

Project *VT* richtlijn[©] HMS

Hypermobiliteitssyndroom

Eindverslag

Naam:	Vincent Wannée (stnr. 400029)
Naam:	Tjarda Alberts (stnr. 79323)
AK Groep:	F4B
AK Docent:	Niki Stolwijk
SLB er:	Carin van Gelder
2^{de} Assessor:	Joost de Beer
Studiejaar:	2006-2007
Leerjaar:	4
Opleiding:	Bachelor Fysiotherapie

Abstract

Introduction

The Hypermobility syndrome consists of generalized joint-hypermobility, sometimes accompanied by subluxation and/or dislocation of the joints. Physiotherapy has proven to be the most effective treatment available for HMS. Within the field of physiotherapy however, there is still discussion about the uniformity of treatment. In this article we will review scientific data and produce a guideline, which can be used by physiotherapists in everyday practice.

Method

From a questionnaire study, in which 32 physiotherapists took part, a draft guideline was formulated. To validate this guideline, a evaluation session was held with experts in the field of physiotherapy, in which the guideline was thoroughly discussed. Also, the guideline was clinically tested for 3 weeks, in 4 different physiotherapeutic practices.

Results

Evaluation of the guideline by experts as well as the clinical results, as measured by the "agree instrument for guidelines", show the guideline to be applicable for treatment of HMS patients by physiotherapists.

Conclusion

With this project, the writers have made it possible to increase the uniformity within the physiotherapeutic treatment of HMS. The product is a workable guideline, which can be used in every physiotherapeutic practice.

Voorwoord

Het vierde jaar van de opleiding fysiotherapie draagt de ondertitel 'talentontwikkeling als constante'. Waarin wij als aanstaande professionals onszelf steeds weer beter hebben geprofileerd. Dit door middel van ons eigen talent en het talent dat we de afgelopen drie jaar hebben kunnen ontwikkelen. Hiertoe behoren ook de competenties waaraan we hebben gewerkt om ze te behalen. Samen vormen zij mede de basis voor een goede fysiotherapeut.

Het vierde jaar was voor ons een hele uitdaging, om onze kwaliteiten te laten zien en onze vakinhoudelijke interesses beter te leren ontdekken als ook te ontwikkelen. Naast onze FIO activiteiten, heeft ons afstudeerproject hier een grote rol in gespeeld. Hiermee zijn wij te allen tijde vol enthousiasme en gedrevenheid mee bezig geweest. Wat er uiteindelijk toe heeft geleid dat we een mooi en waardevol eindproduct hebben ontwikkeld, waar wij trots op zijn.

Tjarda Alberts en Vincent Wannée, Juni 2007

Inhoudsopgave

Aanleiding	pagina 5
Hoofdstuk 1	
1. Inleiding en achtergrond	pagina 6
2. Hoofddoelstelling project	pagina 7
3. Materiaal en Methodiek	pagina 8
4. Ontwerpkeuze	pagina 9
5. Literatuurstudie	pagina 10
6. Vragenlijstonderzoek	pagina 11
7. Ontwikkeling conceptringlijn	pagina 13
8. Consultatie en autorisatie (bijeenkomst)	pagina 13
9. Revisie en herziening richtlijn	pagina 14
Hoofdstuk 2	
10. De implementatie	pagina 15
14. Voorbereidingsfase	pagina 15
15. Implementatiefase	pagina 15
16. Conclusies	pagina 18
Hoofdstuk 3	
17. Discussie/ Aanbevelingen	pagina 19
18. Literatuurlijst	pagina 20
20. Bijlagen	pagina 22
Vragenlijst fysiotherapeuten	pagina 23
Uitnodiging bijeenkomst	pagina 25
Brief deelname bijeenkomst	pagina 26
Agree Instrument Invulformulier	pagina 27

Aanleiding

Tijdens de eerste stageperiode in het derde leerjaar is er door één van ons een patiënt behandeld met hypermobiliteitsproblemen van de knie. Hiervoor is er toen een oefenprogramma opgesteld wat gericht was op de training van de proprioceptie en de stabiliteit. Na behandeling van tien weken was er een gunstig resultaat bereikt, zodat opereren niet meer nodig was. Gemotiveerd hierdoor, ontstond het plan hiervan iets mee te nemen naar het afstudeerproject in het vierde jaar.

Op het einde van het derde leerjaar hebben wij besloten om in het vierde jaar samen als werkgroep aan de slag te gaan.

In eerste instantie zou ons project zich richten op het genoemde onderwerp proprioceptie, maar dit bleek een te breed onderwerp. Daarom besloten we ons meer te verdiepen in het onderwerp hypermobiliteit.

Na literatuur gelezen te hebben over hypermobiliteit werd dit al gauw in verband gebracht met het hypermobiliteitssyndroom (HMS). Om te kijken of er genoeg informatie beschikbaar was, om hierover een project te gaan doen zijn, hebben we ons hier verder in verdiept. Zo hebben we de stoornis HMS zelf bestudeerd en hebben we HMS in relatie tot de fysiotherapeutische behandeling bekeken. Hierover was genoeg te vinden.

Daarnaast zijn we opzoek gegaan naar informatie die van HMS patiënten zelf afkomstig was. Al gauw bleek dat er momenteel geen vereniging voor hen bestaat, maar wel een forum met hun verhalen waarin zij hun ervaringen beschrijven. Hieruit kon worden opgemaakt dat zij zelf niet duidelijk weten waar zij terecht kunnen met hun klachten en wat ze er zelf aan zouden kunnen doen.

Deze factoren bij elkaar waren voor ons de aanleiding om dit project op te starten. Uiteindelijk is er besloten om een richtlijn te gaan ontwerpen middels een pilotstudy, met als doel dat er vanuit de fysiotherapie een doelgericht beleid ontstaat voor de behandeling van HMS patiënten.

Hoofdstuk 1

Inleiding en achtergrond

Hypermobiliteit, komt bij vier tot zes procent van de Nederlandse bevolking voor zoals blijkt uit gegevens op het forum voor HMS patiënten.¹ Hypermobiliteit staat voor een grote bewegelijkheid van een gewricht. Wanneer dit voorkomt in meerdere gewrichten tegelijk is er sprake van gegeneraliseerde hypermobiliteit. Dit is duidelijk zichtbaar bij turnsters en balletdansers. Zij gebruiken hun zogenoemde "functionele hypermobiliteit" om hun beroep en hobby uit te oefenen en ondervinden daarbij geen klachten.

Van HMS is er sprake wanneer hypermobiliteit symptomatisch wordt en andere erfelijke stoornissen van het bindweefsel zijn onderzocht en zijn uitgesloten.²

De term HMS is in 1967 voor het eerst in gebruik genomen.³ Sindsdien is er veel onderzoek gedaan naar ondermeer de epidemiologie en het mechanisme dat HMS veroorzaakt. Het is gebleken dat HMS genetisch is bepaald, daarom is het geen aandoening die genezen kan worden. HMS maakt deel uit van de erfelijke stoornissen van het bindweefsel.^{4,5} Hieronder vallen ook het Marfansyndroom (MFS), het Ehlers-Dahlos syndroom (EDS) en Osteogenesis Imperfecta (OI). HMS heeft een overlap bij deze drie stoornissen en behoort tot de mildeste vorm uit deze groep.⁶

De prevalentie van HMS is afhankelijk van geslacht, leeftijd en ras. Zowel wereldwijd als in Nederland is dit tot dusver onbekend. Uit onderzoek is gebleken dat HMS vaker bij vrouwen voorkomt en meer voorkomt bij zowel het Aziatische als het Afrikaanse ras in vergelijking tot het Caucasische.⁷

HMS bestaat uit veel uiteenlopende symptomen die per dag, per patiënt kunnen verschillen. Pijn blijkt het meest voorkomende symptoom te zijn.⁸ Deze kan variëren van acute pijn tot een wijd uitgespreide chronische pijn. Deze kan zich tevens uitbreiden tot een chronisch pijnsyndroom. Andere symptomen bij HMS zijn, subluxaties of dislocaties, een dunne elastische huid en bloedvaten als direct gevolg van de laxiteit en gewrichtsinstabiliteit wat leidt tot mechanische problemen. Ook vermoeidheid en angst zijn bekende verschijnselen bij HMS.

Aanwijzingen die ondermeer in de richting van HMS wijzen zijn, het klikken van gewrichten vanaf kind af aan of vanaf de puberteit, de afwezigheid van een evidente gewrichtsontstekende aandoening.

Verschillende onderzoeken, waaronder een onderzoek naar het effect van HMS op de proprioceptie van het kniegewricht is gedaan, toonde aan dat de proprioceptie tekortschiet bij patiënten met HMS.⁹ Dit als gevolg van een verminderde sensorische feedback, wat leidt tot ongewone standveranderingen van de ledematen. Hierdoor ontstaat er zowel hyperflexie als hyperextensie van een gewricht. Dit leidt uiteindelijk tot het ontstaan van microtraumata, wat bij kan bijdragen tot de ontwikkeling van degeneratieve gewrichtsaandoeningen zoals osteoartritis.

Er is namelijk indirect bewijs dat HMS een risicofactor voor het ontwikkelen van osteoartritis.¹⁰ Dit simpelweg door overbelasting van een hypermobiel gewricht of door afwijkingen in het collageen weefsel.

Herkenning van HMS bij een patiënt blijkt vaak moeilijk te zijn, omdat deze op het eerste gezicht normaal beweegt. Hierdoor bestaat de kans dat een fysiotherapeut hun pijn en klachten niet begrijpt en HMS niet herkent wordt.¹¹ Daarnaast zijn tevens het herkennen van chronische pijnen, of een specifieke diagnose of wanneer een patiënt uitgebreid medisch getest is zonder een definitieve medische diagnose belangrijk.

Om de mate van hypermobiliteit te meten wordt de Beighton test gedaan. De Bulbena methode wordt toegepast om hypermobiliteit vast te stellen. De Brighton criteria wordt toegepast om HMS te diagnosticeren.¹² Ondanks dat deze testen beschikbaar zijn, worden ze niet vaak toegepast, waardoor HMS snel over het hoofd wordt gezien en niet verder wordt onderzocht.

Uit een vragenlijstonderzoek dat is gedaan bij een paar honderd Britse reumatologen is gebleken dat zij de verschijnselen van HMS bij hun patiënten niet herkennen.¹³ Dit omdat het afnemen van testen met betrekking tot hypermobiliteit tot nog toe geen standaard is geworden bij hun behandelingen. HMS wordt mede hierdoor onvoldoende gediagnosticeerd. Dit zou veel meer gedaan moeten worden. Het herkennen van HMS alleen is niet genoeg het is slechts een start. Het is de tijd dan ook dat HMS serieus genomen moet worden.¹⁴

HMS is een complexe stoornis, die voor de medici moeilijk te behandelen is en voor de patiënt zelf moeilijk onder controle te krijgen is.¹⁵ Verder is gebleken dat medici vaak geen idee heb wat de impact van HMS op een patiënt is. Hierdoor is er weinig communicatie tussen beide partijen en voelt een patiënt zich niet begrepen.

Fysiotherapie blijkt tot nog toe de voornaamste basis van behandeling blijkt te zijn.¹⁶ Voor elke patiënt met HMS dient er een individueel behandelplan opgesteld te worden dat nauw aansluit bij de problemen die de patiënt ondervindt in het dagelijkse leven. Inhoudelijk dient er in het behandelplan, het behandelen van de behandelbare letsels, het managen van zowel de acute als de chronische pijn en het aanmoedigen van zelfhulp centraal te staan. Tijdens de behandeling zelf zijn het trainen van de proprioceptie en de gewrichtsstabiliteit van de hypermobile gewrichten belangrijk. Dit om de pijn en de kans op degeneratieve gewrichtsaandoeningen te verminderen.

Desondanks is gebleken dat een meerderheid van de fysiotherapeuten niet weten hoe zij een HMS patiënt moeten behandelen. Om dit tegen te gaan, is het belangrijk dat de fysiotherapeut de achtergrond van HMS te bestudeerd in relatie tot de klachten die het met zich mee kan brengen en dient er goed geluisterd te worden naar het verhaal van een patiënt met HMS.

Hierdoor zal de fysiotherapeut beter begrijpen hoe klachten zich voor kunnen doen en wat het effect hiervan is op de patiënt. Dit zal bijdragen tot een verbetering van de fysiotherapeutische behandeling bij HMS.

Op basis van deze gegevens wilde de werkgroep consensus bereiken met betrekking tot de fysiotherapeutische behandeling bij HMS en is er de volgende hoofddoelstelling geformuleerd.

Hoofddoelstelling project

"Op 1 juni 2007 is er een richtlijn ontwikkeld voor behandeling van patiënten met HMS met als doel een betere hanteerbaarheid en uniformiteit".

Dit is gebeurd middels een pilotstudy. Door de ontwikkelde richtlijn te testen in een aantal fysiotherapeutische praktijken door fysiotherapeuten bij HMS patiënten. Waarbij de richtlijn in drie verschillende vormen is gebruikt. Aan het einde van de praktijktest, heeft er een evaluatie plaatsgevonden, waarbij er conclusies getrokken werden en er nieuwe aanbevelingen werden gedaan. Uiteindelijk is de richtlijn aangepast en zowel op papier als digitaal uitgebracht.

Materiaal en Methodiek

Dit hoofdstuk zal zich inhoudelijk richten op het verloop van de ontwikkeling van de richtlijn. Dit is aan de hand van een aantal van de onderstaande stappen van het implementatietraject, volgens het model van Grol en Wensink.¹⁷

Stap	Activiteit gericht op implementatie	Doel gerelateerd aan implementatie
• Keuze v/h onderwerp	- vaststellen van het onderwerp - vaststellen doel en doelgroep	- relevantie
• Onderwerp-Afbakening	- knelpuntenanalyse: behoeften - opstellen uitgangsvragen - keuze voorzitter	- aansluiten bij problemen in de praktijk
• Samenstellen werkgroep	- keuze werkgroepleden/ klinische experts - patiëntparticipatie - methodologische ondersteuning - administratieve en secretariële	- voorwaarden scheppen voor goed product
• Ontwikkeling Conceptrichtlijn	- bestudering beschikbare richtlijnen en reviews - verzamelen en beoordelen van wetenschappelijke studies - inbreng klinische expertise en ervaring - formuleren van aanbevelingen voor de praktijk	- geloofwaardigheid, wetenschappelijke basis
• Consultatie en Autorisatie	- bijeenkomst, enquête, commentaarronde of groepsmethode - praktijktest - formele bekrachtiging door betrokken organisaties - eventueel keurmerk door een onafhankelijke instantie	- toepasbaarheid, brede acceptatie binnen doelgroep
• Vormgeving	- publicatie in tijdschriften - samenvattingen in toegankelijke en aantrekkelijke vorm - elektronische versies op CD-ROM, Internet of PDA document - patiëntversie/ -folder	- toegankelijkheid en attractiviteit van de richtlijn
• Evaluatie	- ervaringen uit de praktijk - monitoring met behulp van Indicatoren	- het gebruik van de richtlijn in kaart brengen
• Revisie en herziening	- vaststellen herzieningsprocedure - regelmatige update van literatuur - zo nodig aanpassen van aanbevelingen	- richtlijn up to date houden

Keuze van het onderwerp

Om tot een definitieve keuze van het onderwerp te komen en het onderwerp af te bakenen is er zowel een literatuurstudie als een vragenlijstonderzoek gedaan.

Literatuurstudie

Om tot de ontwerpkeuze te komen is er een literatuurstudie gedaan. Dit om een doelgroep te kunnen bepalen, maar tevens om de richtlijn wetenschappelijk te kunnen onderbouwen. De geloofwaardigheid, acceptatie en de kwaliteit worden hierdoor vergroot. Voordat er werd gezocht in databases zijn er zoekvragen geformuleerd. Dit waren ondermeer, wat is de etiologie van hypermobiliteit en hypermobiliteitsproblemen?, wat zijn de verwante stoornissen van hypermobiliteit?, wat is het hypermobiliteitssyndroom?, wat is de diagnostiek bij hypermobiliteitsproblemen of HMS?, wat zijn de interventies bij HMS?, wat doet de fysiotherapeut bij HMS?, Welke onderzoeken zijn er gedaan naar HMS?

Daarna is er gezocht naar artikelen en reviews via de databases van PubMed, Picarta, Doc online en Cochrane. Vooral is er gezocht binnen PubMed. Na een PICO vraag opgesteld te hebben, is er ondermeer gezocht op de volgende zoektermen of trefwoorden, hypermobility\$, joint hypermobility, joint laxity, hypermobility syndrome, JHS, hypermobility syndrome AND heritable disorders of connective tissue, prevalence AND hypermobility, etiology AND hypermobility, physiotherapy AND hypermobility syndrome, hypermobility syndrome AND osteoarthritis.

Alle gevonden artikelen of reviews werden bestudeerd en beoordeeld op hun bruikbaarheid en kwaliteit, van de overgebleven bruikbare artikelen zijn de resultaten naar voren gekomen die genoemd worden in de inleiding.

Conclusies

Naar aanleiding van deze resultaten heeft de werkgroep de volgende conclusies getrokken:

- Doelgroep

Elke HMS patiënt vanaf zestien jaar die onder behandeling is bij een fysiotherapeut. Dit omdat HMS een relatief kleine aandoening is aangezien de prevalentie ervan in Nederland niet bekend is. De leeftijd vanaf zestien jaar is gekozen omdat de Brighton score dan valide is.

- Fysiotherapie

HMS is een geschikt onderwerp gebleken voor de fysiotherapie, aangezien fysiotherapie;

- de voornaamste basis van behandeling is bij HMS
- een meerderheid van de fysiotherapeuten vaak niet weten hoe zij HMS kunnen behandelen.
- Er is voldoende bewijs en informatie bekend te zijn betreffende de symptomen en de fysiotherapeutische behandeling bij HMS om een richtlijn te kunnen ontwikkelen voor fysiotherapeuten.

Vragenlijstonderzoek

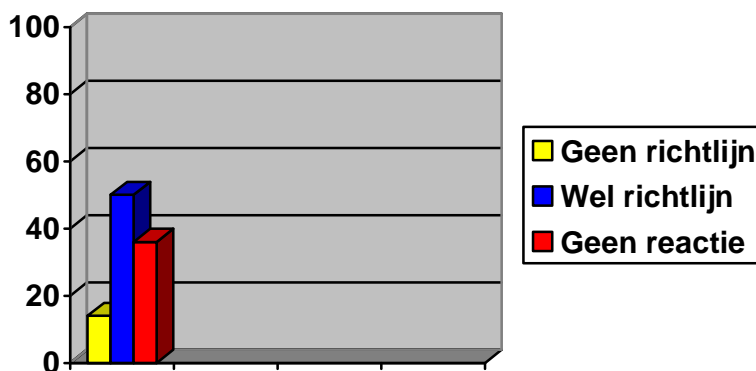
Naast de conclusies van het literatuuronderzoek, werd er tevens een vragenlijst ontwikkeld voor de fysiotherapeuten in het werkveld. Zij zijn namelijk de doelgroep die de richtlijn straks gaat gebruiken. Op deze manier werd er meer duidelijkheid verkregen hoe de huidige fysiotherapeuten aankijken tegen HMS en de fysiotherapeutische behandeling ervan. Verder kon er in kaart worden gebracht of er behoefte was aan een richtlijn voor de fysiotherapeutische behandeling van HMS.

De vragenlijst is verspreid onder acht fysiotherapeutische praktijken in Doetinchem, Zevenaar en Apeldoorn. Verder werden er een aantal vragenlijsten verstrekt aan docenten fysiotherapie die zelf ook fysiotherapeut zijn en aan een tweetal bewegingswetenschappers.

Resultaten

In totaal zijn er vijftig vragenlijsten verstrekt aan fysiotherapeuten, waarvan er tweeëndertig zijn teruggekomen. Van de tweeëndertig had zeven procent van de fysiotherapeuten geen behoefte aan een richtlijn voor de fysiotherapeutische behandeling van HMS. De redenen hiervoor waren, dat er al genoeg richtlijnen bestaan binnen de fysiotherapie en dat het een aandoening is die te weinig voorkomt in de dagelijkse praktijk. Vijftig procent van de tweeëndertig fysiotherapeuten gaven aan wel behoefte aan een richtlijn te hebben. De resultaten zijn weergegeven in de onderstaande grafiek en zijn uitgedrukt in de genoemde percentages. Hierbij zijn de decimalen afgerond naar boven in hele getallen. Honderd procent is alle vijftig vragenlijsten die door de werkgroep zijn verspreid.

Percentages behoefte richtlijn HMS

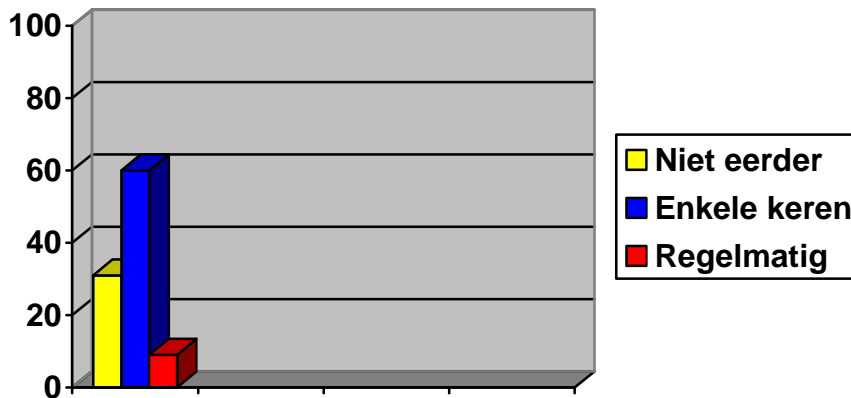


De uitslag laat duidelijk zien dat er vanuit het werkveld de meerderheid wel behoefte heeft aan een richtlijn middels de pilotstudy binnen dit project. De fysiotherapeuten gaven daarbij aan dat zij openstonden voor een doelgerichte behandeling van HMS, er meer van willen weten en de richtlijn als een aanvulling van kennis zien binnen hun vakgebied.

Van deze tweeëndertig fysiotherapeuten gaven tien fysiotherapeuten aan dat zij tot nu toe nog geen HMS patiënt onder behandeling hebben gehad. Negentien fysiotherapeuten gaven aan dat zij enkele keren een HMS patiënt onder behandeling hebben gehad. Er zijn drie fysiotherapeuten die regelmatig een HMS patiënt onder

behandeling hebben gehad. Deze gegevens zijn in de onderstaande grafiek tevens uitgedrukt in percentages. Waarbij de decimalen zijn afgerond naar boven in hele getallen. Honderd procent zijn de tweeëndertig geretourneerde vragenlijsten.

Percentages behandeling HMS patiënt



De meeste van de ondervraagde fysiotherapeuten bleken verder wel te weten hoe HMS ontstaat, maar waren niet bekend met alle symptomen en vormen van behandeling.

Conclusies

Het is gebleken dat HMS, ook volgens de fysiotherapeuten uit het werkveld een geschikt onderwerp is om meer onder de aandacht te brengen binnen de fysiotherapie. Dit om in de toekomst patiënten met HMS zo doelgericht te kunnen behandelen en te begeleiden.

Op grond van de uitkomsten uit zowel het literatuuronderzoek als de vragenlijsten was het onderwerp genoeg afgebakend en werd er definitief besloten om een richtlijn te gaan ontwikkelen. Dit eerst in de vorm van een concept, dat uiteindelijk na de consultatie en autorisatie getest zal gaan worden in de praktijk door fysiotherapeuten zelf bij een aantal HMS patiënten.

Ontwikkeling conceptrichtlijn

Aan de hand van alle gegevens uit de artikelen, reviews, boeken en de vragenlijsten werd er een conceptrichtlijn ontwikkeld. Voordat het concept geschreven werd is er literatuur gelezen waar een goede richtlijn aan moet voldoen en hoe de vormgeving eruit moet zien. Het bleek belangrijk dat de vormgeving de doelgroep dient aan te spreken. Daarnaast dient de richtlijn in drie verschillende vormen uitgebracht te worden, te noemen: de praktijk richtlijn, de richtlijn met verantwoording en toelichting en als een samenvattingkaart. Hierdoor kan de richtlijn op verschillende manieren makkelijk in de praktijk gehanteerd kan worden.

Ook werden de huidige richtlijnen van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), bestudeerd. Zij ontwikkelen namelijk de richtlijnen voor de fysiotherapie. Uiteindelijk is er besloten ook voor deze richtlijn globaal, zowel de vormgeving als de indeling te handhaven zoals in de KNGF richtlijnen.

Consultatie en autorisatie

Om een breder draagvlak te krijgen voor de richtlijn en eventuele te verwachte problemen in de acceptatie op te sporen, werden er een aantal fysiotherapeuten uitgenodigd voor een bijeenkomst op de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Door het uitnodigen van fysiotherapeuten uit het werkveld werden tevens de validiteit en de kwaliteit van de richtlijn vergroot. Tijdens deze bijeenkomst werd er verteld welke stappen er ondernomen waren om tot een concept richtlijn te kunnen komen. Vervolgens werd er inhoudelijk feedback gegeven op het concept en zijn er aanbevelingen gedaan tijdens de discussie. Vooraf aan deze bijeenkomst hadden de fysiotherapeuten het concept bestudeerd, zodat ze inhoudelijk goed konden reageren.

Conclusies

Na deze bijeenkomst werden door de werkgroep de volgende aanbevelingen en conclusies op papier gezet: Geef in de richtlijn aan dat manuele therapie af en toe ook zeker effectief is, bij het onderdeel anamnese moeten EDS en MFS uitgesloten kunnen worden, het bewegingsgevoel van de HMS patiënt zelf ook benoemen, bij het onderdeel kinesiologie kortere zinnen formuleren en de term HMS toevoegen, het onderdeel interventie en oefentherapie tot één geheel maken, oefeningen die gedaan kunnen worden bij HMS algemeen aangeven bij onderdeel oefentherapie, de testen toevoegen als bijlagen evenals een functionele vragenlijst, de Bulbena methode toevoegen bij de tests en tekstueel, vaktermen waar nodig uitdiepen.

Evaluatie

Door de bijeenkomst zijn de bovengenoemde punten aan bod gekomen. Waardoor het concept verbeterd kon worden. De aanwezige fysiotherapeuten, waren positief over het concept en over dit onderwerp. Met er uiteindelijk een samenvattingkaart en verantwoording en toelichting van de richtlijn erbij te hebben, gaven zij aan meer over HMS te weten te kunnen komen dan tot nog toe evenals ook hun behandeling beter zouden kunnen toepassen bij patiënten met HMS.

Revisie en herziening

De conceptrichtlijn is toen aangepast op de bovengenoemde punten. Op basis van het nieuwe concept werden naast de praktijkrichtlijn ook de samenvattingkaart ontwikkeld en de verantwoording en toelichting geschreven.

Hoofdstuk 2

Implementatie

Vorbereidingsfase

Er werden 102 fysiotherapeutische particuliere praktijken aangeschreven om fysiotherapeuten te vinden die een HMS patiënten behandelen en mee wilden doen aan de implementatie van de richtlijn. Er waren vier fysiotherapeutische praktijken die aan de implementatie hebben deelgenomen. Voorafgaand aan de implementatie is er voorlichting gegeven over het project en het gebruik van de richtlijn.

Implementatiefase

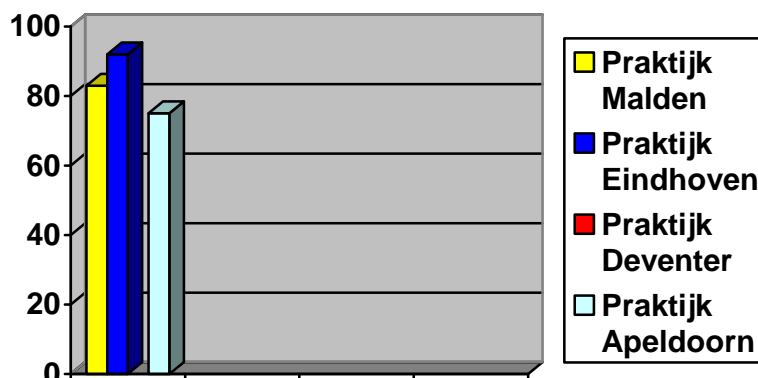
De implementatie is gestart op dinsdag 1 mei april en eindigde op vrijdag 25 mei. De richtlijn is geëvalueerd aan de hand van het "Agree Instrument" Invulformulier. De resultaten hiervan zijn weergegeven in grafieken, het instrument zelf is te vinden in de bijlagen.

Het Agree Instrument is per onderdeel geanalyseerd. Daarbij zijn er punten gekoppeld aan de cijfers. Hierbij hoort de volgende waardering:

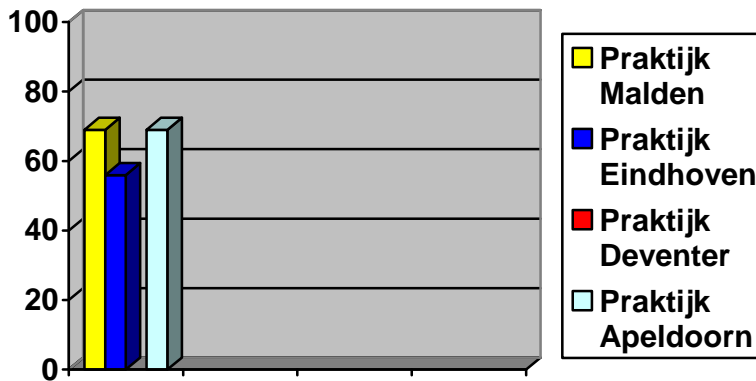
- 1 = 2,5 punten
- 2 = 5,0 punten
- 3 = 7,5 punten
- 4 = 10,0 punten

Van elk onderdeel is het maximaal te behalen punten bepaald en zijn de gescoorde punten omgezet in percentages. Hoe hoger het percentage is, hoe positiever dit onderdeel is beoordeeld.

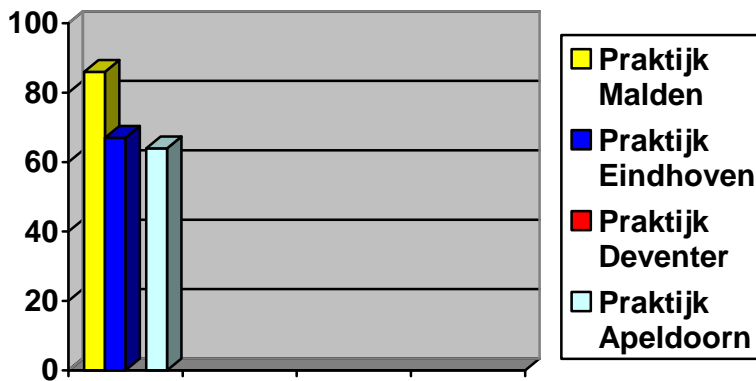
Onderwerp en Doel



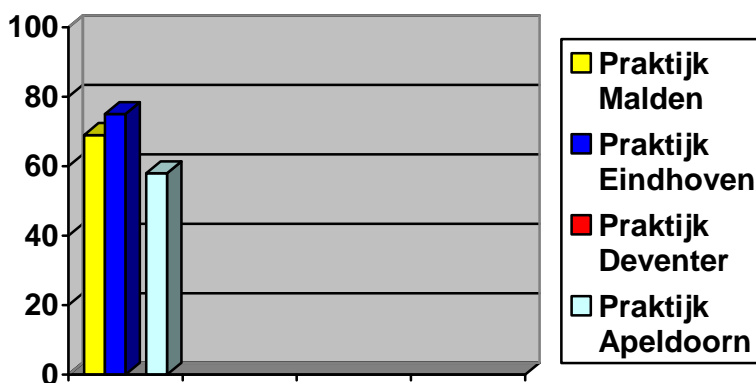
Betrokkenheid belanghebbenden



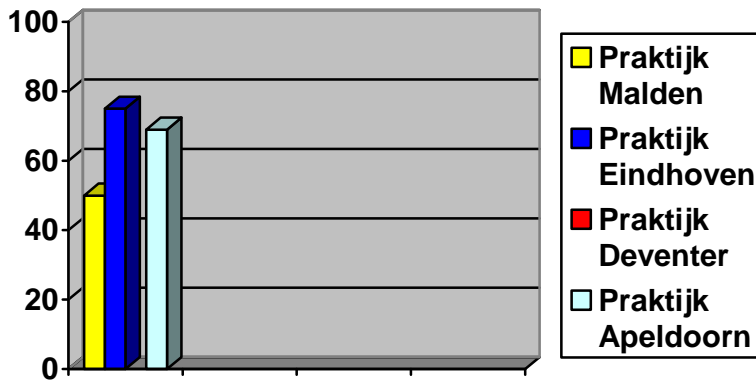
Methodologie



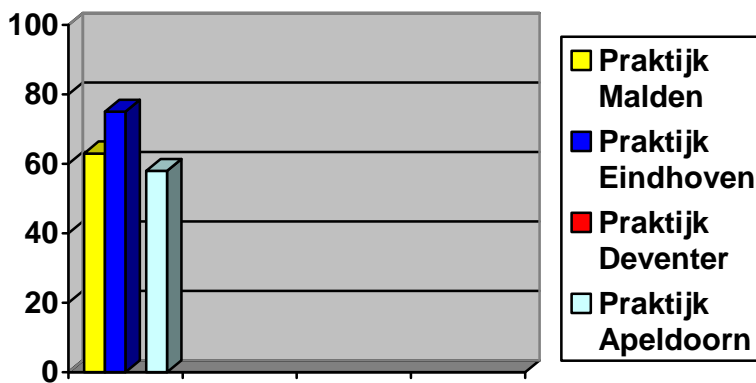
Helderheid en presentatie



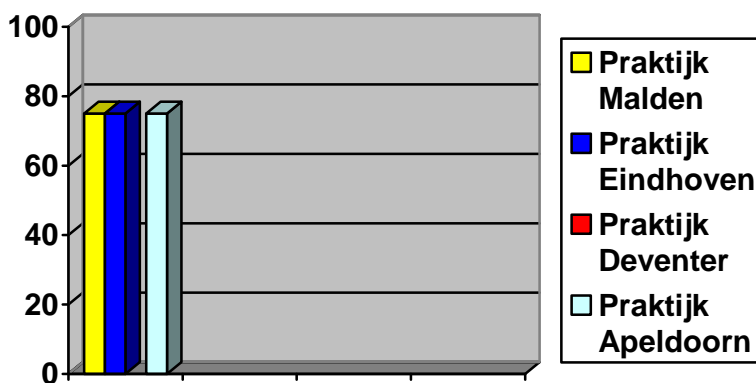
Toepassing



Onafhankelijkheid van de opstellers



Algemeen oordeel



Evaluatie

Tijdens de implementatie zouden er vier praktijken deelnemen. Echter één van de fysiotherapeuten kon de richtlijn niet evalueren aan de hand van het Agree Instrument. Tijdens de mondelinge evaluatie waren er nog geen vragen. Toch werd de vragenlijst slechts half ingevuld en is daardoor niet bruikbaar als evaluatiemiddel. De betreffende fysiotherapeut gaf aan dat de vragen moeilijk te beantwoorden waren omdat fysiotherapeuten, naar zeggen, geen deskundigheid beschikken op het gebied van richtlijnen. Verder werd aangegeven, dat er te weinig achtergrond informatie was om de stellingen goed te kunnen interpreteren. Als aandachtspunt kan meegenomen worden dat er in sommige gevallen meer begeleiding nodig kan zijn en dat de werkgroep hierop had kunnen inspringen.

De overige therapeuten hebben het Agree Instrument volledig kunnen invullen. Over het algemeen was de score positief. Veranderingen die werden aangedragen betroffen vooral spellingsfouten en woordkeuzes. Ook kwam naar voren dat het beter is om te spreken van 'stappen' in plaats van 'fases'. Fases geven vaak een tijdspad aan en de kans bestaat dat dit een verkeerde indruk geeft aan fysiotherapeut en/of patiënt. Gemist werd de interpretatie van de Brightoncriteria. Behalve dat gaven de fysiotherapeuten aan de interpretatie van de scores iets uitgebreider te willen zien. De aanbevelingen op de samenvattingkaart waren daar in tegen té specifiek. Verder werd aangegeven dat de richtlijn inhoudelijk een aanvulling is bij de fysiotherapeutische behandeling van HMS. Er komt duidelijk naar voren dat het belangrijk is breed te kijken naar de patiënt, in plaats van het lokale wat tegenwoordig nog vaak gebeurt.

Conclusies

Over het algemeen zijn de deelnemende fysiotherapeuten tevreden over de richtlijn. Allemaal geven ze aan de richtlijn aan te kunnen bevelen voor de praktijk, mits veranderingen worden doorgevoerd.

De aanpassingen zijn doorgevoerd in het eindproduct.

Hoofdstuk 3

Discussie/ Aanbevelingen

Er is nog niet eerder een richtlijn geschreven voor de fysiotherapeutische behandeling van HMS. Hierdoor was het niet mogelijk om de richtlijn te vergelijken met eerder gedane projecten met betrekking tot HMS. Daarnaast bleek er weinig wetenschappelijke literatuur beschikbaar te zijn vanaf 2000. Hierdoor kwam de werkgroep regelmatig bij dezelfde auteurs/ onderzoekers uit.

Middels een presentatie aan deskundigen is getracht de richtlijn te valideren, echter deze deskundigen kwamen voornamelijk uit het werkveld van fysiotherapie.

Desondanks bleken de feedback en aanbevelingen bruikbaar ter verfijning en het valideren van de richtlijn.

De richtlijn is getest in vier praktijken. Drie evaluaties bleken bruikbaar voor het onderzoek. De vierde implementatie liep vast op het Agree Instrument. Omdat de overige fysiotherapeuten de vragenlijst van het Agree Instrument zonder problemen hebben kunnen gebruiken is de werkgroep van mening dat het Agree Instrument een geschikt middel is voor evaluatie van richtlijnen. Uiteindelijk is de richtlijn succesvol getest in drie praktijken. Dit is een kleine groep, desondanks kon er een uitspraak gedaan worden over de hanteerbaarheid van de richtlijn. De richtlijn is tevens een geschikt middel om uniformiteit te behalen bij de fysiotherapeutische behandeling van HMS. Of dit daadwerkelijk in de praktijk behaald wordt, zou een onderwerp kunnen zijn voor een vervolgonderzoek. Dit geldt ook voor de effectiviteit van de richtlijn op de symptomen van de patiënt.

Literatuurlijst

1. Artikel HMS forum
2. Grahame, R. (2000). "Hypermobility – Not a circus act". *Int J Clin Pract*: 54(5): 314-315
3. Klemp, P. (1997). "Hypermobility", *Annals of the rheumatic diseases*, 56:573-575
4. Malfait, F et al (2006). "The genetic basis of the joint hypermobility syndromes". *Rheumatology* 45: 502-507
5. Grahame, R. (1999). "Joint hypermobility and genetic collagen disorders: are they related?", *Rheumatology*, 80: 188-191
6. Keer, R. en R. Grahame. (2003). *Hypermobility syndrome: Recognition and Management for Physiotherapists*. London: Butterworth Heinemann (Chapter 2) *Hypermobility and the heritable disorders of connective tissue*.
7. Hakim, A. en R. Grahame. (2003). "Joint hypermobility". *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 17 (6): 989- 998
8. Keer, R. en R. Grahame. (2003). *Hypermobility syndrome: Recognition and Management for Physiotherapists*. London: Butterworth Heinemann *Physiotherapy assessment of the hypermobile adult*.
9. Hall, M.G. et al (1995). "The effect of the hypermobility syndrome on knee joint proprioception". *British journal of rheumatology* 34: 121-125
10. Dolan, A. et al (2003). "The relationship of joint hypermobility, bone mineral density, and osteoarthritis in the general population: the chingford study". *J Rheumatology* 30: 799-805
11. Keer, R. en R. Grahame. (2003). *Hypermobility syndrome: Recognition and Management for Physiotherapists*. London: Butterworth Heinemann (Chapter 6) *Physiotherapy assessment of the hypermobile adult*.
12. Keer, R. en R. Grahame. (2003). *Hypermobility syndrome: Recognition and Management for Physiotherapists*. London: Butterworth Heinemann (Chapter 1) *Hypermobility and hypermobility syndrome*.
13. Grahame R. en H. Bird (2001). "British consultant rheumatologists' perceptions about the hypermobility syndrome: a national survey". *Rheumatology* 40: 559-562
14. Grahame, R. (2001). "Time to take hypermobility seriously (in adults and children)". *Rheumatology*. 40: 485-491
15. Gurley, S. (2001). "Living with the hypermobility syndrome". *Rheumatology* 40: 487-489

16. Hakim, A. en R. Grahame. (2003). "Joint hypermobility". Best Practice & Research Clinical Rheumatology. 17 (6): 999-1004
17. Grol Richard, Wensink Michel Implementatie Effectieve veranderingen in patiëntenzorg. Tweede druk Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2001.
18. Grol, R. en J.J.E. van Everdingen en A.F Casparie. Invoering van Richtlijnen en veranderingen. Maarssen: Elsevier/ De Tijdstroom; 2000.
19. Verhaar, J.A.N. en A.J. van der Linden. Orthopedie. Houten/ Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum; 2003.
20. Russek, L.N. (2000). "Examination and Treatment of a patient with hypermobility syndrome". Physical Therapy, 80 (4): 386-398

Bijlagen

- **Ontwikkelde vragenlijst fysiotherapeuten**
- **Uitnodiging bijeenkomst**
- **Brief deelname implementatie**
- **Agree Instrument Invulformulier**

Vragenlijst Fysiotherapeuten

Wij zijn Vincent Wannée en Tjarda Alberts, twee vierdejaars studenten fysiotherapie aan de hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Momenteel zijn wij bezig met een afstudeerproject waarbij we een richtlijn ontwikkelen voor de fysiotherapeutische behandeling van het hypermobiliteitssyndroom (HMS). Dit middels een pilotstudy, met als doel om te kijken of er binnen de fysiotherapie meer uniformiteit en eenduidigheid te verkrijgen is, omtrent de behandeling van HMS.

Door u deze korte vragenlijst in te laten vullen, willen wij inventariseren in hoeverre u bekend bent met HMS en de behandeling ervan. Daarom zult u bij het invullen met name open vragen aantreffen.

Aan het einde van de vragenlijst zal u de vraag gesteld worden of u als fysiotherapeut meer behoefte zou hebben aan een richtlijn over de behandeling bij HMS en waarom u dit wel of niet zou willen.

1. Bent u bekend met het hypermobiliteitssyndroom (HMS)?

- Ja
- Nee, ga verder met vraag 7

2. Weet u hoe HMS ontstaat?

Ja,

- Nee

3. Wat zijn volgens u de symptomen van HMS?

.....

4. Weet u bij wie HMS het meeste voorkomt?

.....

5. Heeft u wel eens een HMS patiënt onder behandeling gehad?

- Nee, ga verder met vraag 7
- Ja, enkele keren
- Ja, regelmatig

6. Welke interventies past u toe bij de behandeling van een HMS patiënt?

.....
.....
.....

7. Zou u meer duidelijkheid over de behandeling bij HMS willen hebben, middels een richtlijn?

Ja, omdat?.....

Nee, omdat?.....

Graag ontvangen wij de vragenlijst voor maandag 12 maart aanstaande retour.

Bedankt voor uw medewerking!

Uitnodiging bijeenkomst



Nijmegen, 15 februari 2007

Betreft: Uitnodiging bijeenkomst

Geachte heer/mevrouw,

Wij zijn twee vierdejaars studenten fysiotherapie aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Momenteel zijn wij bezig met een afstudeerproject, waarbij wij een richtlijn ontwikkelen voor de fysiotherapeutische behandeling van het hypermobiliteitssyndroom (HMS).

Om deze richtlijn te valideren willen we u uitnodigen voor een bijeenkomst, waarin we onze concept richtlijn aan u zullen presenteren. Na afloop van de presentatie willen we een discussie houden. Hierbij heeft u dan de gelegenheid om zowel feedback als aanbevelingen te geven.

De bijeenkomst zal gehouden worden op:

Datum: dinsdag 13 maart 2007
Tijd: 19.00 tot 20.00 uur
Locatie: HAN Kapittelweg 33, Nijmegen
Lokaal: C1.21

Tijdens de bijeenkomst, zullen de volgende onderwerpen aan bod komen:

- Introductie
- Aanleiding
- Doelstelling
- Vormgeving
- Inhoud
- Discussie
- Nabeschuwing

We verwachten u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben en zien u graag op deze bijeenkomst. Mocht u nog vragen hebben dan kunt u mailen of bellen met één van de volgende telefoonnummers 06-28598180 of 06-38543701.

Met vriendelijke groet,

Vincent Wannée en Tjarda Alberts

Brief deelname implementatie



Nijmegen, 17 april 2007

Betreft: Medewerking project HMS

Geachte heer/mevrouw,

Wij zijn twee vierdejaars studenten fysiotherapie aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Momenteel zijn wij bezig met een afstudeerproject, waarbij wij een richtlijn ontwikkelen voor de fysiotherapeutische behandeling van het hypermobiliteitssyndroom (HMS).

Op dit moment is de richtlijn theoretisch klaar en is het de tijd om het gebruik ervan te gaan testen in een fysiotherapeutische praktijk. Bij deze willen we u dan ook vragen of u hieraan mee wilt werken. Wanneer u meewerkt aan de implementatie, gebruikt u de richtlijn naar eigen inzicht tijdens uw behandeling. Na afloop van de implementatie geeft u feedback over de toepasbaarheid van de richtlijn.

Wat zijn de voorwaarden om deel te kunnen nemen:

- U heeft ten minste één patiënt met hypermobiliteit onder behandeling
- De patiënt is 16 jaar of ouder
- U gebruikt de richtlijn naar eigen inzicht tijdens uw behandeling
- U bent bereid feedback te geven aan het einde van de implementatie

Als u mee kunt werken, dan kunt u ons mailen of bellen op één van de onderstaande telefoonnummers.

Voordat u de richtlijn gaat gebruiken in de praktijk, zullen wij u tijdens een bijeenkomst inlichten hoe de richtlijn te gebruiken. Daarnaast is er gelegenheid om vragen te stellen. Deze bijeenkomst zal worden gehouden in de setting waar u werkzaam bent, nadat wij hiervoor samen met u een afspraak gemaakt hebben. Hierna kunt u de richtlijn gaan gebruiken tot het einde van de implementatie op vrijdag 25 mei 2007.

We verwachten u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben en zien uw reactie **uiterlijk donderdag 26 april** tegemoet. Wij hopen op een positieve reactie.

Met vriendelijke groet,

Vincent Wannée en Tjarda Alberts

06-28598180 of 06-38543701

vcawannee@student.han.nl

tjcalberts@student.han.nl

AGREE INSTRUMENT INVULFORMULIER

ONDERWERP EN DOEL

- | | | | | | | | |
|--|-----------|---|---|---|---|---|-------------|
| 1. Het doel van de richtlijn is specifiek beschreven. | Zeer Eens | <table border="1"><tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr></table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Zeer Oneens |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |
| 2. De klinische vraag/vragen die in de richtlijn aan de orde komt/komen, is/zijn specifiek beschreven. | Zeer Eens | <table border="1"><tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr></table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Zeer Oneens |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |
| 3. De patiëntenpopulatie waarop de richtlijn van toepassing is, is specifiek beschreven. | Zeer Eens | <table border="1"><tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr></table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Zeer Oneens |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |

BETROKKENHEID VAN BELANGHEBBENDEN

- | | | | | | | | |
|---|-----------|---|---|---|---|---|-------------|
| 4. De leden van de werkgroep die de richtlijn heeft ontwikkeld komen uit alle relevante beroepsgroepen. | Zeer Eens | <table border="1"><tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr></table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Zeer Oneens |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |
| 5. Het perspectief en de voorkeuren van patiënten zijn nagegaan. | Zeer Eens | <table border="1"><tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr></table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Zeer Oneens |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |
| 6. De beoogde gebruikers van de richtlijn zijn duidelijk benoemd. | Zeer Eens | <table border="1"><tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr></table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Zeer Oneens |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |
| 7. De richtlijn is getest onder de beoogde gebruikers. | Zeer Eens | <table border="1"><tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr></table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Zeer Oneens |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |

METHODOLOGIE

- | | | | | | | | |
|--|-----------|---|---|---|---|---|-------------|
| 8. Er zijn systematische methoden gebruikt voor het zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal. | Zeer Eens | <table border="1"><tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr></table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Zeer Oneens |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |
| 9. De criteria voor het selecteren van het wetenschappelijk bewijsmateriaal zijn duidelijk beschreven. | Zeer Eens | <table border="1"><tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr></table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Zeer Oneens |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |
| 10. De gebruikte methoden om de aanbevelingen op te stellen, zijn duidelijk beschreven. | Zeer Eens | <table border="1"><tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr></table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Zeer Oneens |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |
| 11. Gezondheidswinst, bijwerkingen en risico's zijn overwogen bij het opstellen van de aanbevelingen. | Zeer Eens | <table border="1"><tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr></table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Zeer Oneens |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |
| 12. Er bestaat een expliciet verband tussen de aanbevelingen en het onderliggende wetenschappelijke bewijsmateriaal. | Zeer Eens | <table border="1"><tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr></table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Zeer Oneens |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |
| 13. De richtlijn is voor publicatie door externe experts beoordeeld. | Zeer Eens | <table border="1"><tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr></table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Zeer Oneens |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |
| 14. Een procedure voor herziening van de richtlijn is vermeld. | Zeer Eens | <table border="1"><tr><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr></table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Zeer Oneens |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |

AGREE INSTRUMENT INVULFORMULIER

HELDERHEID EN PRESENTATIE

- | | | | | | | | |
|--|-----------|--|---|---|---|---|-------------|
| 15. De aanbevelingen zijn specifiek en ondubbelzinnig. | Zeer Eens | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td> </tr> </table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Zeer Oneens |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |
| 16. De verschillende beleidsopties zijn duidelijk vermeld. | Zeer Eens | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td> </tr> </table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Zeer Oneens |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |
| 17. De kernaanbevelingen zijn gemakkelijk te herkennen. | Zeer Eens | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td> </tr> </table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Zeer Oneens |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |
| 18. De toepassing van de richtlijn wordt ondersteund met hulpmiddelen. | Zeer Eens | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td> </tr> </table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Zeer Oneens |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |

TOEPASSING

- | | | | | | | | |
|---|-----------|--|---|---|---|---|-------------|
| 19. De mogelijke organisatorische belemmeringen bij het toepassen van de aanbevelingen zijn besproken. | Zeer Eens | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td> </tr> </table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Zeer Oneens |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |
| 20. De mogelijke kostenimplicaties van het toepassen van de aanbevelingen zijn overwogen. | Zeer Eens | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td> </tr> </table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Zeer Oneens |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |
| 21. De richtlijn geeft de belangrijkste criteria om na te gaan en te toetsen of de richtlijn wordt gevolgd. | Zeer Eens | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td> </tr> </table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Zeer Oneens |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |

ONAFHANKELIJKHEID VAN DE OPSTELLERS

- | | | | | | | | |
|--|-----------|--|---|---|---|---|-------------|
| 22. De richtlijn is niet beïnvloed door de opvattingen of belangen van de financierende instantie. | Zeer Eens | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td> </tr> </table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Zeer Oneens |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |
| 23. Conflicterende belangen van leden van de werkgroep zijn vastgelegd. | Zeer Eens | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td> </tr> </table> | 4 | 3 | 2 | 1 | Zeer Oneens |
| 4 | 3 | 2 | 1 | | | | |

ALGEMEEN OORDEEL

Zou u deze richtlijn aanbevelen voor gebruik in de praktijk?

- | | |
|---|--------------------------|
| Sterk aan te bevelen | <input type="checkbox"/> |
| Aan te bevelen (onder voorwaarden of met veranderingen) | <input type="checkbox"/> |
| Niet aan te bevelen | <input type="checkbox"/> |
| Onzeker | <input type="checkbox"/> |