**Eenheid in de uitvoering van manuele lymfdrainage; een verbetering?!**

Onderzoek naar de bijdrage van ‘eenheid’ aan de verbetering van de uitvoering van manuele lymfdrainage volgens huidtherapeut en patiënt.



**Onderzoeker**

E. M. van Luijk

**In opdracht van**

E.J.M. Kuijper- Kuip, MediSkin

**Begeleider**

A.J.H. Barten

**Meelezer**

J. Warmerdam

Mei 2013

Opleiding Huidtherapie aan De Haagse Hogeschool



**Eenheid in de uitvoering van manuele lymfdrainage; een verbetering?!**

Onderzoek naar de bijdrage van ‘eenheid’ aan de verbetering van manuele lymfdrainage volgens huidtherapeut en patiënt.

### Opdrachtgever

E.J.M. Kuijper- Kuip

MediSkin

Rosmolen 36

2317 SK Leiden

Tel (071)523 3467

info@mediskin.nl

### Opdrachtnemer

De Haagse Hogeschool

Opleiding Huidtherapie

Johanna Westerdijkplein 75

2521 EN Den Haag

Tel. (070) 445 8300

### Begeleider

A.H.J. Barten

Tel (070)445 8752

A.barten@hhs.nl

### **Meelezer**

J. Warmerdam

J.warmerdam@hhs.nl

**Onderzoeker**

E. M. van Luijk

Keizershof 6, 2641 LX Pijnacker

Tel 0615867948

lisavanluijk@gmail.com

Januari 2013 – mei 2013

**Voorwoord**

Dit afstudeeronderzoek over eenheid in de uitvoering van manuele lymfdrainage (MLD) is geschreven in opdracht van huidtherapeut Ellen Kuijper- Kuip. Samen delen wij onze interesse voor het vergaren van wetenschappelijk onderzoek naar manuele lymfdrainage.

Tijdens mijn tweedejaarsstage viel het mij op dat manuele lymfdrainage op verschillende manieren toegepast werd. Naast een aantal overeenkomsten merkte ik ook veel verschillen in de uitvoer van MLD tussen de drie huidtherapeuten die werkzaam waren op de stage-instelling. Toen ik bij hen navraag deed naar de reden hiervan, kwam er geen duidelijk antwoord naar voren. Hierop volgde bij mij de vraag: ‘Hoe komt het dat huidtherapeuten op verschillende manieren manuele lymfdrainage uitvoeren?’. Vervolgens heb ik bij mijn docenten navraag gedaan naar dit onderwerp. Zij vertelden mij toen dat er op de opleiding een basis wordt aangeleerd. Deze basis wordt door elke huidtherapeut naar eigen voorkeur aangepast en aangevuld. De reden hiervoor, volgens deze docenten, is dat de behandelende therapeuten in de praktijk merken dat bepaalde grepen overbodig zijn of dat andere grepen meer effect lijken te hebben.

Niet alleen huidtherapeuten hebben te maken met verschillen in de manier van uitvoer, ook patiënten ondervinden hier gevolgen van. Dit heb ik tevens ondervonden tijdens mijn stages. De meningen van patiënten logen er niet om. Sommigen wilden namelijk alleen door één bepaalde huidtherapeut behandeld worden, omdat zij van mening waren dat de behandelingen van deze persoon meer effect had dan die van andere behandelaars. Dit vind ik een opmerkelijk gegeven en geeft mij aanleiding om in dit onderzoek ook de visie van de patiënt in ogenschouw te nemen.

Ik wil graag alle huidtherapeuten die werkzaam zijn bij MediSkin, Dynacorium, Dermacure, Polyderma en Huidtherapie Kempers bedanken voor hun enthousiasme en deelname aan het onderzoek en het beschikbaar stellen van patiënten. Ook ben ik alle patiënten die de enquête hebben ingevuld erg dankbaar.

Verder gaat mijn dank uit naar Yamile Roding, Kristel Everaars en Amber Barten, voor hun positieve reactie, de tijd die zij vrij hebben gemaakt en de open en eerlijke antwoorden die zij gegeven hebben bij het afnemen van de interviews.

Vanuit de opleiding ben ik begeleid door Amber Barten. Zij was altijd goed bereikbaar en heeft mij meerdere malen feedback en tips gegeven om tot een zo goed mogelijk eindresultaat te komen. Onze samenwerking is voor mijn gevoel hierdoor goed verlopen, wat een positieve invloed heeft gehad op het onderzoek.

Ten slotte gaat mijn grote dank uit naar mijn externe begeleider, Ellen Kuijper- Kuip. Vanaf ons eerste contact was zij bijzonder enthousiast en gemotiveerd om er een professioneel onderzoek van te maken. Ondanks haar overvolle agenda heeft zij meerdere malen tijd voor mij vrij gemaakt om overleg te plegen. Zonder haar had ik dit onderzoek niet kunnen realiseren.

Ik ben erg trots op het eindresultaat en het feit dat ik in een korte tijd drie verschillende soorten onderzoek heb kunnen verrichten. Ik hoop met dit afstudeeronderzoek een bijdrage te kunnen leveren aan de bewijsvoering van het effect van manuele lymfdrainage. Ook hoop ik dat het opgestelde advies ter harte zal worden genomen en dat er hierdoor meer nadruk zal komen te liggen op het creëren van eenheid ter verbetering van de uitvoer van manuele lymfdrainage onder huidtherapeuten.

Pijnacker, mei 2013

Lisa van Luijk

**Samenvatting**

Dit onderzoeksrapport geeft antwoord op de centrale vraagstelling: *‘Op welke manier draagt ‘eenheid’ bij aan verbetering van de uitvoering van manuele lymfdrainage volgens huidtherapeuten die manuele lymfdrainage uitvoeren en volgens patiënten die deze behandeling ondergaan?’.*

In het kader van het ontbreken van wetenschappelijk bewijs met betrekking tot de effectiviteit van MLD is in opdracht van huidtherapeut Ellen Kuijper- Kuip, oprichter van MediSkin Huid- en Oedeemtherapie, een onderzoek opgezet. Tot op heden is het onduidelijk hoe MLD in de praktijk uitgevoerd wordt, hoe het aangeleerd wordt en wat voor gevolgen dit heeft voor patiënten. Op basis van deze informatie is er een onderzoek opgezet met als doel een eenduidig beeld scheppen over de manier waarop eenheid volgens huidtherapeuten en patiënten bijdraagt aan de verbetering van de uitvoering van manuele lymfdrainage. Tevens is als doel gesteld om na aanleiding van de resultaten van het onderzoek een advies op te stellen aan de opleiding Huidtherapie en De Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten. De praktijkdoelstelling van dit onderzoek is om de resultaten te implementeren bij MediSkin Huid- en Oedeemtherapie en daarmee te streven naar kwaliteitsverbetering.

Om deze centrale vraag te kunnen beantwoorden is er gebruik gemaakt van literatuur- en veldonderzoek. In het literatuuronderzoek is er gezocht naar informatie die betrekking heeft op het beïnvloeden van eenheid en de manier waarop MLD uitgevoerd dient te worden. Het veldonderzoek omvat de mening van 14 huidtherapeuten en 45 patiënten met lymfoedeem die door verschillende huidtherapeuten behandeld zijn door middel van MLD. Hierbij is er ingegaan op het onderwerp ‘eenheid in de uitvoer van MLD’. Het onderzoek is verricht in de vorm van schriftelijke enquêtes en heeft plaatsgevonden binnen vijf huidtherapeutische praktijken. Daarnaast zijn er drie halfgestructureerde, open interviews afgenomen onder diverse docenten van de HBO-opleidingen Huidtherapie en de opdrachtgever van dit onderzoek, welke de deeltijdopleiding Huidtherapie vertegenwoordigd, met betrekking tot de scholing in manuele lymfdrainage.

Wanneer er gekeken wordt naar scholing in MLD op de opleiding Huidtherapie kunnen er een aantal essentiële verschillen gevonden worden tussen het oedeembeleid met betrekking tot MLD van de deeltijdopleiding van vroeger en de HBO-opleidingen van tegenwoordig. Dit geeft wellicht een verklaring voor de opgemerkte verschillen in uitvoering. Wanneer er gekeken wordt naar het aanbod van nascholing in MLD kan er geconcludeerd worden dat deze op dit moment minimaal is. Daarnaast zijn landelijke richtlijnen met als onderwerp lymfoedeem zeer schaars en ontbreken protocollen over lymfoedeem zelfs helemaal. De richtlijnen die opgesteld zijn bevatten geen specifieke informatie over welke MLD methode er uitgevoerd dient te worden en hoe de uitvoering hiervan eruit dient te zien.

Uit de enquêtes is gebleken dat bijna alle ondervraagde huidtherapeuten en patiënten enigszins tot veel verschil merken in behandelen. Toch kan dit niet automatisch in verband worden gebracht met een verminderde patiënttevredenheid of verminderd resultaat van de behandeling. Het merendeel van de patiënten geeft juist aan geen invloed te merken van de verschillen in uitvoer.

Ondanks dat eenheid in de uitvoering van MLD niet voor iedereen een verbetering zal betekenen, valt er op dit gebied zeker winst te behalen. Meer eenheid in handelen zal voor een kwart van de patiënten wellicht een positief effect op de patiënttevredenheid betekenen en voor nog eens 15% van de patiënten een gunstig effect hebben op het resultaat van de behandeling.

Bij het streven naar verbetering kunnen (dynamische) richtlijnen de uitkomst bieden. Uit de enquêtes onder huidtherapeuten is gebleken dat eenheid volgens hen vooral verkregen kan worden door nascholing met betrekking tot MLD en een protocollaire basis op de opleiding Huidtherapie. Richtlijnen kunnen in iedere huidtherapeutische praktijk toegepast worden en kunnen tevens dienen als bewijsvoering bij nascholingscursussen, scholing en de ontwikkeling van protocollen.

**Inhoudsopgave**

1. Inleiding Blz. 5, 6

* 1. Aanleiding van het onderzoek Blz. 5
	2. Probleemomschrijving Blz. 5

1.2.1 Doelstellingen Blz. 5

1.2.2 Centrale vraagstelling Blz. 5

1.2.3 Deelvragen Blz. 5, 6

* 1. Begripsafbakening Blz. 6
	2. Onderzoeksopbouw Blz. 6
	3. Eindproduct Blz. 6

2. Methode Blz. 6- 10

* 1. Onderzoeksgroep Blz. 7, 8
		1. Huidtherapeuten Blz. 7

2.1.1.1 Inclusie- en exclusie criteria Blz. 7

* + 1. Patiënten Blz. 7, 8

2.1.2.1 inclusie- en exclusie criteria Blz. 7, 8

* + 1. Opleiding Huidtherapie Blz. 8
	1. Dataverzameling Blz. 8, 9
		1. Literatuuronderzoek Blz. 8
		2. Veldonderzoek Blz. 8, 9
	2. Data-analyse Blz. 10
		1. Literatuuronderzoek Blz. 10
		2. Veldonderzoek Blz. 10

3. Resultaten Literatuuronderzoek Blz. 10- 12

3.1 Eenheid in handelen Blz. 10, 11

3.2 Uitvoering manuele lymfdrainage Blz. 11, 12

4. Resultaten Veldonderzoek Blz. 12- 16

4.1 Kenmerken opleiding Huidtherapie Blz. 13

4.2 Mening huidtherapeuten Blz. 14- 15

4.2.1 Verschil in uitvoering en ontstaanswijze Blz. 14

4.2.2 Invloed resultaat en patiënttevredenheid Blz. 14,15

4.2.3 Beïnvloeden eenheid Blz. 15

4.3 Mening patiënten Blz. 15, 16

 4.3.1 Verschil in uitvoering Blz. 15, 16

 4.3.2 Invloed patiënttevredenheid Blz. 16

 4.3.3 Invloed resultaat en tevredenheid Blz. 16

5. Conclusie Blz. 17, 18

6. Discussie Blz. 18, 19

7. Aanbevelingen Blz. 20

8. Literatuurlijst Blz. 20, 21

**1. Inleiding**

**1.1 Aanleiding van het onderzoek**

Manuele lymfdrainage (MLD) is een behandeling die door het merendeel van de huidtherapeuten uitgevoerd wordt. (Vugts et al., 2005) Wanneer er gekeken wordt naar de effecten van MLD op lymfoedeem zijn er weinig wetenschappelijke gegevens die toepassing van MLD ondersteunen. (Lymphoedema Framework, 2006) Dit vormt echter een steeds groter wordend probleem, aangezien zorgverzekeringen meer en meer eisen stellen aan het wetenschappelijke karakter van de behandelingen die huidtherapeuten uitvoeren.[[1]](#footnote-1)

Vanaf de jaren 30 van de vorige eeuw zijn er diverse theorieën ontstaan betreft MLD, welke zijn uitgemond in verschillende behandelmethoden. (Verdonk, 2000) Ondanks de verscheidenheid in technieken om MLD toe te passen, is er onvoldoende bewijs om aan te geven welke techniek het beste is. (Lymphoedema Framework, 2006) Verder is het tot op heden onduidelijk welke methode er in de praktijk het meeste uitgevoerd wordt en hoe deze methode uitgevoerd en aangeleerd wordt.

Onderzoek naar de bijdrage van eenheid bij verbetering van een behandeling is tot nu toe binnen de huidtherapie niet verricht. Dit is opmerkelijk, omdat eenheid in een beroepsgroep met betrekking tot de zorginhoud, de zorgverlening en de zorgorganisatie echter wel een belangrijke doelstelling is van de vakgroep Oedeem van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten. (Stroet, 2008)

In het kader hiervan is in opdracht van huidtherapeut Ellen Kuijper- Kuip, oprichter van MediSkin Huid- en Oedeemtherapie en lid van de academiebrede werkgroep Onderzoekslijnen van De Haagse Hogeschool, een onderzoek gestart met als doel een bijdrage te leveren aan onderzoek naar de effectiviteit van MLD.

Dit onderzoek richt zich specifiek op de manier waarop ‘eenheid’ bijdraagt aan een verbetering van de uitvoering van manuele lymfdrainage. Hierbij staan de mening van de huidtherapeut en patiënt centraal.

**1.2 Probleemomschrijving**

1.2.1 Doelstellingen

De praktijkdoelstelling van dit onderzoek is om de onderzoeksresultaten te implementeren bij MediSkin Huid- en Oedeemtherapie, om op deze manier te streven naar kwaliteitsverbetering.

De onderzoeksdoelstelling is een eenduidig beeld scheppen over de manier waarop eenheid volgens huidtherapeuten en patiënten bij draagt aan de verbetering van de uitvoering van manuele lymfdrainage. Tevens is als doel gesteld om op basis van de uitkomsten van het onderzoek een advies op te stellen aan de Haagse Hogeschool, De Hogeschool Utrecht en De Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten.

1.2.2 Centrale vraagstelling

De centrale vraag van het onderzoek luidt: *‘Op welke manier draagt ‘eenheid’ bij aan verbetering van de uitvoering van manuele lymfdrainage volgens huidtherapeuten die manuele lymfdrainage uitvoeren en volgens patiënten die deze behandeling ondergaan?’.*

1.2.3 Deelvragen

Om de centrale vraag te kunnen beantwoorden staan de volgende deelvragen centraal:

* Op welke manier kan eenheid in uitvoering van manuele lymfdrainage beïnvloedt worden?
* Op welke manier wordt er op dit moment eenheid gecreëerd in het handelen van de huidtherapeut met betrekking tot het uitvoeren van manuele lymfdrainage?
* Hoe dient manuele lymfdrainage uitgevoerd te worden?
* Waarin kenmerkt de opleiding Huidtherapie zich met betrekking tot manuele lymfdrainage?
* Wat is de mening van huidtherapeuten die manuele lymfdrainage uitvoeren over eenheid in uitvoering van manuele lymfdrainage?

- Merken huidtherapeuten verschil in de uitvoering van manuele lymfdrainage en hoe denken zij dat dit verschil is ontstaan?

- Wat is de mening van huidtherapeuten over de invloed van eenheid op het resultaat van de behandeling en de patiënttevredenheid?

- Op wat voor manier kan eenheid in de uitvoering van manuele lymfdrainage volgens huidtherapeuten beïnvloed worden?

* Wat is de mening van patiënten die behandeld worden met manuele lymfdrainage over eenheid in uitvoering van manuele lymfdrainage?

- Is er volgens patiënten die behandeld worden met manuele lymfdrainage een verschil in behandelen en waarin zit dit verschil?

- Heeft een verschil in de manier van behandelen met manuele lymfdrainage invloed op de patiënttevredenheid?

- Is er volgens de patiënten die behandeld worden met manuele lymfdrainage een verschil in resultaat van de behandeling wanneer er door verschillende huidtherapeuten behandeld wordt? Heeft een verschil in resultaat invloed op de tevredenheid?

**1.3 Begripsafbakening**

Eenheid kan gedefinieerd worden als niet verdeeld zijn, gelijkheid en een onderdeel dat min of meer een geheel vormt. (Prima, 2003) Ook worden de termen harmonie, eensgezindheid, overeenstemming en consensus in verband gebracht met de term eenheid. (Reinsma, 2010) Eenheid in de uitvoering van MLD betekend in dit geval dat huidtherapeuten onverdeeld en eensgezind de behandeling uitvoeren.

Manuele lymfdrainage kan gedefinieerd worden als het toepassen van rek en druk op de huid in langzame, lichte, ritmische, circulaire bewegingen om de activiteit van lymfevaten en lymfeknopen te stimuleren en daardoor de afvoer van lymfevocht te bevorderen. (Berkel, et al., 2011) Deze massagetechniek wordt toegepast bij de behandeling van patiënten met lymfoedeem. Het tracht de functie van het lymfesysteem te ondersteunen. (Verdonk, 2000)

**1.4 Onderzoeksopbouw**

Het onderzoek bestaat uit zowel een literatuuronderzoek als een veldonderzoek, welke een onderbouwing bieden voor het beantwoorden van de hoofd- en deelvragen. De manier waarop het onderzoek heeft plaatsgevonden wordt uitvoerig beschreven in het hoofdstuk methode.

**1.5 Eindproduct**

De resultaten uit het literatuur- en het veldonderzoek zullen resulteren in een conclusie met daarin het beantwoorden van de centrale vraag. Daarnaast bevat de conclusie een advies over de manier waarop eenheid in de uitvoering van MLD gecreëerd kan worden, aan de hand van de mening van huidtherapeuten en patiënten.

1. **Methode**

In dit hoofdstuk staan de verschillende methoden beschreven die zijn gehanteerd bij het uitvoeren van het onderzoek. In paragraaf 1 staat beschreven wat wordt verstaan onder de onderzoeksgroep. Vervolgens wordt de dataverzameling van het literatuur- en het veldonderzoek beschreven in paragraaf 2 en komt de data-analyse van beide onderzoeken aan bod in paragraaf 3.

**2.1 Onderzoeksgroep**

Bij onderzoeksgroepen kan er onderscheid gemaakt worden tussen drie onderzoeksgroepen, namelijk ‘huidtherapeuten, ‘patiënten’ en ‘opleiding Huidtherapie’.

2.1.1 Huidtherapeuten

De eerste doelgroep van het veldonderzoek zijn huidtherapeutische praktijken waarbij er meerdere huidtherapeuten werkzaam zijn die manuele lymfdrainage uitvoeren. Deze groep wordt in het onderzoek aangeduid als ‘huidtherapeuten’. In totaal zijn er vijf huidtherapeutische praktijken betrokken bij het onderzoek, waar 15 huidtherapeuten werkzaam zijn. Om de bruikbaarheid van het onderzoek zo hoog mogelijk te maken, is er voor gekozen de opdrachtgever zo veel mogelijk bij het onderzoek te betrekken. (’t Hart et al., 2005) Onderzoek is namelijk verricht binnen de praktijk van de opdrachtgever, MediSkin. De overige vier praktijken bestaan uit Dynacorium, Polyderma, Dermacure en Huidtherapie Kempers. Met deze vier praktijken is contact gezocht via netwerken, deze methode wordt ook wel de sneeuwbalmethode genoemd. (Verhoeven, 2007) Via de websites van de praktijken is het contactadres verkregen. De praktijken zijn gekozen omdat het van te voren bekend was dat er meerdere huidtherapeuten werkzaam zijn en er MLD behandelingen uitgevoerd worden.

2.1.1.1 Inclusie- en exclusiecriteria

Hieronder zijn de inclusiecriteria en de exclusiecriteria weergegeven van de huidtherapeuten waar onderzoek bij verricht is.

Inclusiecriteria:

* Huidtherapeuten die een opleiding aan De Hogeschool Utrecht, De Haagse Hogeschool of Fontys Hogeschool Eindhoven hebben voltooid in de periode van 1989-2013
* Huidtherapeuten die werkzaam zijn in een praktijk met meerdere huidtherapeuten
* Huidtherapeuten die manuele lymfdrainage uitvoeren
* Huidtherapeuten die onderling patiënten uitwisselen

Exclusiecriteria:

* Fysiotherapeuten die bevoegd zijn oedeemtherapie te verlenen
* Huidtherapeuten die zelfstandig werkzaam zijn
* Huidtherapeuten die geen manuele lymfdrainage uitvoeren
* Huidtherapeuten die onderling geen patiënten uitwisselen

2.1.2 Patiënten

De tweede doelgroep van het veldonderzoek zijn mannen en vrouwen, van alle leeftijdscategorieën, met lymfoedeem die behandeld worden door middel van manuele lymfdrainage door een huidtherapeut. Deze worden in het onderzoek ‘patiënten’ genoemd. Hoeveel personen er in totaal binnen deze doelgroep vallen is onbekend. Er wordt gesteld dat er per praktijk minimaal 10 patiënten aan de inclusie criteria voldoen. In totaal zullen er dus 50 patiënten betrokken worden bij het onderzoek.

2.1.2.1 Inclusie- en exclusiecriteria

Hieronder zijn de inclusiecriteria en de exclusiecriteria weergegeven van de groep patiënten waar onderzoek bij verricht is.

Inclusiecriteria:

* Patiënten met lymfoedeem
* Patiënten die door middel van manuele lymfdrainage behandeld worden
* Patiënten die door meerdere huidtherapeuten door middel van manuele lymfdrainage behandeld zijn
* Patiënten waarbij manuele lymfdrainage eventueel een onderdeel vormt van de totale behandeling

Exclusiecriteria:

* Patiënten met lymfoedeem die niet door middel van manuele lymfdrainage behandeld worden
* Patiënten die door één huidtherapeut behandeld zijn door middel van manuele lymfdrainage

2.1.3 Opleiding Huidtherapie

De laatste onderzoeksgroep wordt gevormd door contactpersonen van de deeltijd opleiding huidtherapie te Utrecht en Eindhoven en de HBO-opleiding Huidtherapie te Utrecht en Den Haag. Een van de contactpersonen die hiervoor benaderd is, is opdrachtgever mevrouw E. Kuijper- Kuip, welke de deeltijdopleiding huidtherapie in Eindhoven in de periode van 1989 – 1992 heeft gevolgd. Daarnaast is mevrouw A. Barten, Senior instructeur praktijkonderwijs Huidtherapie aan De Haagse Hogeschool, benaderd. Contact is tot stand gekomen door middel van e-mail contact, waarvan het contactadres vooraf reeds bekend was. Tenslotte zijn mevrouw Y. Roding en K. Everaars benaderd. Dit zijn docenten Huidtherapie aan De Hogeschool Utrecht welke deel uitmaken van het team docenten dat verantwoordelijk is voor het geven van lessen met betrekking tot MLD. Contact is ontstaan door middel van de sneeuwbalmethode. Er is eerst contact opgenomen met de Student Service Desk van De Hogeschool Utrecht en vanuit daar is het verzoek tot contact via andere docenten terecht gekomen bij docenten van de opleiding Huidtherapie.

**2.2 Dataverzameling**

Deze paragraaf beschrijft de dataverzameling van de onderzoeksmethoden die zijn gehanteerd in dit onderzoek. Er wordt in het onderzoek zowel gebruik gemaakt van kwalitatieve als kwantitatieve onderzoeksmethoden. Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten is er gebruik gemaakt van triangulatie door een combinatie van literatuuronderzoek en veldonderzoek in de vorm van enquêtering en het afnemen van interviews.

2.2.1 Literatuuronderzoek

Binnen het literatuuronderzoek werd er gezocht naar informatie die betrekking heeft op het verkrijgen van eenheid, methoden voor het uitvoeren van manuele lymfdrainage en onderwerpen die hier betrekking op hebben. De literatuur werd verkregen middels het raadplegen van digitale boeken, boeken uit de bibliotheek van De Haagse Hogeschool en databanken. De databanken die zijn geraadpleegd zijn Pubmed, Google scolar, Universiteitsbibliotheek Utrecht, NTGV en HBO-kennisbank. Zoektermen die hierbij gebruikt zijn, zijn #manuele lymfdrainage/manual lymphdrainage, #Vodder methode/Vodder method, #Földi, #Asdonk, #Casley Smith, #nascholing, #kwaliteitsregister paramedici, #Herpertz, #richtlijnen, #richtlijn lymfoedeem, #protocollering, #eenheid en # eenheid in behandelen/ unity in healthcare.

Uit het literatuuronderzoek is tevens achtergrondinformatie naar voren gekomen over scholing, nascholing en richtlijnontwikkeling, welke is opgenomen in bijlage 1.

2.2.2 Veldonderzoek

1) Enquête patiënten

Om de mening van patiënten te achterhalen over eenheid in de uitvoer van MLD is er gebruikt gemaakt van schriftelijke enquêtes (zie bijlage 3 en 4). Op deze manier was het mogelijk om gericht vragen te stellen in een zo kort mogelijke tijdsduur. Daarnaast vormt dit voor de patiënt een zo klein mogelijke belasting en is er hierdoor een mogelijkheid tot verlening van medewerking groter. Er is gekozen voor een korte enquête, bestaande uit één formulier met acht vragen. Deze vragen konden beantwoord worden door middel van verschillende typen antwoordmogelijkheden, namelijk enkelvoudige antwoorden, meervoudige antwoorden en half open antwoorden. Bij deze laatste vorm kon de respondent, wanneer geen van de antwoorden van toepassing waren, een eigen antwoord invullen. Bij de enquête is er bewust voor gekozen om niet te veel open vragen te stellen, omdat dit de geloofwaardigheid en de betrouwbaarheid van het resultaat kan beïnvloeden. (Verhoeven, 2007) Ook heeft de volgorde van de vragen centraal gestaan, via zogenaamde routing. (’t Hart, 2005) Hierdoor was het voor de respondenten mogelijk om meerdere malen voortijdig de enquête te beëindigen. Verder is er getracht het taalgebruik zoveel mogelijk aan te passen aan de respondenten. Ook is er gekozen voor een inleidende pagina met daarop het doel van het onderzoek, de tijd dat de enquête in beslag zou nemen en een dankbetuiging. Ook bevat de enquête een korte uitleg over het onderwerp van een aantal vragen, zodat dit de patiënt een ondersteuning kon bieden bij het inleven in de geschetste situatie.

Bij drie van de vijf praktijken, Mediskin, Dynacorium en Kempers, zijn de enquêtes persoonlijk overhandigd aan de patiënt. Daarbij is eerst door de huidtherapeut of secretaresse toestemming gevraagd tot hulpverlening. Vervolgens konden de patiënten de enquêtes direct invullen en was er voor hen de mogelijkheid tot vragen stellen indien zij hulp nodig hadden bij het invullen. Bij de overige twee praktijken, Polyderma en Dermacure, was persoonlijke overhandiging niet mogelijk. In dit geval zijn de enquêtes per post verstuurd naar de huidtherapeutische praktijken en zijn deze onder toeziend oog van de huidtherapeut ingevuld, of in enkele gevallen mee gegeven om door de patiënten thuis in te vullen, en vervolgens geretourneerd.

Voorafgaand is er een kleine steekproef gehouden onder een aantal familieleden, om het leesgemak en de moeilijkheidsgraad van het invullen te kunnen testen. Na het afnemen van de eerste enquêtes bij MediSkin is er nogmaals gereflecteerd op het verloop. Een aantal knelpunten zijn aan de hand hiervan verbeterd. Hierdoor is er een definitieve versie ontstaan die bij de overige praktijken in gebruik is genomen. In totaal hebben 45 patiënten de enquête ingevuld.

2) Enquête huidtherapeuten

De meest gebruikte methode om meningen van groepen personen te kunnen meten, is die van vragenlijstonderzoek. (Verhoeven, 2006) Om de mening van huidtherapeuten over eenheid in de uitvoer van MLD te kunnen achterhalen, in een zo kort mogelijk tijdsbestek, is daarom ook dit maal gekozen voor schriftelijke enquêtes. De enquêtes bestaan uit 6 vragen en een ruimte om opmerkingen te plaatsen. Er is hierbij gebruik gemaakt van enkelvoudige antwoorden, meervoudige antwoorden en half open antwoorden. Ook deze enquêtes zijn bij drie van de vijf praktijken, idem als bij de patiënten enquêtes, persoonlijk overhandigd. De overige twee praktijken hebben de enquêtes via de post ontvangen en vervolgens ingevuld geretourneerd. In totaal hebben 14 huidtherapeuten de enquête ingevuld.

3) Interviews

Om de manier waarop MLD wordt aangeleerd te kunnen achterhalen, werd er onderzoek gedaan bij de opleiding Huidtherapie. De opleiding huidtherapie bestaat uit de opleiding huidtherapie aan De Hogeschool Utrecht en De Haagse Hogeschool. Naast deze twee opleidingen zal er ook gekeken worden naar de deeltijdopleiding Huidtherapie die in het begin van de jaren ’90 werd aangeboden aan De Hogeschool Utrecht en Fontys Hogeschool Eindhoven. Door een vergelijking te maken tussen het oedeembeleid van de jaren ‘90 en tegenwoordig kan er ook een onderscheid gemaakt worden tussen de manier van aanleren, die wellicht in de loop der jaren veranderd is. Daarnaast kan er door deze vergelijking te maken, gekeken worden of de manier van aanleren op opleidingen in Utrecht en Den Haag met elkaar verschillen. Uit het vooronderzoek is gebleken dat er weinig literatuur beschikbaar is over de inhoud van opleiding Huidtherapie met betrekking tot MLD. Om zoveel mogelijk informatie te verzamelen, is er gekozen voor het afnemen van open, halfgestructureerde, interviews. Hierbij is een topiclijst opgesteld en zijn er voorafgaand een aantal belangrijke vragen uitgeschreven (zie bijlage 6). Door het open karakter van het interview was er voor de respondent alle ruimte voor eigen inbreng. (Verhoeven, 2006) Hierdoor konden ook onderwerpen die niet van te voren bedacht waren meegenomen worden in het onderzoek. Om de betrouwbaarheid van de interviews te vergroten is van alle interviews een opname gemaakt middels een recorder.

**2.3 Data-analyse**

Deze paragraaf beschrijft de data-analyse van de onderzoeksmethoden die zijn gehanteerd in dit onderzoek. Ook hier kan er onderscheidt gemaakt worden tussen literatuuronderzoek en veldonderzoek.

2.3.1 Literatuuronderzoek

In het literatuuronderzoek zijn een beperkt aantal bronnen naar voren gekomen, welke tussen 1995 en 2013 gepubliceerd zijn, met als onderwerp het beïnvloeden van eenheid en de uitvoering van manuele lymfdrainage. De gevonden bronnen zijn geanalyseerd door de teksten volledig door te lezen en te screenen op de steekwoorden die bij de dataverzameling centraal staan. Ook is er gekeken naar verbanden tussen de steekwoorden en verbanden tussen verschillende literatuur.

2.3.2 Veldonderzoek

1) Enquête huidtherapeuten en patiënten

Om de verkregen data te kunnen verwerken is er gebruik gemaakt van Microsoft Excel 2010. De enquêtes ingevuld door de patiënten en de huidtherapeuten zijn in een apart tabblad verwerkt. Om de enquêtes te kunnen verwerken is er voor gekozen om de vragen en antwoordmogelijkheden niet in zijn geheel uit te schrijven maar in de vorm van getallen en cijfers te scoren. De vragen beperken zich tot ‘vraag 1’ tot en met ‘vraag 8’. Daarnaast zijn er de cijfers a tot en met d toegekend aan de antwoordmogelijkheden. Hierbij staat a voor antwoordmogelijkheid 1, b voor antwoordmogelijkheid 2, c voor antwoordmogelijkheid 3 en d voor antwoordmogelijkheid 4. Op basis hiervan is elke enquête apart gescoord in de tabel. Vervolgens is er van alle tabellen een optelsom gemaakt, die per huidtherapeutische praktijk en per vraag om zijn gezet in percentages. Daarnaast is er per vraag een algehele score gemaakt waarbij de scores van alle huidtherapeutische praktijken worden opgeteld. De tabellen zijn te vinden in bijlage 5.

2) Interviews

Voor het verwerken van de interviews is er gebruik gemaakt van een woordelijke transscriptie (zie bijlage 9). Passages die geen toegevoegde waarde hebben aan het onderzoek zijn als volgt weergegeven (…). Hierbij zijn zo min mogelijk overbodige woorden opgenomen en is de transscriptie zo opgesteld dat het interview gemakkelijk terug te lezen is. Deze transscripties zijn geanalyseerd door middel van exploratie. Op deze manier zijn er steekwoorden, ook wel codes of begrippen genoemd, toegekend aan de tekst. Vervolgens is er een waardering aan deze steekwoorden toegekend en zijn deze in een bepaalde volgorde gesorteerd. (Verhoeven, 2007) De belangrijkste resultaten zijn daarna verwerkt in een schematisch overzicht, waarin horizontaal de opleidingen weer zijn gegeven en verticaal de steekwoorden. Dit overzicht is te vinden in bijlage 7. Ook zijn deze fragmenten verwerkt tot drie aparte artikelen (zie bijlage 8).

**3. Resultaten literatuuronderzoek**

In dit hoofdstuk zijn de resultaten beschreven van het literatuuronderzoek naar eenheid in de uitvoering van manuele lymfdrainage en de uitvoering van manuele lymfdrainage.

**3.1 Eenheid in de uitvoering van manuele lymfdrainage**

Vragen die in dit hoofdstuk centraal staan zijn: *‘Op welke manier kan eenheid in uitvoering van manuele lymfdrainage beïnvloedt worden?’ en ‘Op welke manier wordt er op dit moment eenheid gecreëerd in het handelen van de huidtherapeut met betrekking tot het uitvoeren van manuele lymfdrainage?’.*

In de gezondheidszorg wordt volgens Walburg (1997) al jaren op alle fronten aan kwaliteit gewerkt. Volgens Walburg kan er onder andere gewerkt worden aan het verhogen van de kwaliteit door scholing, nascholing, visitatie, intercollegiale toetsing en het opstellen of gebruiken van evidence-based richtlijnen en protocollen. Dit houdt tevens verband met het beïnvloeden van eenheid in de uitvoering van MLD, aangezien zowel de basis voor het aanleren van deze vaardigheid als het op peil houden van de kwaliteit van deze vaardigheid op bovenstaande wijze geschied. Het initiatief voor deze activiteiten komt vooral van de professionele beroepsgroepen, zoals de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH). (Walburg, 1997)

Gezien de sterke band tussen opleiding Huidtherapie en beroep is het duidelijk dat het beroepsonderwijs van cruciale betekenis is voor de kwaliteit van deze beroepsgroep. (NVZ, 2011) De mate waarin de opleiding Huidtherapie te Utrecht samenwerkt met de opleiding Huidtherapie te Den Haag is echter onbekend. Wel is er bekend dat, aangezien de beroepsgroep kwaliteitsbeleid ontwikkelt, er vanuit de NVH invloed uitgeoefend kan worden binnen de opleidingscommissies. (NVH, z.d.) Verder is er vanuit de literatuur geen informatie beschikbaar over het oedeembeleid dat wordt doorgevoerd op de opleiding Huidtherapie.

In het kader van eenheid creëren door middel van nascholing wordt er op dit moment eenmalig een opfriscursus Oedeemtherapie georganiseerd. Deze cursus is bedoeld voor zowel huidtherapeuten die weinig ervaring hebben met oedeemtherapie en huidtherapeuten die kritisch naar hun eigen handelen willen kijken en behoefte hebben aan herhaling. Literatuur die voornamelijk zal worden aangehouden zijn de boeken van Verdonk en Földi. Dit is de enige cursus die bij het onderwerp manuele lymfdrainage aansluit. (NVH, 2013)

Landelijke richtlijnen met als onderwerp lymfoedeem zijn tot nu toe schaars. Er zijn drie verschillende richtlijnen over Lymfoedeem voor huidtherapeuten beschikbaar. Deze zijn opgesteld door het Integraal Kankercentrum Midden- Nederland, het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en het Lymphoedema Framework. De Richtlijn Lymfoedeem van het CBO (2002) bevat geen specifieke informatie over de uitvoering van manuele lymfdrainage. De herziene conceptversie van het Kankercentrum Midden Nederland uit 2009 bevat alleen de opmerking dat manuele lymfedrainage wordt toegepast van proximaal naar distaal. (Verdonk, 2009) Volgens het Lymphoedema Framework (2006) hebben de verschillende MLD methoden een aantal aspecten met elkaar gemeen, waaronder de behandeling starten bij de onaangedane lymfknopen en het onaangedane deel van het lichaam, uitvoering van proximaal naar distaal, langzame en ritmische bewegingen en uitoefening van zachte druk. Ook deze richtlijn gaat niet specifiek in op hoe de behandeling uitgevoerd dient te worden.

Uit een onderzoek van Nivel (2009) over de positie van de huidtherapie in de gezondheidszorg anno 2009 blijkt dat artsen die onbekend zijn met het vakgebied vaak bepaalde randvoorwaarden missen. Hierbij spreken ze onder andere over de wens tot meer protocolgebruik door de huidtherapeut. Tot op heden ontbreken protocollen binnen de huidtherapie.

**3.2 Uitvoering manuele lymfdrainage**

De vraag die in dit hoofdstuk centraal staat is: ‘*Hoe dient manuele lymfdrainage uitgevoerd te worden?’* Om deze vraag te beantwoorden zal er eerst kort gekeken worden naar het ontstaan van MLD. Vervolgens zal er in worden gegaan op de manier van uitvoer van manuele lymfdrainage.

Manuele lymfdrainage is oorspronkelijk ontstaan in Denemarken in 1932 door de Deen Emil Vodder. Via dokter Asdonk is deze techniek in 1958 in Duitsland terecht gekomen. In 1965 is er een start gemaakt met het geven van cursussen in manuele lymfdrainage in Essen. Later zijn de Feldberg kliniek en de Feldbergschule in het Swarzwald geopend, waardoor het aanleren van kennis over MLD werd uitgebreid. (Verdonk, 2000)

Manuele lymfdrainage volgens de methode van E. Vodder gaat volgens Földi (2006) via een overwegend cirkelvormige rekking van de huid. Deze rekking stimuleert samen met de verhoogde weefseldruk de vorming van lymfe. Daarnaast wordt er een zachte en voorzichtige druk geïndiceerd. De lymfvaten die door MLD beïnvloedt worden hebben namelijk gemiddeld een diameter van minder dan één millimeter. Toch dient de uitvoering stevig genoeg te zijn, zodat er niet over de huid gegleden wordt. Daarnaast mag de techniek nooit zo stevig uitgevoerd worden dat er een risico ontstaat op schade aan het lymfesysteem of het veroorzaken van spasmes van de lymfangionen. De ‘optimale MLD druk’ kan niet worden aangegeven, omdat de druk afhankelijk is van het lichaamsdeel dat behandeld wordt. Er dient namelijk een andere druk toegepast te worden op het oedeemgebied dan op het oedeemrandgebied en op een gezonde regio. De huid dient dus eerst op rek gebracht te worden. Vervolgens is er een druk fase, welke de lymfevloeistof in de gewenste richting stuurt. Daarna is er een drukvrije fase of ontspanningsfase, waarin de lymfvaten opnieuw gevuld worden.

De technieken dienen allemaal met een snelheid van één handgreep per seconde uitgevoerd te worden met vijf tot zeven herhalingen per gebied. Een snellere uitvoering van de handgrepen wordt afgeraden omdat de frequentie van de pulsatie in de lymfangionen ongeveer zes per minuut is wanneer een rusttoestand wordt aangenomen. Indien er beweging plaatsvindt van het lichaam is deze frequentie twintig per minuut.

De volgorde van de grepen die per gebied wordt aangegeven bij de Vodder methode dienen niet als belangrijkste principe gezien te worden, maar als gids voor de therapeut. (Földi, 2006)

In het boek ‘Oedeem en Oedeemtherapie’ van Verdonk (2000) zijn eigen theorieën over manuele lymfdrainage gecombineerd met literatuur van M. Földi en G. Bringezu. Daarnaast wordt de deskundigheid van andere artsen in dit werkgebied in beschouwing genomen. Hieruit volgt de volgende informatie over manuele lymfdrainage. Karakteristiek voor manuele lymfdrainage is dat deze zacht, warm, rustig, groot en niet dwingend wordt uitgevoerd. Deze rustige benadering zorgt voor een sterk ontspannend effect. De behandelaar dient niet vanuit de vingers, duim- en handgewrichten te werken, maar vanuit het polsgewricht, de elleboog en de schouder. De duim en de vingers blijven zo goed als passief tijdens de behandeling. De handgrepen moeten vloeiend toe- en afnemen. Hierbij wordt er gebruik gemaakt van een in- en uitsluipmoment. De bewegingen dienen een optimale nabootsing na te streven van een normale vulling, om deze reden dient de rek in drie richtingen toegepast te worden. Abrupte bewegingen dienen zoveel mogelijk vermeden te worden.

Volgens berekeningen van dr. Kuhnke in de Feldberg kliniek ligt de maximale massagedruk over het algemeen tussen de dertig en veertig millimeter kwikdruk. Ten aanzien van de toegepaste druk dient er onderscheid gemaakt te worden tussen het beïnvloeden van capillairen, lymfangionen en lymfknopen. Een maximale druk van 10- 40 millimeter kwikdruk wordt toegepast op de capillairen en zijn directe omgeving. Om trage vloeistof in beweging te krijgen mag de druktijd niet korter zijn dan om en nabij één seconde per handgreep. Het behandeltraject dient drie tot vier keer herhaald te worden. Bij het afvloedgebied is een druk van 30 tot 50 millimeter kwikdruk toelaatbaar. De druk die toegepast wordt voor het beïnvloeden van de lymfeknopen is 30 tot 60 mm Hg en dient 5 tot 7 maal herhaald te worden als staande cirkel. De druk bij oedeemhandgrepen ligt tussen de nul en 150 tot 200 mm Hg en duren vijf tot dertig seconden per uitvoering. De drukweerstand van het weefsel is uiteindelijk bepalend voor de druk die toegepast wordt, de druk hoeft hierdoor niet per definitie hoog te zijn. De weefselreacties die ontstaan bij een te hoge weefseldruk zullen het effect van de behandeling tegen werken. Pijn moet in ieder geval worden vermeden. Verdonk (2000) vermeld niet hoeveel waarde de therapeut moet hechten aan het opvolgen van de precieze volgorde van de handgrepen.

1. **Resultaten veldonderzoek**

Dit hoofdstuk beschrijft de uitkomsten van het veldonderzoek. Naar aanleiding van interviews over het oedeembeleid met betrekking tot MLD en de afgenomen enquêtes zijn de onderstaande resultaten naar voren gekomen. In de bijlagenbundel zijn de volledig uitgewerkte interviews, schematische weergave van de interviews en enquêtes terug te vinden.

**4.1: Kenmerken opleiding Huidtherapie**

De vraag die bij de interviews centraal stond was: *‘Waarin kenmerkt de opleiding Huidtherapie zich met betrekking tot manuele lymfdrainage?’*

Zowel op de deeltijd opleiding huidtherapie in 1989-1992 als tegenwoordig, op de opleiding Huidtherapie aan De Hogeschool Utrecht en De Haagse Hogeschool, wordt MLD aangeleerd door middel van de methode die afkomstig is van de Feldberg kliniek. Deze methode wordt door alle opleidingen verschillend benoemd, namelijk de Asdonk methode, de Földi methode en de Vodder methode. Ook in de druktijd die wordt aangehouden is een verschil te vinden tussen vroeger en nu. Daarnaast verschillen de locaties waar een behandeling met MLD voor wordt aangeleerd.

In de beginjaren van de opleiding werd vier tot zes seconden aangehouden per handgreep. Tegenwoordig wordt er op de opleiding in Utrecht één tot twee seconden per greep aangehouden in het afvloedgebied, een fractie langer in het oedeemrandgebied en vijf tot vijftien seconden in het oedeemgebied. Op de opleiding in Den Haag wordt twee seconden per handgreep aangehouden en vijf tot vijftien seconden in het oedeemgebied. Wanneer er gekeken wordt naar de druk die bij de grepen wordt uitgeoefend, is hier ook verschil te vinden. De druk werd in de jaren ‘90 uitgedrukt in kwikdruk, namelijk vijftien tot dertig millimeter kwikdruk, terwijl de druk tegenwoordig wordt bestempeld met ‘zoveel druk als nodig is om een rek prikkel te geven’. Bij de deeltijdopleiding was het ook van belang dat er met het gehele lichaam gewerkt werd, iets wat nu minder terugkomt in de opleiding Huidtherapie. Daarnaast werden bij de deeltijdopleiding ook minder voorkomende MLD behandelingen aangeleerd, zoals behandelingen voor genitaal oedeem, oedeem in de mondholte en Sudeck dystrofie. Op de Hogeschool Utrecht en De Haagse Hogeschool wordt dit in enkele gevallen aangeleerd in de vorm van casuïstiek.

In begin jaren ’90 werd MLD geprotocolleerd aangeleerd aan de student. Deze visie is in de loop der jaren gewijzigd en houdt nu in dat vooral de gedachte achter een behandeling juist moet zijn.

Wanneer er gekeken wordt naar de les vorm waarin de student les krijgt kunnen er ook veranderingen geconstateerd worden. Waar in het verleden gewerkt werd in praktijkcollege zalen en het aantal uur waarin de student les kreeg per week gering was, krijgt de student tegenwoordig zowel praktijk- als hoorcolleges en casuïstieklessen. Daarnaast is er op de Hogeschool Utrecht een ‘learning community’, waarbij er vanaf het eerste jaar op patiënten geoefend kan worden. Het eerste patiëntcontact wordt in Den Haag echter pas op gedaan tijdens stages in het eerste en tweede jaar. Bij de deeltijdopleiding was het eerste contact met oedeempatiënten meestal pas aan het eind van de opleiding, in de Feldberg kliniek. In de Feldberg kliniek werd toen namelijk verplicht een stage van een week volbracht door alle studenten. Tegenwoordig is deze stage niet meer verplicht en kan er in Utrecht gekozen worden voor het volbrengen van deze stage gedurende zes weken. In Den Haag zijn stages waarbij er met oedeemtherapie wordt geoefend geen verplicht onderdeel voor het behalen van het diploma.

Tentamering verliep in begin jaren ’90 onder toezicht van twee docenten en een aantal artsen, waaronder dr. Herpertz en dr. Neuborg, welke gespecialiseerd waren in lymfoedeem. Er werden meerdere praktijktentamens in MLD verricht, net als op De Hogeschool Utrecht, waar MLD in totaal minimaal drie maal wordt afgetoetst. In Den Haag staat dit aantal op één, maar is er wel tweemaal de mogelijkheid om MLD tijdens het overall tentamen af te kunnen toetsen.

Onderscheid kan ook gemaakt worden tussen de docenten. De docenten die aan de deeltijdopleiding les gaven, waren geschoold in Duitsland en waren daarnaast in het bezit van praktijkervaring in de Feldberg kliniek. Tegenwoordig is praktijkervaring geen vereiste en dienen docenten in het bezit te zijn van een HBO- diploma Huidtherapie, een Master diploma en pedagogisch didactische vorming.

**4.2: Wat is de mening van huidtherapeuten die manuele lymfdrainage uitvoeren over eenheid in uitvoering van manuele lymfdrainage?**

In totaal is de enquête door 14 van de 15 huidtherapeuten ingevuld. Hiervan heeft het grotendeel, 78,6% van de ondervraagden, de opleiding Huidtherapie aan De Hogeschool Utrecht gevolgd.

4.2.1 Merken huidtherapeuten verschil in de uitvoering van manuele lymfdrainage en hoe denken zij dat dit verschil is ontstaan?

Op deze vraag antwoordde 92,9% van de respondenten dat ze enkele onderlinge verschillen merken. Eén respondent gaf aan veel onderlinge verschillen te merken. Er zijn geen respondenten die hebben geantwoord dat er geen onderlinge verschillen gemerkt worden. Van alle respondenten heeft 40% aangegeven dat ze denken dat dit verschil is ontstaan doordat er eigen inzichten worden toegepast die niet overeen komen met de bestaande literatuur en aangeleerde technieken. Nog eens 32% denkt dat deze verschillen zijn ontstaan doordat er verschillende opleidingen en extra cursussen gevolgd zijn. Daarnaast heeft 24% van de respondenten aangegeven dat ze denken dat dit verschil is ontstaan doordat er een verschil is tussen ervaren huidtherapeuten en beginnend beroepsbeoefenaren. Eén respondent heeft geantwoord dat ze denkt dat dit verschil is ontstaan doordat de manier van les geven van docenten op De Hogeschool Utrecht onderling verschilt. Daarnaast spelen volgens haar ook eigen ervaringen een rol.

4.2.2 Wat is de mening van huidtherapeuten over de invloed van eenheid op het resultaat van de behandeling en invloed van eenheid op de patiënttevredenheid?

Van alle respondenten heeft 42,9% geantwoord dat ze denken dat eenheid invloed heeft op het resultaat van de behandeling. De redenen die de respondenten hiervoor gaven waren: ‘Omdat nu niet onderbouwde technieken worden gebruikt’, ‘Omdat sommige huidtherapeuten niet uitgebreid genoeg MLD uitvoeren’ en ‘Omdat er huidtherapeuten zijn die totaal wat anders doen wat ze geleerd hebben, hierdoor kan het resultaat negatief beïnvloed worden’. Daarnaast heeft 35,7% van de respondenten bij deze vraag geantwoord dat ze denken dat eenheid geen invloed heeft op het resultaat van de behandeling. De onderbouwing die zij hiervoor gaven was als volgt: ‘Als de basis goed is per patiënt of behandeling zijn aanpassingen juist goed’, ‘Iedereen het op zijn eigen manier doet, maar basis is bij iedereen hetzelfde’, ‘Iedere patiënt uniek is en een eigen behandeling nodig heeft, dan komt het toch op inzicht aan en niet op een standaard behandeling’, ‘Er leiden meer wegen naar Rome’ en ‘Iedereen creëert zijn eigen behandeling waarvan hij of zij denkt dat deze voor de betreffende patiënt het beste werkt, tips uitwisselen kan en mag altijd’. De overige twee respondenten hebben aangegeven hier geen mening over te hebben. Zie diagram 1.

1. 2.

Op de vraag of eenheid invloed heeft op de patiënttevredenheid heeft 57,2% van de respondenten geantwoord dat zij denken dat het invloed zal hebben. De redenen die zij hiervoor hebben gegeven zijn: ‘Omdat het discussies geeft als er verschillen zijn’, ‘Omdat het meer duidelijkheid geeft voor de patiënt’ en ‘Omdat er nu veel verschil is, patiënten weten nu niet wat de goede behandeling is’.

Daarnaast is 21,4% van de respondenten van mening dat eenheid in behandelen niet meer patiënttevredenheid op zal leveren. De onderbouwing die zij hiervoor hebben geven is: ‘Omdat een patiënt niet weet hoe ze elders behandeld worden in het geval hij of zij een slechte behandelaar hebben’ en ‘Omdat er geen hele grote verschillen zijn’. De overige 21,4% van de respondenten heeft aangegeven hier geen mening over te hebben. Zie diagram 2.

4.2.3 Op wat voor manier kan eenheid in de uitvoering van manuele lymfdrainage volgens huidtherapeuten beïnvloed worden?

Op deze vraag heeft 38,5% van de huidtherapeuten geantwoord dat ze denken dat dit door middel van een protocollaire basis op de opleiding Huidtherapie beïnvloedt kan worden. Nog eens 38,5% gaf aan dat het door middel van nascholingsactiviteiten, georganiseerd vanuit de NVH, beïnvloedt kan worden. De overige 23% van de respondenten had hier een andere mening over, namelijk: ‘Af en toe meekijken bij je collega’, ‘Blog, info onderling uitwisselen, speciale site, gelegenheid om vragen te stellen’, ‘Cursussen in Duitsland van Clara Feenstra, onder andere in de kringen ter sprake brengen’, ‘Overleg of vergaderingen in de praktijk met je collega’s’ en ‘Controle in praktijk door NVH of andere organisatie’. Eén respondent vulde het volgende in: ‘Eenheid kan denk ik niet. Iedereen heeft zijn eigen manier, eigen tempo etc.’.

Opvallende opmerkingen die onder twee enquêtes geplaatst zijn, gaan als volgt: ‘Ik zie mijn collega’s nu nooit behandelen, ik vul dit formulier in op basis van wat ik van patiënten hoor‘ en ‘Zou wel open staan voor praktische scholing waar in de reden van anders behandelen kan worden onderbouwd. Zal altijd op ‘mijn’ manier blijven, maar nieuwe inzichten zouden daarin verwerkt kunnen worden. De ‘protocollaire patiënt’ bestaat niet’.

**4.3: Wat is de mening van patiënten die behandeld worden met manuele lymfdrainage over eenheid in uitvoering van manuele lymfdrainage?**

In totaal is de enquête door 45 patiënten ingevuld. Van alle respondenten is 20% door twee huidtherapeuten behandeld, 17,8% door drie huidtherapeuten en de rest, 62,2%, door vier of meer huidtherapeuten. De praktijk waarbij bijna alle patiënten, 92,3%, door vier of meer huidtherapeuten zijn behandeld is MediSkin. Bij Dermacure is meer dan 70% van de respondenten door twee huidtherapeuten behandeld.

4.3.1 Is er volgens patiënten die behandeld worden met manuele lymfdrainage een verschil in behandelen tussen huidtherapeuten en waarin zit dit verschil?

Van alle respondenten heeft 60% aangegeven enigszins verschil te merken in de manier van behandelen tussen huidtherapeuten. Daarnaast heeft 28,9% aangegeven veel verschil te merken. De overige 11,1% merkte naar eigen zeggen geen verschil in de manier van behandelen. Opvallend is dat deze laatste groep respondenten allemaal onder behandeling zijn binnen één praktijk, Dermacure. Binnen de andere vier praktijken merken alle respondenten dus enigszins tot veel verschil. Het meeste verschil wordt gevonden in de druk die gegeven wordt door de huidtherapeut. Dit antwoord is door 47,9% van alle respondenten gegeven. Daarnaast merkt 19,2% van de respondenten verschil in de volgorde van de handelingen die de huidtherapeut verricht. Ook is er verschil gemerkt in snelheid waarmee de huidtherapeut behandeld volgens 13,7% van de respondenten. De overige 19,2% vond dat de verschillen in overige aspecten zit, zoals: ‘Bepaalde handelingen worden bij de een wel gedaan en bij de ander niet’, ‘Plan van aanpak’, ‘Duur van massage op bepaalde plekken van de arm’ en ‘Warmte van de handen’. De opmerkingen ‘Meer plekken aanzetten’ en ‘Buikademhaling wel of niet’ kwamen meerdere malen naar voren.

Bij Dermacure hebben beide patiënten die verschil merkten in de behandeling aangegeven dat er drukverschillen zijn. Bij Dynacorium gaven acht van de tien respondenten aan verschil in druk te merken. Bij Huidtherapie Kempers hebben zes van de zeven patiënten dit antwoord ook gegeven en bij Polyderma door zes van de acht respondenten. Bij MediSkin hebben alle respondenten aangegeven dat er drukverschillen aanwezig zijn. Daarnaast is er bij Dynacorium door zes van de tien patiënten aangegeven dat er verschil zit in de snelheid waarmee de huidtherapeut behandeld, terwijl dit antwoord bij de andere onderzochte praktijken in totaal maar vier keer naar voren is gekomen.

4.3.2 Heeft het verschil in de manier van behandelen met manuele lymfdrainage invloed op de patiënttevredenheid?

Van alle respondenten heeft 65% van de patiënten aangegeven dat het verschil in behandelen geen invloed heeft op de tevredenheid. Nog eens 22,5% van de respondenten heeft aangegeven dat het verschil in de manier van behandelen een negatieve invloed heeft, waardoor de patiënten minder tevreden zijn over de behandeling. De overige 12,5% geeft aan dat het verschil een positieve invloed heeft op de tevredenheid. Zie diagram 3.

3.  4.

4.3.3 Is er volgens de patiënten die behandeld worden met manuele lymfdrainage een verschil in resultaat van de behandeling wanneer er door verschillende huidtherapeuten behandeld wordt en wat voor invloed heeft dit op hun tevredenheid?

Op deze vraag heeft 57,5% van de respondenten geantwoord geen verschil te merken in het resultaat van de behandeling. 30%, twaalf respondenten, heeft enigszins verschil gemerkt in resultaat. Zes hiervan waren onder behandeling bij Mediskin. De rest, 12,5%, heeft aangegeven veel verschil te merken. Deze vier patiënten waren onder behandeling bij Mediskin en Huidtherapie Kempers. Zie diagram 4.

Van de bovenstaande 42,5 % van de respondenten, in totaal zeventien patiënten, die enigszins tot veel verschil hebben gemerkt in resultaat van de behandeling, hebben er zeven aangegeven dat dit een negatieve invloed heeft op hun tevredenheid. Vier van de zeventien patiënten hebben aangegeven dat dit verschil in resultaat van de behandeling een positieve invloed heeft op de tevredenheid. De overige zes patiënten vonden dat het geen invloed had op de tevredenheid.

Opvallende opmerkingen die bij de enquêtes geschreven zijn, zijn als volgt: ‘Heb zelf een voorkeur voor stevige behandeling, dus harde druk. Niet iedereen geeft deze’, ‘De ene pakt net weer een extra gebied en de volgende keer, als een ander behandeld, word weer een ander gebied extra behandeld. Dit is prettig ‘, ‘Sommige huidtherapeuten werken wat voorzichtiger’, ‘Negatieve invloed bij teveel druk. Te veel fysio- handelingen in huidtherapie behandelingen, is niet goed’ en ‘Wordt bij allemaal goed soepel gemaakt ondanks dat ze anders behandelen.

1. **Conclusie**

*‘Op welke manier draagt ‘eenheid’ bij aan verbetering van de uitvoering van manuele lymfdrainage volgens huidtherapeuten die manuele lymfdrainage uitvoeren en volgens patiënten die deze behandeling ondergaan?’*

Uit het onderzoek is gebleken dat er nog weinig sprake is van eenheid onder huidtherapeuten in de uitvoer van MLD. De resultaten laten zien dat alle huidtherapeuten en bijna alle patiënten verschil merken in behandelen. Dit kan in verband gebracht worden met een aantal oorzaken. Ten eerste, wanneer er naar de opleiding Huidtherapie gekeken wordt, kan er geconcludeerd worden dat er een aantal essentiële verschillen zijn tussen het oedeembeleid met betrekking tot MLD van de verschillende opleidingen. Daarnaast ontbreekt het aan materiaal voor het creëren van eenheid onder huidtherapeuten. Het ontbreken van eenheid wordt echter niet door iedereen als negatief ervaren. Een meerderheid van de patiëntenpopulatie wordt namelijk niet beïnvloed als het gaat om de patiënttevredenheid of om het resultaat van de behandeling. De meeste huidtherapeuten verwachten echter wel een positief effect van eenheid op de patiënttevredenheid en het resultaat van de behandeling.

Uit het literatuuronderzoek is gebleken dat er een aantal essentiële verschillen gevonden kunnen worden tussen het oedeembeleid met betrekking tot MLD van de deeltijdopleiding en de HBO-opleidingen van tegenwoordig. Deze verschillen zijn voornamelijk te vinden in de druktijd en de hoeveelheid druk die aangeleerd wordt. Ook is er verschil te vinden in de visie, de behandelgebieden, het eerste patiëntcontact, de wijze en hoeveelheid van tentaminering en de opleiding en werkervaring van de docenten. Daarnaast komt de theorie van Földi, die op alle drie de opleidingen als ‘Bijbel’ gezien wordt, niet altijd overeen met wat er in de praktijk aangeleerd wordt.

Verder is gebleken dat het aanbod van nascholing, richtlijnen en protocollen met betrekking tot MLD op dit moment minimaal is. Beschikbare richtlijnen bevatten geen specifieke informatie over welke MLD methode er uitgevoerd dient te worden en hoe de uitvoering hiervan eruit dient te zien.

Uit het veldonderzoek is gebleken dat alle ondervraagde huidtherapeuten en patiënten enigszins tot veel verschil merken in de uitvoer van MLD. Het toepassen van eigen inzichten en het volgen van verschillende opleidingen en cursussen wordt door huidtherapeuten aangegeven als belangrijkste redenen voor het ontstaan van de verschillen. Het meeste verschil wordt door patiënten gevonden in de druk die gegeven wordt door de huidtherapeut. Ook word er verschil gevonden in de volgorde van de handelingen, de snelheid waarmee de huidtherapeut behandeld, het plan van aanpak en het wel of niet behandelen van bepaalde gebieden.

Volgens ongeveer 40% van de huidtherapeuten zal eenheid weldegelijk invloed hebben op het resultaat. Nog eens 40% denkt vind het tegenovergestelde, met als argumentatie: ‘Als de basis maar goed is’ en ‘Er leiden meerdere wegen naar Rome’. Op de vraag of eenheid invloed heeft op de patiënttevredenheid, heeft bijna 60% van de respondenten geantwoord dat zij denken dat het invloed zal hebben. Enkele redenen die zij hiervoor hebben gegeven zijn: ‘Omdat het discussies geeft als er verschillen zijn’ en ‘Omdat het meer duidelijkheid geeft voor de patiënt’.

Van alle patiënten die verschil in behandelen merken, geeft het merendeel aan dat dit geen invloed heeft op de tevredenheid. Maar, er wordt ook een negatieve invloed door ongeveer een kwart van de patiënten ondervonden. Ook in het resultaat van de behandeling merkt ongeveer de helft van de patiënten geen verschil. Alle andere respondenten, iets minder dan 50%, merken wel degelijk verschil in resultaat. Voor ongeveer 15% van hen betekend dit dat zij hierdoor minder tevreden zijn over de behandeling.

Opmerkelijk is dat bijna 60% van de huidtherapeuten een positief effect van eenheid verwacht op de patiënttevredenheid. Een aantal huidtherapeuten merkt namelijk in de praktijk dat er discussies ontstaan wanneer er verschillen zijn in de uitvoering van MLD. Ongeveer een kwart van de patiënten, welke aangeven een negatieve invloed te ondervinden van de aanwezige verschillen die zij ervaren, verwachten ook positief effect op hun tevredenheid. Daarnaast denkt ongeveer 40% van de huidtherapeuten dat eenheid in de uitvoering van MLD een positief effect zal hebben op het resultaat van de behandeling, tegenover 15% van de patiëntenpopulatie. Huidtherapeuten hebben klaarblijkelijk meer behoefte aan eenheid en een positievere houding tegenover eenheid dan patiënten. Het creëren van eenheid onder huidtherapeuten kan om deze reden zeker gezien worden als een verbetering.

Bij het streven naar verbetering kunnen (dynamische) richtlijnen de oplossing bieden. Uit de enquêtes onder huidtherapeuten is gebleken dat eenheid vooral verkregen kan worden door nascholing met betrekking tot MLD waarin wetenschappelijk bewijs de boventoon voert. Daarnaast is er aangegeven dat een protocollaire basis op de opleiding Huidtherapie een hulpmiddel kan vormen in het creëren van eenheid in de uitvoering van MLD.

De opgestelde richtlijn, welke onderbouwd is met wetenschappelijke literatuur, kan tevens dienen als bewijsvoering bij nascholingscursussen en scholing en de ontwikkeling van protocollen.

Van richtlijnen mag afgeweken worden indien de situatie daarom vraagt. Dit is ook een vereiste, aangezien ‘de protocollaire patiënt’ niet bestaat. Om deze redenen zullen (dynamische) richtlijnen niet alleen eenheid in de beroepsgroep creëren, maar zijn ze ook toepasbaar in iedere huidtherapeutische praktijk.

1. **Discussie**

In dit hoofdstuk worden de discussiepunten horend bij dit onderzoek kort uiteengezet.

Het aantal patiënten dat geënquêteerd zou worden, was van te voren geschat op 50. Dit waren gemiddeld 10 respondenten per praktijk. Er is voor dit kleine aantal respondenten gekozen omdat van te voren in overleg was besloten dat meer dan 10 patiënten per dag enquêteren niet realistisch zou zijn. Gezien de korte tijd waarin het onderzoek gedaan moest worden, was maximaal één dag per praktijk als haalbaar gesteld. Doordat uiteindelijk 45 patiënten de enquête hebben ingevuld, wat een relatief klein aantal is, kan dit de betrouwbaarheid van de resultaten negatief beïnvloed hebben. Er kan dus in twijfel getrokken worden of de resultaten van de respondenten representatief zijn voor de gehele patiëntenpopulatie die door middel van MLD en door meerdere huidtherapeuten worden behandeld aan lymfoedeem.

Hetzelfde geld voor de ondervraagde huidtherapeuten. Dit waren in totaal 14 huidtherapeuten die werkzaam zijn in vijf praktijken in verschillende regio’s in Nederland en hebben bijna allemaal de opleiding aan De Hogeschool Utrecht afgerond. Wanneer er huidtherapeuten uit andere regio’s of andere huidtherapeutische praktijken waren benaderd en/of het aantal respondenten groter was geweest, hadden de resultaten er wellicht anders uitgezien. Daarnaast kan het resultaat er wellicht ook anders uit hebben gezien wanneer het merendeel van de ondervraagde huidtherapeuten opgeleid waren in Eindhoven of Den Haag.

Voor aanvang van het afnemen van de enquêtes is er een kleine steekproef gehouden onder familieleden. Deze hebben geen lymfoedeem en beschikken over weinig kennis over het onderwerp. Het taalgebruik van de enquêtes was volgens hen op goed niveau, maar het invullen lukte niet goed aangezien zij niet behandeld worden met MLD. Wanneer de steekproef op patiënten gehouden was, was er wellicht eerder naar voren gekomen dat het taalgebruik wat lastig was en er een aantal vragen misten.

De enquêtes zijn op verschillende manieren afgenomen, zowel persoonlijk als samen met de huidtherapeut als individueel. Wanneer een enquête persoonlijk of samen met de huidtherapeut afgenomen word, kunnen er vragen worden gesteld aan de onderzoeker en/of huidtherapeut en kunnen er eventueel extra voorbeelden bij de situatie gegeven worden. Het invullen van de enquête neemt hierdoor vaak meer tijd in beslag en er is biedt de patiënt de ruimte om langer over het antwoord na te denken. Hierdoor bestaat er de mogelijkheid dat de patiënt een ander antwoord geeft dan wanneer deze de enquête individueel invult.

De uitvoeringen van de enquêtes, interviews en analyses berusten op één onderzoeker. Er is bij de interviews geen observator aanwezig geweest. Hierdoor kan de betrouwbaarheid en de validiteit van het onderzoek negatief beïnvloed zijn.

De laatste vraag van de patiënten enquête komt niet terug in de resultaten van het veldonderzoek. Hier is bewust voor gekozen omdat deze vraag door 20% van de patiënten is beantwoord met geen mening. Daarnaast was deze vraag waarschijnlijk niet goed geformuleerd, omdat er door veel patiënten een tegenstrijdig antwoord is gegeven. Zij hebben bijvoorbeeld geantwoord dat ze een positieve invloed van eenheid verwachten op het resultaat en de patiënttevredenheid, terwijl ze eerder in de enquête geantwoord hebben dat verschillen in de uitvoer geen invloed hebben op het resultaat of de patiënttevredenheid of soms zelf een positieve invloed hebben op deze twee factoren. Deze twee antwoorden gaan niet samen en kunnen daardoor als ongeldig worden beschouwd.

Bij de enquêtes onder patiënten wordt er naar patiënttevredenheid gevraagd. Deze is term moet echter genuanceerd worden opgevat. Naar mate een patiënt meer door zijn aandoening in beslag wordt genomen en zijn afhankelijkheid en onzekerheid toenemen, kan er niet worden verwacht dat de tevredenheid die hij of zij aangeeft ook daadwerkelijk in verband staat met de verleende dienst. (Walburg, 1997)

1. **Aanbevelingen**

Het is aan te bevelen om het onderzoek nogmaals te verrichten onder een groter aantal respondenten en onder respondenten verdeeld over heel Nederland. Dit zal de betrouwbaarheid van de resultaten vergroten. Daarnaast kan ervoor gekozen worden om de enquête vragen uit te breiden. Hierdoor kan er bijvoorbeeld ook onderzocht worden welke cursussen er in het verleden gevolgd zijn door huidtherapeuten met betrekking tot MLD, zodat er gekeken kan worden welke rol het volgen van deze cursussen speelt bij eenheid.

Wanneer er meer tijd en middelen beschikbaar zijn kunnen de patiënten geïnterviewd worden in plaats van geënquêteerd. Hierdoor kan er dieper doorgevraagd worden naar ervaringen en meningen.

Ook kan het onderzoek uitgebreid worden door gebruik te maken van apparatuur. Door het inzetten van speciale drukmeters kan de daadwerkelijke druk die er op de huid gegeven wordt gemeten worden. Door niet alleen te vragen naar meningen, maar ook te kijken naar feitelijke gegevens, zal het wetenschappelijke karakter van het onderzoek velen malen groter worden.

1. **Literatuurlijst**

**Boeken en artikelen**

Berkel, D.M. van, Heuvel, S.P, van den, Buining, E.M., Ravensverg, C.D. van, Stienstra, P.B.M., Rienstra, C.W., Kielstra-Oppenhuizen, N.A. en Hoof, M.D. van (2011) Evidence Based Statement Huidtherapie. De effectiviteit van huidtherapeutische interventies bij secundair lymfoedeem in de arm na een mammacarcinoom, p. 9. Amersfoort: Nederlands Paramedisch Instituut.

CBO (2002) Richtlijn Lymfoedeem, p. 13 en 14. Alphen aan de Rijn: Van Zuiden.

Földi, M., Földi, E., Strössenreuther, R.H.K., Seffers, A., Klose, G., Norton, S. en Hartogh-Seffers, A. (2006) Foldi’s Textbook of lymphology, for Physicians and Lymphedema Therapists. Practical Instructions for Therapists – Manual Lymph Drainage According to Dr. E. Vodder, p. 526 en 527. San Francisco: Mosby Elsevier, Urban & Fischer.

Hart, H. ‘t, Boeije, H. en Hox, J.(2005) Onderzoeksmethoden. Amsterdam: Boom Onderwijs.

Lymphoedema Framework (2006) ‘International consensus, best practice for the management of lymphoedema’, p. 29 en 30. Londen: Medical Education Partnership.

NVZ (2011) Een kwestie van samenspel. Verpleegkundigen opleiding voor het algemene ziekenhuis, p. 9. Utrecht: Wilco.

Prisma (2003) Prima woordenboek Nederlands, p. 133. Utrecht: Spectrum Lexicografie.

Reinsma, R. (2010) Synoniemen, woorden met verwante betekenis. Utrecht: Prisma Spectrum Lexicon.

Swinkels, J.A., Burgers, J.S., Assendelft, W.J.J., Everdingen, J.J.E. van, Barneveld, T.A. van en Klundert, J.L.M. van de (2004) Evidence Based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk, p. 3- 6. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Vos, D. de, Eland, A., Harteloh, P. en Berg, M. (2004) Dynamische richtlijnen, in: Medisch contact, nr. 01-02

Verdonk, H.P.M. (2000) Oedeem en oedeemtherapie, p. 117-124 en 149-151. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Verhoeven, N. (2007) Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs, p. 25- 40 , 46- 60, 70-79, 102-105, 118-130, 146- 159, 164- 171, 195- 200, 250- 260, 275- 306. Amsterdam, Boom Onderwijs.

Walburg, J.A. (1997) Integrale kwaliteit in de gezondheidszorg, van inspecteren naar leren, p. 52. Deventer: Kluwer.

**Websites**

1. Kwaliteitsregister Paramedici (2010) ‘Kwaliteitscriteria 2010-2015’, p. 7,8. Verkregen op 2 mei 2013, via <http://www.kwaliteitsregisterparamedici.nl/PDF/Kwaliteitscriteria%202010-2015%20juni%202010%20pdf.pdf>

2. Lymphforum (z.d.) Lebenslauf. Verkregen op 2 mei 2013, via http://www.lymphforum.de/

3. Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (2009) ‘Beroepscode huidtherapeuten’, p. 3 en 9. Verkregen op 2 mei 2013, via <http://www.kwaliteitsregisterparamedici.nl/PDF/nvh_beroepscode%2007%20maart%202009.pdf>

4. Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (2013) Opfriscursus Oedeemtherapie 25/26 mei te Bad Berleburg. Verkregen op 10 maart 2013, via http://www.huidtherapie.nl/groups/algemene-hoofdgroep-nvh-bibliotheek/calendar/event/36/

5. Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (z.d.) Opleidingen. Verkregen op 2 mei 2013, via <http://www.huidtherapie.nl/opleidingen/>

6. Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (z.d.) Lid worden. Verkregen op 2 mei 2013, via http://dev.huidtherapie.nl/lid-worden/

7. Nefarma (z.d.) Richtlijnen. Hoe werken richtlijnen voor ... Verkregen op 2 mei 2013, via http://www.nefarma.nl/website/visiedocumenten/visiedocument/richtlijnen

8. Nivel (2009) ‘Op de huid, inventarisatie zorgvraag en marktgebied huidtherapie’, p. 8. Utrecht. Verkregen op 5 april 2013, via http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-Inventarisatie-zorgvraag-huidtherapie.pdf

9. Stroet, K.C.W. (2008) Manuele lymfdrainage. Evidence based?, p. 8. Verkregen op 5 april 2013, via http://hbo-kennisbank.uvt.nl/cgi/hu/show.cgi?fid=20000

10. Verdonk, H.P.M., Graeff, A. de, Krol, R.J.A. (2009). ‘Revisie Richtlijn Lymfoedeem’, versie 3, p. 13, 14. Verkregen op 24 februari 2013, via [http://www.oncoline.nl/uploaded/docs/Lymfoedeem/RichtlijnLymfoedeem2009\_1123%20(commentaarfase).pdf](http://www.oncoline.nl/uploaded/docs/Lymfoedeem/RichtlijnLymfoedeem2009_1123%20%28commentaarfase%29.pdf)

11 . Vugts, C.J., Hingstman, L., Velden, L.F.J. van der (2005). ‘Arbeidsmarkt monitor huidtherapeuten’, p. 66, Nivel, Utrecht. Verkregen op 5 maart 2013, via <http://www.nivel.nl/sites/all/modules/wwwopac/adlib/publicationDetails.php?database=ChoicePublicat&priref=1001250>

1. Quote van M.F.R. Vondenhoff, hogeschoolhoofddocent aan De Haagse Hogeschool, tijdens een bijeenkomst van de academiebrede werkgroep Onderzoekslijnen, november 2012. [↑](#footnote-ref-1)