
 - Maxillary Diseases +
- Joint Diseases
 - Ankylosis +
 - Arthralgia +
 - Arthritis +
 - Arthrogyposis
 - Arthropathy, Neurogenic
 - Bursitis +
 - Chondromatosis, Synovial
 - Contracture +
 - Femoracetabular Impingement
 - Hallux Limitus
 - Hallux Rigidus
 - Hemarthrosis
 - Hydrarthrosis
 - Joint Deformities, Acquired
 - Joint Instability
 - Joint Loose Bodies
 - Metatarsalgia
 - Nail-Patella Syndrome
 - Osteoarthropathy, Primary Hypertrophic
 - Osteoarthropathy, Secondary Hypertrophic
 - Patellofemoral Pain Syndrome
 - Shoulder Impingement Syndrome
 - Synovitis +
 - Temporomandibular Joint Disorders +
- Muscular Diseases
 - Arthrogyposis

- Compartment Syndromes +
- Contracture +
- Craniomandibular Disorders +
- Eosinophilia-Myalgia Syndrome
- Fatigue Syndrome, Chronic
- Fibromyalgia
- Isaacs Syndrome
- Medial Tibial Stress Syndrome
- Mitochondrial Myopathies +
- Muscle Cramp
- Muscle Neoplasms
- Muscle Rigidity
- Muscle Spasticity
- Muscle Weakness
- Muscular Disorders, Atrophic +
- Musculoskeletal Pain
- Myalgia
- Myofascial Pain Syndromes +
- Myopathies, Structural, Congenital +
- Myositis +
- Myotonic Disorders +
- Paralyzes, Familial Periodic +
- Polymyalgia Rheumatica
- Rhabdomyolysis +
- Tendinopathy +
- Musculoskeletal Abnormalities
 - Arthrogyposis
 - Campomelic Dysplasia
 - Craniofacial Abnormalities +
 - Funnel Chest
 - Gastroschisis
 - Hip Dislocation, Congenital
 - Klippel-Feil Syndrome
 - Limb Deformities, Congenital +
 - Synostosis +
- Rheumatic Diseases
 - Arthritis, Juvenile
 - Arthritis, Rheumatoid +
 - Fibromyalgia
 - Gout +
 - Hyperostosis, Sternocostoclavicular
 - Osteoarthritis +
 - Polymyalgia Rheumatica
 - Rheumatic Fever +
- Tennis Elbow

2) Neurologische aandoeningen

- MeSH-term: Nervous System Diseases
- MeSH-tree:
 - Autoimmune Diseases of the Nervous System
 - Demyelinating Autoimmune Diseases, CNS +
 - Lambert-Eaton Myasthenic Syndrome
 - Leukoencephalitis, Acute Hemorrhagic
 - Myasthenia Gravis +
 - Nervous System Autoimmune Disease, Experimental +
 - Polyradiculoneuropathy +
 - Stiff-Person Syndrome
 - Uveomeningoencephalitic Syndrome
 - Vasculitis, Central Nervous System +
 - Autonomic Nervous System Diseases

- Adie Syndrome
- Autonomic Dysreflexia
- Complex Regional Pain Syndromes +
- Horner Syndrome
- Primary Dysautonomias +
- Sweating, Gustatory
- Central Nervous System Diseases
 - Brain Diseases +
 - Central Nervous System Infections +
 - Encephalomyelitis +
 - High Pressure Neurological Syndrome
 - Meningitis +
 - Movement Disorders +
 - Ocular Motility Disorders +
 - Pneumocephalus
 - Spinal Cord Diseases +
- Chronobiology Disorders
 - Jet Lag Syndrome
 - Sleep Disorders, Circadian Rhythm
 - Smith-Magenis Syndrome
- Cranial Nerve Diseases
 - Abducens Nerve Diseases +
 - Accessory Nerve Diseases +
 - Cranial Nerve Injuries +
 - Cranial Nerve Neoplasms +
 - Facial Nerve Diseases +
 - Facial Neuralgia
 - Glossopharyngeal Nerve Diseases +
 - Hypoglossal Nerve Diseases +
 - Ocular Motility Disorders +
 - Oculomotor Nerve Diseases +
 - Olfactory Nerve Diseases +
 - Ophthalmoplegic Migraine
 - Optic Nerve Diseases +
 - Trigeminal Nerve Diseases +
 - Trochlear Nerve Diseases
 - Vagus Nerve Diseases +
 - Vestibulocochlear Nerve Diseases +
- Demyelinating Diseases
 - Demyelinating Autoimmune Diseases, CNS +
 - Hereditary Central Nervous System Demyelinating Diseases +
 - Leukoencephalopathy, Progressive Multifocal
 - Marchiafava-Bignami Disease
 - Myelinolysis, Central Pontine
 - Ophthalmoplegic Migraine
 - Polyradiculoneuropathy +
 - Subacute Combined Degeneration
- Nervous System Malformations
 - Agenesis of Corpus Callosum +
 - Central Nervous System Cysts +
 - Central Nervous System Vascular Malformations +
 - Dandy-Walker Syndrome
 - Hereditary Sensory and Autonomic Neuropathies +
 - Hereditary Sensory and Motor Neuropathy +
 - Hydranencephaly
 - Malformations of Cortical Development +
 - Neural Tube Defects +
 - Septo-Optic Dysplasia
- Nervous System Neoplasms
 - Central Nervous System Neoplasms +

- Cranial Nerve Neoplasms +
- Peripheral Nervous System Neoplasms +
- Neurocutaneous Syndromes
 - Ataxia Telangiectasia
 - Neurofibromatoses +
 - Nevus, Sebaceous of Jadassohn
 - Sturge-Weber Syndrome
 - Tuberous Sclerosis
 - von Hippel-Lindau Disease
- Neurodegenerative Diseases
 - Heredodegenerative Disorders, Nervous System +
 - Lewy Body Disease
 - Motor Neuron Disease +
 - Multiple System Atrophy +
 - Olivopontocerebellar Atrophies
 - Paraneoplastic Syndromes, Nervous System +
 - Parkinson Disease
 - Postpoliomyelitis Syndrome
 - Prion Diseases +
 - Shy-Drager Syndrome
 - Subacute Combined Degeneration
 - Tauopathies +
 - TDP-43 Proteinopathies +
- Neurologic Manifestations
 - Cerebrospinal Fluid Otorrhea
 - Cerebrospinal Fluid Rhinorrhea
 - Decerebrate State
 - Dyskinesias +
 - Gait Disorders, Neurologic +
 - Meningism
 - Neurobehavioral Manifestations +
 - Neurogenic Inflammation
 - Neuromuscular Manifestations +
 - Pain +
 - Paralysis +
 - Paresis +
 - Pupil Disorders +
 - Reflex, Abnormal +
 - Seizures +
 - Sensation Disorders +
 - Susac Syndrome
 - Urinary Bladder, Neurogenic
 - Vertigo
 - Voice Disorders +
- Neuromuscular Diseases
 - Fatigue Syndrome, Chronic
 - Isaacs Syndrome
 - Motor Neuron Disease +
 - Muscular Atrophy, Spinal +
 - Muscular Diseases +
 - Muscular Disorders, Atrophic +
 - Neuromuscular Junction Diseases +
 - Peripheral Nervous System Diseases +
 - Poliomyelitis +
 - Stiff-Person Syndrome
- Neurotoxicity Syndromes
 - Akathisia, Drug-Induced
 - Alcohol-Induced Disorders, Nervous System +
 - Botulism
 - Dyskinesia, Drug-Induced

- Heavy Metal Poisoning, Nervous System +
- MPTP Poisoning
- Neuroleptic Malignant Syndrome
- Restless Legs Syndrome
- Sleep Disorders
 - Dyssomnias +
 - Parasomnias +
- Trauma, Nervous System
 - Cerebrovascular Trauma +
 - Craniocerebral Trauma +
 - Peripheral Nerve Injuries
- Spinal Cord Injuries +

3) Inwendige aandoeningen

- Cardiovasculaire aandoeningen
 - MeSH-term: Cardiovascular Diseases
 - MeSH-tree:
 - Cardiovascular Abnormalities
 - Heart Defects, Congenital +
 - Vascular Malformations +
 - Cardiovascular Infections
 - Endocarditis, Bacterial +
 - Syphilis, Cardiovascular
 - Tuberculosis, Cardiovascular +
 - Heart Diseases
 - Arrhythmias, Cardiac +
 - Carcinoid Heart Disease
 - Cardiac Output, High
 - Cardiac Output, Low
 - Cardiac Tamponade
 - Cardiomegaly +
 - Cardiomyopathies +
 - Endocarditis +
 - Heart Aneurysm
 - Heart Arrest +
 - Heart Defects, Congenital +
 - Heart Failure +
 - Heart Neoplasms +
 - Heart Rupture +
 - Heart Valve Diseases +
 - Myocardial Ischemia +
 - Pericardial Effusion
 - Pericarditis +
 - Pneumopericardium
 - Postpericardiotomy Syndrome
 - Pulmonary Heart Disease
 - Rheumatic Heart Disease
 - Ventricular Dysfunction +
 - Ventricular Outflow Obstruction +
 - Pregnancy Complications, Cardiovascular
 - Embolism, Amniotic Fluid
 - Vascular Diseases
 - Aneurysm +
 - Angiodysplasia +
 - Angioedema +
 - Angiomatosis +
 - Aortic Diseases +
 - Arterial Occlusive Diseases +
 - Arteriovenous Malformations +
 - Arteritis +

- Capillary Leak Syndrome
- Cerebrovascular Disorders +
- Colitis, Ischemic
- Compartment Syndromes +
- Diabetic Angiopathies +
- Embolism and Thrombosis +
- Hand-Arm Vibration Syndrome
- Hemorrhoids
- Hemostatic Disorders +
- Hepatic Veno-Occlusive Disease
- Hyperemia
- Hypertension +
- Hypotension +
- Myocardial Ischemia +
- Optic Neuropathy, Ischemic
- Peripheral Vascular Diseases +
- Prehypertension
- Pulmonary Veno-Occlusive Disease
- Reperfusion Injury +
- Retinal Vein Occlusion
- Scimitar Syndrome
- Spinal Cord Vascular Diseases +
- Splenic Infarction
- Superior Vena Cava Syndrome
- Telangiectasis +
- Thoracic Outlet Syndrome +
- Varicocele
- Varicose Veins +
- Vascular Fistula +
- Vascular Neoplasms
- Vascular System Injuries
- Vasculitis +
- Vasoplegia
- Venous Insufficiency +

- Respiratoire aandoeningen

- MeSH-term: Lung Diseases
- MeSH-tree:
 - Acute Chest Syndrome
 - alpha 1-Antitrypsin Deficiency
 - Cystic Adenomatoid Malformation of Lung, Congenital
 - Cystic Fibrosis
 - Hemoptysis
 - Hepatopulmonary Syndrome
 - Hypertension, Pulmonary
 - Persistent Fetal Circulation Syndrome
 - Lung Abscess
 - Lung Diseases, Fungal
 - Pneumonia, Pneumocystis
 - Pulmonary Aspergillosis +
 - Lung Diseases, Interstitial
 - Alveolitis, Extrinsic Allergic +
 - Anti-Glomerular Basement Membrane Disease
 - Histiocytosis, Langerhans-Cell +
 - Idiopathic Interstitial Pneumonias +
 - Pneumoconiosis +
 - Radiation Pneumonitis
 - Sarcoidosis, Pulmonary
 - Wegener Granulomatosis
 - Lung Diseases, Obstructive

- Asthma
- Bronchitis +
- Pulmonary Disease, Chronic Obstructive +
- Lung Diseases, Parasitic
 - Echinococcosis, Pulmonary
- Lung Injury
 - Acute Lung Injury
 - Meconium Aspiration Syndrome
 - Pneumoconiosis +
 - Radiation Pneumonitis
 - Ventilator-Induced Lung Injury +
- Lung Neoplasms
 - Carcinoma, Bronchogenic +
 - Multiple Pulmonary Nodules
 - Pancoast Syndrome
 - Pulmonary Sclerosing Hemangioma
 - Solitary Pulmonary Nodule
- Lung, Hyperlucent
- Plasma Cell Granuloma, Pulmonary
- Pneumonia
 - Bronchopneumonia
 - Pleuropneumonia
 - Pneumonia, Aspiration +
 - Pneumonia, Bacterial +
 - Pneumonia, Pneumocystis
 - Pneumonia, Ventilator-Associated
 - Pneumonia, Viral
- Pulmonary Alveolar Proteinosis
- Pulmonary Atelectasis
 - Middle Lobe Syndrome
- Pulmonary Edema
- Pulmonary Embolism
 - Pulmonary Infarction
- Pulmonary Eosinophilia
- Pulmonary Fibrosis
 - Idiopathic Pulmonary Fibrosis
- Pulmonary Veno-Occlusive Disease
- Respiratory Distress Syndrome, Adult
- Respiratory Distress Syndrome, Newborn
 - Hyaline Membrane Disease
 - Transient Tachypnea of the Newborn
- Scimitar Syndrome
- Solitary Pulmonary Nodule
- Tuberculosis, Pulmonary
 - Silicotuberculosis

4) Pediatrische aandoeningen: Geen MeSH-term

5) Geriatrische aandoeningen: Geen MeSH-term

6) Geestelijke aandoeningen

- MeSH-term: Mental Disorders
- MeSH-tree:
 - Adjustment Disorders
 - Anxiety Disorders
 - Agoraphobia
 - Neurocirculatory Asthenia
 - Obsessive-Compulsive Disorder +
 - Panic Disorder
 - Phobic Disorders

- Stress Disorders, Traumatic +
- Delirium, Dementia, Amnesic, Cognitive Disorders
 - Amnesia +
 - Cognition Disorders +
 - Consciousness Disorders
 - Delirium
 - Dementia +
 - Dyslexia, Acquired +
- Dissociative Disorders
 - Multiple Personality Disorder
- Eating Disorders
 - Anorexia Nervosa
 - Binge-Eating Disorder
 - Bulimia Nervosa
 - Female Athlete Triad Syndrome
 - Pica
- Factitious Disorders
 - Munchausen Syndrome
- Impulse Control Disorders
 - Firesetting Behavior
 - Gambling
 - Trichotillomania
- Mental Disorders Diagnosed in Childhood
 - Anxiety, Separation
 - Attention Deficit and Disruptive Behavior Disorders +
 - Child Behavior Disorders
 - Child Development Disorders, Pervasive +
 - Communication Disorders +
 - Developmental Disabilities
 - Elimination Disorders +
 - Feeding and Eating Disorders of Childhood +
 - Intellectual Disability
 - Learning Disorders +
 - Motor Skills Disorders
 - Mutism
 - Reactive Attachment Disorder
 - Schizophrenia, Childhood
 - Stereotypic Movement Disorder
 - Tic Disorders +
- Mood Disorders
 - Affective Disorders, Psychotic +
 - Depressive Disorder +
- Neurotic Disorders
- Personality Disorders
 - Antisocial Personality Disorder
 - Borderline Personality Disorder
 - Compulsive Personality Disorder
 - Dependent Personality Disorder
 - Histrionic Personality Disorder +
 - Paranoid Personality Disorder
 - Passive-Aggressive Personality Disorder
 - Schizoid Personality Disorder
 - Schizotypal Personality Disorder
- Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features
 - Capgras Syndrome
 - Delusional Parasitosis
 - Morgellons Disease
 - Paranoid Disorders
 - Psychotic Disorders +
 - Schizophrenia +

- Sexual and Gender Disorders
 - Disorders of Sex Development +
 - Sexual Dysfunctions, Psychological +
- Sleep Disorders
 - Dyssomnias +
 - Parasomnias +
- Somatoform Disorders
 - Body Dysmorphic Disorders
 - Conversion Disorder
 - Hypochondriasis
 - Neurasthenia
- Substance-Related Disorders
 - Alcohol-Related Disorders +
 - Amphetamine-Related Disorders
 - Cocaine-Related Disorders
 - Inhalant Abuse
 - Marijuana Abuse
 - Neonatal Abstinence Syndrome
 - Opioid-Related Disorders +
 - Phencyclidine Abuse
 - Psychoses, Substance-Induced
 - Substance Abuse, Intravenous
 - Substance Withdrawal Syndrome +
- Tobacco Use Disorder

Bijlage 8: Analyse vraag 26

Domein	n	Subgroep	n
Musculoskeletaal domein	632	Problematiek ledematen (heup-, knie-, schouder-, ... problematiek)	257
		Problematiek rug en nek (LBP, hernia, ...)	221
		Orthopedische heerkundige ingrepen	74
		Artrose	26
		Reuma	11
		Fibromyalgie	28
		Chronisch vermoeidheidssyndroom	15
Psychologisch/psychiatrisch domein	17	Ontspannende therapie, chronische pijn en vermoeidheid, stress-gerelateerde klachten, depressie, hyperventilatie,...	
Cardiorespiratoir domein (cardiale- en respiratoire aandoeningen, cardiale operaties, ...)	72	Geen subgroepen	
Neurologisch domein (CVA, parkinson, MS, dwarslaesie,...)	123	Geen subgroepen	
Pediatriesch domein (ontwikkelingsstoornissen, ADHD, ...)	26	Geen subgroepen	
Geriatrisch domein (valpreventie, ...)	5	Geen subgroepen	
Overigen	42	Lymfe problematiek, oncologie	10
		Bekkenbodem problematiek	15
		CRPS/ Sudeck	11
		Tinnitus	1
		Perifere- of radicaire neuropathie	5

Auteursrechtelijke overeenkomst

Ik/wij verlenen het wereldwijde auteursrecht voor de ingediende eindverhandeling:

Evidence based practice bij kinesitherapeuten in Vlaanderen: een cross-sectioneel surveyonderzoek

Richting: **master in de revalidatiewetenschappen en de kinesitherapie-revalidatiewetenschappen en kinesitherapie bij neurologische aandoeningen**

Jaar: **2015**

in alle mogelijke mediaformaten, - bestaande en in de toekomst te ontwikkelen - , aan de Universiteit Hasselt.

Niet tegenstaand deze toekenning van het auteursrecht aan de Universiteit Hasselt behoud ik als auteur het recht om de eindverhandeling, - in zijn geheel of gedeeltelijk -, vrij te reproduceren, (her)publiceren of distribueren zonder de toelating te moeten verkrijgen van de Universiteit Hasselt.

Ik bevestig dat de eindverhandeling mijn origineel werk is, en dat ik het recht heb om de rechten te verlenen die in deze overeenkomst worden beschreven. Ik verklaar tevens dat de eindverhandeling, naar mijn weten, het auteursrecht van anderen niet overtreedt.

Ik verklaar tevens dat ik voor het materiaal in de eindverhandeling dat beschermd wordt door het auteursrecht, de nodige toelatingen heb verkregen zodat ik deze ook aan de Universiteit Hasselt kan overdragen en dat dit duidelijk in de tekst en inhoud van de eindverhandeling werd genotificeerd.

Universiteit Hasselt zal mij als auteur(s) van de eindverhandeling identificeren en zal geen wijzigingen aanbrengen aan de eindverhandeling, uitgezonderd deze toegelaten door deze overeenkomst.

Voor akkoord,

Linssen, Rianne

Verstraeten, Lynn