

NA- EN BIJSCHOLING VAN FYSIOTHERAPEUTEN IN DE EERSTE LIJN

Een onderzoek naar het aanbod van zorg

**A. van den Brink-Muinen
J. Dekker
December 1991**

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Brink-Muinen. A. van den

Na- en bijscholing van fysiotherapeuten in de eerste lijn : een onderzoek naar het aanbod van zorg / A. van den Brink-Muinen, J. Dekker. - Utrecht : Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)

ISBN 90-6905-168-0

Trefw.: nascholing ; fysiotherapeuten.

VOORWOORD

Het beroep fysiotherapie en zijn beroepsbeoefenaren zijn de laatste jaren veelvuldig onderwerp van onderzoek geweest. Ook het voorliggende rapport heeft betrekking op deze belangrijke en omvangrijke paramedische beroepsgroep. Centraal in dit onderzoek staat de na- en bijscholing die fysiotherapeuten volgen. De aanleiding om juist dit aspect te belichten is enerzijds de grote mate waarin fysiotherapeuten na- en bijscholingscursussen volgen en anderzijds de onduidelijke situatie op de na- en bijscholingsmarkt. Via het inventariseren van de na- en bijscholing en het verklaren van verschillen in na- en bijscholing tussen fysiotherapeuten en tussen praktijken wil het onderzoek een bijdrage leveren aan het beleid dat door de overheid en de beroepsgroep wordt gevoerd ten aanzien van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en in het bijzonder de rol van na- en bijscholing daarbij.

Het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) heeft het onderzoek gesubsidieerd en ter ondersteuning de begeleidingscommissie 'Aanbod van zorg door fysiotherapeuten in de eerste lijn' ingesteld, waarin zitting hadden:

Hr. P.H. van Setten, arts (voorzitter);

Hr. F.P.J.M. Beckers, Vereniging van Vrijgevestigde fysiotherapeuten;

Hr. H. Bijlsma, Landelijke Vereniging van fysiotherapeuten in dienstverband (LVFD);

Hr. Drs. C.M.J.A. Goossens, Kontaktorgaan Landelijke Organisatie van Ziektekostenverzekeraars;

Mw. Drs. I. Jansen, Ministerie van WVC;

Hr. Drs. H.J.M. Obbens, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF);

Hr. R. Offers, Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars, later vervangen door de Hr. Mr. G.J. Bloemendal;

Hr. P.M.N. Slangen, Hogeschool Heerlen, Studierichting Fysiotherapie;

Hr. Ir. J.R. Storm, Ministerie van WVC;

Hr. Dr. P.F.M. Verhaak, adjunct-hoofd wetenschappelijk onderzoek NIVEL.

Wij danken de leden van voornoemde commissie voor hun constructieve bijdrage aan de totstandkoming van dit rapport. Een woord van dank geldt zeker ook voor Mw. R. Wiegers (veldwerker en onderzoeksassistente), Mw. J. de Pater (veldwerker) en - als laatsten maar zeker niet de minsten - voor alle fysiotherapeuten die de schriftelijke enquête hebben ingestuurd en/of aan het mondelinge interview hebben meegewerkt. Zonder hun kundige en enthousiaste bijdrage was dit onderzoek niet mogelijk geweest.

INHOUD

pag.

SAMENVATTING	1
1. INLEIDING	5
1.1. Achtergrond van het onderzoek	5
1.2. Doelstelling	6
1.3. Opzet van het rapport	7
2. THEORIE EN VRAAGSTELLINGEN	9
2.1. Theoretische achtergrond	9
2.2. Professionalisering van de fysiotherapie	10
2.3. De rol van na- en bijscholing in het professionaliseringsproces	13
2.4. Vraagstellingen	16
3. ONDERZOEKSOPZET EN METHODEN	23
3.1. Opzet van het onderzoek	23
3.2. De steekproeftrekking	24
3.3. Verloop van het onderzoek	25
3.4. Enquête en interview	28
3.5. Non-respons analyse	29
4. INVENTARISATIE VAN NA- EN BIJSCHOLING	33
4.1. Aantal cursussen	33
4.2. Aard en omvang van de na- en bijscholing	35
4.2.1. Soorten cursussen	35
4.2.2. Lengte van de cursussen	42
4.2.3. Thuisstudie voor cursussen	43
4.2.4. Stage	44
4.2.5. Studiebelasting	45
4.2.6. Theoretisch en praktisch deel van de cursussen	47
4.2.7. Wanneer zijn de cursussen gevolgd?	49
4.2.8. Instituten	51
4.2.9. Doorsturen van patiënten	53
4.3. Bekendheid geven aan specifieke deskundigheden	53
4.4. Samenvatting	55

Vervolg inhoud	pag.
5. VERKLARING VAN VERSCHILLEN TUSSEN FYSIO-THERAPEUTEN EN TUSSEN PRAKTIJKEN	57
5.1. Economische factoren	57
5.2. Kwalitatieve factoren	68
5.3. Overige factoren	85
5.4. Redenen voor het volgen van na- en bijscholing	101
5.5. Verschillen tussen praktijken	105
5.6. Multivariate analyse	114
5.7. Samenvatting	119
6. TOEPASSING VAN SPECIFIEKE DESKUNDIGHEDEN	123
6.1. Profielschets van de fysiotherapeuten	123
6.2. Profielschets van de patiënten	124
6.3. Verwijzers en verwijsindicaties	125
6.4. Fysiotherapeutische werkdiagnose	127
6.5. Behandeldoelen	129
6.6. Toepassen van specifieke deskundigheden tijdens de zitting	129
6.7. Verband tussen behandeldoel en het toepassen van specifieke deskundigheden	133
6.8. Verband tussen verwijzing vanwege specifieke deskundigheden en het toepassen ervan	136
6.9. Samenvatting	137
7. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	139
LITERATUUR	147
BIJLAGE 1: Enquête en interview	
BIJLAGE 2: Indeling na- en bijscholingscursussen	
BIJLAGE 3: Tabellen	

SAMENVATTING

De laatste jaren verwerven steeds meer fysiotherapeuten via na- en bijscholing zogenoemde specifieke deskundigheden. Dit verschijnsel past in het professionaliseringsproces van de fysiotherapie en speelt vanuit het oogpunt van kwaliteitsbevordering een belangrijke rol in dit proces. Zowel voor de overheid als voor de beroepsgroep is na- en bijscholing een belangrijk aandachtspunt. Het doel van het onderzoek is een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling en onderbouwing van het beleid ten aanzien van na- en bijscholing, door het zorgaanbod te inventariseren en door te zoeken naar verklaringen van verschillen in na- en bijscholing tussen fysiotherapeuten.

De markttheoretische benadering van professionalisering (Lulofs 1981) is gebruikt als theoretisch kader. Met behulp van de centrale begrippen uit deze theorie, marktafbakening en marktbeheersing, is de professionalisering van de fysiotherapie en in het bijzonder het verschijnsel na- en bijscholing beschreven. Er zijn twee vraagstellingen geformuleerd om de omvang en de achtergronden van na- en bijscholing te onderzoeken. Deze vraagstellingen hebben onder meer betrekking op economische en kwalitatieve factoren die mogelijk een rol spelen bij het volgen van na- en bijscholing.

De gegevens zijn verkregen via een schriftelijke enquête die aan 2000 fysiotherapeuten, werkzaam in de eerstelijnsgezondheidszorg, is gestuurd (respons 66,2%). Hiertoe is een steekproef getrokken uit het registratiebestand van fysiotherapeuten dat op het NIVEL aanwezig is. Tevens zijn 100 fysiotherapeuten mondeling geïnterviewd om na te gaan in hoeverre specifieke deskundigheden worden toegepast in de praktijk.

Bijna alle fysiotherapeuten blijken na hun opleiding een of meer na- en bijscholingscursussen te volgen. Meestal ronden ze deze cursussen ook af. De verscheidenheid aan cursussen is groot, de studieduur en studiebelasting is wisselend en er zijn vele opleidingsinstituten die de cursussen verzorgen. De drie meest gevolgde cursussen zijn manuele therapie, Cyriax en sportfysiotherapie. Fysiotherapeuten volgen de cursussen vooral in het begin van hun loopbaan.

Er is nagegaan hoe de verschillen tussen fysiotherapeuten in het volgen van na- en bijscholing kunnen worden verklaard. Een kleine groep fysiotherapeuten blijkt (bijna) niets aan na- en bijscholing te doen. Zij vertonen bovendien een geringe mate van professionele betrokkenheid: ze zijn meestal geen lid van een beroepsvereniging, lezen weinig tot geen vakliteratuur en bezoeken zelden een congres. Het gevolg is dat deze fysiotherapeuten moeilijk te bereiken zijn.

Verder is gevonden dat een hogere vooropleiding, vaker overleggen met artsen en meer stimulans van met name collega's samen gaat met het meer volgen van na- en bijscholing. Fysiotherapeuten die meer werken en die meer collega's hebben in de vestigingsplaats van de praktijk volgen ook meer cursussen. Daarnaast volgen fysiotherapeuten die een eigen praktijk hebben of maatschapslid zijn en een meer specialistische werkwijze hebben vaker na- en bijscholingscursussen. Vrouwelijke fysiotherapeuten volgen meer cursussen, maar hun mannelijke collega's nemen in totaal meer studiebelasting op zich. Ten slotte blijkt dat in grotere praktijken meer verschillende specifieke deskundigheden worden aangeboden.

Voor de individuele fysiotherapeut blijken vooral overwegingen van kwalitatieve aard belangrijk te zijn om na- en bijscholing te volgen, met name de verbetering van de kwaliteit van werken. Economische factoren, zoals verbetering van de maatschappelijke positie, spelen geen rol bij de beslissing na- en bijscholing te volgen. Vanuit macro-economisch standpunt gezien spelen economische factoren vermoedelijk wel een rol, maar in de beleving van de individuele fysiotherapeut is dit kennelijk niet het geval.

Er is nagegaan in hoeverre de via na- en bijscholing verworven specifieke deskundigheden in de praktijk toegepast worden. Ze blijken minder vaak in de fysiotherapeutische praktijk toegepast te worden dan verwacht was. Omdat deze kennis vaak verweven is met andere kennis en geïntegreerd is in andere behandelingsmethoden, is de mate van toepassing voor fysiotherapeuten echter moeilijk aan te geven. De toepassing is daarom wellicht groter dan in dit onderzoek naar voren is gekomen.

Op grond van de resultaten wordt een aantal beleidsaanbevelingen gedaan ten aanzien van na- en bijscholing.

Gezien de grote verschillen in studiebelasting en gezien het feit dat onder dezelfde noemer vaak verschillende kennis wordt verworven, die - daarmee samenhangend - waarschijnlijk van een verschillend kwaliteitsgehalte is, lijkt het duidelijk dat enige standaardisering van de na- en bijscholingsmarkt nodig is. Dit geldt zowel voor de inhoud van de cursussen als voor de opleidingsinstituten die de na- en bijscholing aanbieden. Het is daarbij wel van veel belang te zorgen voor een goede spreiding over het land van de instituten en de plaatsen waar na- en bijscholing plaatsvindt.

Omdat de motivatie tot het volgen van cursussen ruimschoots aanwezig blijkt te zijn, zou het wellicht mogelijk zijn om via beïnvloeding van de kwaliteit van het aanbod van na- en bijscholing de kwaliteit van de fysiotherapeutische zorgverlening te verhogen.

Het aanbod van specifieke deskundigheden in praktijken blijkt groter te zijn naarmate de praktijkgrootte (het aantal werkzame fysiotherapeuten per praktijk) toeneemt. Ten behoeve van een evenwichtig aanbod van zorg zou daarom wellicht overwogen kunnen worden dat kleinere praktijken voor het aanbieden van specifieke deskundigheden gaan samenwerken.

Er blijkt een, zij het kleine, groep fysiotherapeuten te zijn die relatief weinig na- en bijscholing volgt en die ook op andere terreinen weinig activiteiten ontplooit. Vanuit het Genootschap kunnen deze fysiotherapeuten niet bereikt worden omdat ze geen lid zijn van de beroepsvereniging. Ook kunnen ze vaak niet via vakbladen of congressen worden bereikt. Om ze toch aan te zetten tot het volgen van na- en bijscholing zal naar andere oplossingen gezocht moeten worden.

Fysiotherapeuten blijken vooral in het begin van hun loopbaan na- en bijscholing te volgen. Indien het volgen van cursussen als het ware wordt gepresenteerd als een logische voortzetting van de opleiding zal de na- en bijscholing beter te sturen zijn. Bovendien kunnen op deze manier misschien ook de hierboven genoemde fysiotherapeuten, die wat moeilijker te bereiken zijn, ertoe bewogen worden meer aan na- en bijscholing te doen. Aan de andere kant is het belangrijk dat fysiotherapeuten niet alleen in het begin, maar gedurende hun gehele loopbaan na- en bijscholing volgen. Voor de handhaving van een kwalitatief goede zorgverlening is het noodzakelijk dat fysiotherapeuten bij blijven op hun vakgebied en nieuwe ontwikkelingen aanleren. Er zouden daarom beleidsmaatregelen moeten worden vastgesteld om deze zo belangrijke permanente educatie te stimuleren.

Uit de wensen die fysiotherapeuten hebben geuit ten aanzien van na- en bijscholing komt naar voren dat aan een aantal onderwerpen meer aandacht besteed zou moeten worden. Ze missen met name het aanleren van sociale vaardigheden en het leren omgaan met patiënten die psychosociale problemen hebben. Er zou wellicht extra aandacht besteed kunnen worden aan deze vaardigheden in de opleiding of er zouden meer cursussen op deze terreinen kunnen worden aangeboden dan tot nu toe gebeurt.

Ten slotte blijkt dat het volgen van na- en bijscholingscursussen niet automatisch vertaald wordt in het toepassen van de verworven kennis in de fysiotherapeutische praktijk. Er zou daarom wellicht meer aandacht besteed moeten worden aan de implementatie van het geleerde in de praktijk. Dit zou eventueel een vast onderdeel kunnen zijn in de na- en bijscholingscursussen.

1. INLEIDING

In paragraaf 1 van dit hoofdstuk wordt de achtergrond van het onderzoek geschetst, daarna wordt ingegaan op de doelstelling van het onderzoek en de toepassing van de resultaten die het onderzoek oplevert. Ten slotte wordt in de laatste paragraaf de opbouw van het rapport gegeven.

1.1. Achtergrond van het onderzoek

Binnen de fysiotherapie is de laatste jaren voortdurend een proces van verbreding en verdieping van het beroepsterrein gaande. Na hun opleiding verwerven steeds meer fysiotherapeuten nieuwe kennis ten aanzien van behandelmethoden en aandoeningen en vullen bestaande kennis aan via naschioling (NGF, 1985). De specifieke deskundigheden die zij via cursussen (opleidingen) verwerven, omvatten zowel het terrein van de fysiotherapie zelf als ook gebieden waarvoor de grenzen van het beroepsterrein worden overschreden. Eerder werden deze deskundigheden wel aangeduid met de termen 'bijzondere deskundigheden' en 'perifere deskundigheden' (Kerssens, 1989). De discussie over de vraag welke zorgactiviteiten van fysiotherapeuten onder 'bijzondere deskundigheden' vallen, speelt al sinds de tachtiger jaren (o.a. Tournier 1983, NGF 1985, Wagener 1985). Het (Koninklijk) Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) omschreef in een Nota (1985) het begrip 'bijzondere deskundigheden' als: "een speciale, genormeerde herkenbare en overdraagbare bekwaamheid, c.q. benaderingswijze vanuit en binnen de fysiotherapie ontwikkeld ten behoeve van patiënten/cliëntencategorieën die worden gekenmerkt door medische en/of maatschappelijke indicaties". Tot nu toe zijn er binnen het KNGF vier verbijzonderingen erkend, te weten: manuele therapie, fysiotherapie in de sportgezondheidszorg, fysiotherapie in de pré- en postnatale gezondheidszorg en fysiotherapie in verpleeghuizen. Naast deze vier verbijzonderingen verwerven fysiotherapeuten vele andere deskundigheden die weliswaar niet officieel erkend zijn als verbijzondering, maar die wel tot de bovengenoemde groep deskundigheden gerekend worden.

Fysiotherapeuten verwerven daarnaast specifieke bekwaamheden die niet vanuit de fysiotherapie zijn ontwikkeld en die wel 'perifere deskundigheden' worden genoemd, zoals acupunctuur en haptonomie. Dit hangt samen met de toenemende belangstelling van zowel fysiotherapeuten als hun cliënten voor de alternatieve geneeswijzen en behandelingen.

In dit onderzoek wordt de voornoemde discussie niet aangegaan en wordt het algemene begrip 'specifieke deskundigheden' gehanteerd. Dit begrip omvat alle - voor de fysiotherapie relevante - kennis die wordt opgedaan via na- en bijscholing. Dit betekent ook therapeutische zorg die niet tot het fysiotherapeutische beroepsterrein wordt gerekend, zoals acupunctuur en haptonomie. Eerder onderzoek liet zien dat ook deze soort zorg regelmatig wordt aangeboden (Kerssens 1989).

Het verwerven van specifieke deskundigheden past in het professionaliseringsproces van de fysiotherapie en is voor zowel de beroepsgroep als de overheid een belangrijk aandachtspunt. Kwaliteitsbewaking en -bevordering van de fysiotherapeutische zorgverlening is een van de hoofddoelstellingen van het beleid van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) in de komende jaren (Den Hartog 1991). In het kwaliteitsbeleid wordt aan na- en bijscholing een grote rol toegekend. Via onder andere een discussienota heeft het KNGF getoond dat regulering en eventuele verplichtstelling van na- en bijscholing eveneens een belangrijk beleidspunt voor haar is (KNGF 1990).

De overheid benadrukte bij monde van staatssecretaris Dees in de notitie 'De ontwikkeling van de fysiotherapeutische hulpverlening' de belangrijke rol die is weggelegd voor de eerstelijnsfysiotherapie in verband met het volumebeheersingsbeleid en de groei van het aantal verwijzingen (Dees, 1989). Inzicht in het verschijnsel na- en bijscholing is voor het overheidsbeleid ten aanzien van de ontwikkeling van de fysiotherapie onontbeerlijk, omdat na- en bijscholing een essentieel onderdeel is van het kwaliteitsbeleid (Koekenbier 1991).

1.2. Doelstelling

Het onderhavige onderzoek brengt het zorgaanbod van specifieke deskundigheden binnen de eerstelijnsfysiotherapie op landelijke schaal in beeld. Het richt zich op fysiotherapeuten die werkzaam zijn in de eerstelijnsgezondheidszorg. Bovendien geeft het inzicht in de achtergronden van het verwerven van specifieke deskundigheden. Op deze wijze kan een bijdrage worden geleverd aan de ontwikkeling en onderbouwing van het beleid ten aanzien van na- en bijscholing, zowel van de overheid als van de beroepsgroep.

De overheid erkent slechts één ongedeelde opleiding van het beroep van fysiotherapeut (vergelijk het Fysiotherapeutenbesluit 1977). Na deze opleiding verwerven vele fysiotherapeuten via na- en bijscholingscursussen zogenoemde specifieke deskundigheden. Inzicht in de variatie van deze deskundigheden is een vereiste voor onder andere de omschrijving van

vaardigheden van fysiotherapeuten in het kader van de Wet op de individuele beroepen in de gezondheidszorg (Wet BIG).

Voor de beroepsgroep is het onderzoek vanuit beleidsoogpunt van belang om de vraag te kunnen beantwoorden in hoeverre verdieping van bepaalde aspecten van het beroepsterrein heeft geleid tot specifieke deskundigheden en of dit moet leiden tot een nadere normering van bepaalde specifieke deskundigheden. En indien eventueel zou worden overgegaan tot verplichtstelling van na- en bijscholing (zie Nota KNGF 1990) is inzicht hierin een vereiste.

Aangetekend moet worden dat op basis van dit onderzoek geen normatieve uitspraken zijn te verwachten over het kwaliteitsgehalte van de cursussen en over de vraag welke deskundigheden het predicaat 'verbijzondering' zouden moeten krijgen (zoals bij vier deskundigheden tot nu toe is gebeurd).

Behalve ter ondersteuning van beleid kunnen de uitkomsten van het onderzoek als basis dienen voor nader onderzoek naar het fysiotherapeutisch handelen. Immers, indien men effectonderzoek wil doen naar bepaalde behandelmethoden waarvoor specifieke deskundigheden zijn vereist dan is inzicht in de omvang van het gebruik van een deskundigheid noodzakelijk. Niet alleen als referentiekader maar vooral als handvat bij het bepalen van de omvang van steekproeven voor dergelijke onderzoeken.

De uitkomsten van het onderzoek kunnen voorts van belang zijn voor de opleiding van fysiotherapeuten. Wanneer bepaalde specifieke deskundigheden die via na- en bijscholing worden verkregen vaak worden gebruikt, zou dit een reden kunnen zijn om deze reeds in de (basis)opleiding in te passen. Ook voor de structurering, ontwikkeling en planning van na- en bijscholingscursussen kunnen de resultaten worden aangewend.

Voor de fysiotherapeuten ten slotte is de na- en bijscholingsmarkt erg onoverzichtelijk geworden, omdat daar vele kooplieden (instituten die na- en bijscholing verzorgen) aanwezig zijn met ieder hun eigen prijs, kwaliteit, doelgroep en vormgeving. Dit onderzoek kan meehelpen de markt weer overzichtelijk te maken.

1.3. Opzet van het rapport

In hoofdstuk 2 wordt nader ingegaan op de theoretische achtergrond van het onderzoek. Professionalisering in het algemeen en van de fysiotherapie in het bijzonder komen hier ter sprake, evenals de rol van na- en bijscholing in dit proces. Er worden vraagstellingen geformuleerd ter verklaring van verschillen tussen fysiotherapeuten en tussen praktijken.

De opzet van het onderzoek en de gebruikte methoden worden in hoofdstuk 3 behandeld, evenals de non-responsanalyse. De inventarisatie van na-

en bijscholing is onderwerp van hoofdstuk 4, terwijl in hoofdstuk 5 de vraagstellingen worden beantwoord. Het daadwerkelijk toepassen van specifieke deskundigheden komt in een apart hoofdstuk (6) aan bod. In het slothoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek besproken in het licht van het te voeren beleid ten aanzien van na- en bijscholing.

2. THEORIE EN VRAAGSTELLINGEN

In dit hoofdstuk wordt de theoretische achtergrond van het onderzoek geschetst, gezien in het licht van het begrip professionalisering (2.1). De geschiedenis van het beroep fysiotherapie wordt verhaald vanuit het perspectief van de professionalisering (2.2) en er wordt ingegaan op de rol van na- en bijscholing hierin (2.3). Vervolgens worden vraagstellingen opgesteld ter verklaring van verschillen in het volgen van na- en bijscholing en verwachtingen hierover uitgesproken (2.4).

2.1. Theoretische achtergrond

Na- en bijscholing is een niet meer weg te denken verschijnsel in de huidige fysiotherapie, zoals in het vorige hoofdstuk al is aangevoerd. De na- en bijscholing maakt onderdeel uit van het professionaliseringsproces van het beroep fysiotherapie. We zullen dit proces bezien vanuit de markttheoretische benadering van professionalisering, welke theorie door Lulofs (1981) is ontwikkeld en waarbij zowel individuele als collectieve belangen een rol spelen.

Bij een professionaliseringsproces is volgens het marktprincipe sprake van vraag en aanbod. De individuele beroepsbeoefenaar vraagt naar voorzieningen, zoals informatie-uitwisseling, studiemogelijkheden en erkenning van persoonlijke deskundigheid. Deze zogenoemde private voorzieningen die voorwaarden zijn voor de individuele beroepsuitoefening, kunnen worden verkregen via het lidmaatschap van een beroepsvereniging. Door (nationale) beroepsverenigingen worden - naast de individuele voorzieningen - ook collectieve goederen verschaft, dus voor de gehele groep van beroepsbeoefenaren, die onontbeerlijk zijn voor het professionaliseringsproces van het beroep. Een beroepsvereniging zorgt bijvoorbeeld voor de collectieve rechten op de beroepsuitoefening voor haar leden. Deze rechten worden toegekend door de overheid en toegepast door die beroepsvereniging.

In het kader van het professionaliseringsproces zijn volgens Lulofs de beleidsvraagstukken waarmee een beroepsorganisatie te maken heeft: vraagstukken van marktafbakening en marktbeheersing.

Marktafbakening (een voorwaarde voor marktbeheersing) kan plaatsvinden door overheidsmaatregelen, zoals afbakening van competentiegebieden, toelating tot een beroep, onder andere via het instellen van een register van gekwalificeerde beroepsbeoefenaren, en het invoeren van een be-

schermde beroepstitel. Beroepsorganisaties kunnen bijdragen aan de afbakening van de beroepsmarkt door het oprichten van kwalificerende beroepsverenigingen die tegenover de vaak ondeskundige cliënt een garantie geven van professionele bekwaamheid. De concurrentie ten opzichte van ongekwalificeerde beroepsbeoefenaren neemt daardoor af: er wordt nu geconcurrereerd tussen en binnen beroepsverenigingen. De binnen een beroepsvereniging georganiseerde professionals streven naar produktdifferentiatie door het ontwikkelen van een specifiek kwaliteitsniveau. Op deze manier wordt voor de betreffende dienstverlening een afzonderlijke deelmarkt gecreëerd.

Voor het scheppen van een professionele marktorde, teneinde de marktprocessen te kunnen beheersen, moet aan twee voorwaarden worden voldaan. Ten eerste moet de toegang tot de beroepsmarkt worden afgebakend en ten tweede is er een effectieve beheersing nodig van het beroepsgedrag van degenen die zijn toegelaten tot het beroep (Kortenhoeven 1989). Dit kan gebeuren via het vastleggen van de collectieve eigendomsrechten op de beroepsuitoefening, door de overheid of een beroepsorganisatie, en via maatregelen ten aanzien van de concurrentie op de markt. Deze maatregelen kunnen bestaan uit bijvoorbeeld het beperken van marktinformatie en door de vrijheid van de prijsvorming middels respectievelijk verbod van reclame en onderlinge tariefafspraken. Tevens kunnen gedragsregels en intern verenigingstuchtrecht ten aanzien van het beroepsgedrag worden vastgesteld.

Met behulp van de centrale begrippen uit de theorie van Lulofs - marktafbakening en marktbeheersing - beschrijven we de professionalisering van de fysiotherapie en in het bijzonder het ontstaan van het verschijnsel na- en bijscholing.

2.2. Professionalisering van de fysiotherapie

Het professionaliseringsproces van de fysiotherapie wordt weergegeven aan de hand van een korte beschrijving van de geschiedenis van het beroep, die in 1889 begint met de oprichting van het Genootschap ter Beoefening van de Heilgymnastiek. Het Genootschap streefde naar het (verder) ontwikkelen van 'eigen' kennis, een gemeenschappelijke norm en het verkrijgen van een licentie op basis van een erkende opleiding: kenmerken van het streven naar professionaliteit. De heilgymnasten hadden een eigen kennisclaim: de bewegingsleer. Zij hadden echter geen licentie om deze kennis naar eigen inzicht te gaan toepassen op afwijkingen en ze stonden onder het mandaat van de artsen, die de diagnose stelden en de behandeling

aangaven (Overduin 1988). De eerste stap op weg naar officiële erkenning van het beroep vormde de instelling van een Genootschapsexamen in 1895 en het verkrijgen van waarborgen voor dit examen in de vorm van een vertegenwoordiging van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst bij de examens (Kortenhoeven 1983, 1989).

In de lange strijd naar wettelijke erkenning was marktafbakening - de afbakening van het beroepsterrein ten opzichte van het medische beroep - een belangrijke voorwaarde. In 1938 werd er aan artikel 1 van de Wet op de uitoefening der Geneeskunst, inhoudende een verbodsbepaling voor niet-medici om het terrein van de geneeskunde te betreden, een uitzonderingsbepaling toegevoegd: heilgymnastiek en massage op aanwijzing van en in geregeld overleg met een geneeskundige werden niet meer als uitoefening der geneeskunde beschouwd. De heilgymnasten-masseurs waren nu niet meer onwettig bezig en daarom duldbaar voor de artsen, die hun volledige mandaat over geneeskundig handelen behielden en zelfs verfijsden: zij mochten aan heilgymnasten-masseurs toestaan of opdragen bepaalde handelingen verrichten. Door dit 'ei van Columbus' kon een definitieve wettelijke regeling voor paramedische beroepen worden opgesteld (Kortenhoeven 1989). Het beroepsterrein kon op deze wijze worden afgebakend ten opzichte van de medici en tevens ten opzichte van ondeskundige lieden die vooral op het terrein van de massage opereerden en ten opzichte van aanverwante (paramedische) beroepen. In 1942 kwam uiteindelijk de wettelijke erkenning tot stand.

Door het aannemen van de Wet op de Paramedische Beroepen (1963, in 1965 met het Fysiotherapeutenbesluit in werking getreden) werd de uitoefening van de fysiotherapie weer erkend als geneeskundig handelen. De term 'fysiotherapeut' werd wettelijk toegekend en beschermd. In de wet van 1963 werd duidelijk gesteld, dat paramedici onder het mandaat van artsen geneeskundige handelingen verrichten, d.w.z. onder leiding van een arts of op aanwijzing en controle van een arts.

Het Fysiotherapeutenbesluit van 1965 is nog enige malen herzien en werd in 1977 voor het laatst vervangen. Hierin wordt ten aanzien van de formele relatie arts-fysiotherapeut onder andere gesteld dat de fysiotherapeut mag werken 'ingevolge van verwijzing' door een arts, waarbij beide hun eigen verantwoordelijkheden behouden.

Het Besluit Inrichtingseisen Fysiotherapie trad in 1970 in werking. Hierin wordt voorgeschreven welke toestellen, apparatuur en instrumentarium minimaal in een inrichting (praktijk) aanwezig moeten zijn, aangevuld met eisen dienaangaande ten aanzien van specifieke behandelingen.

Het voorstel voor de Wet op de individuele beroepen in de gezondheidszorg (Wet BIG) is nog niet aangenomen. Volgens deze wet zou de fysiotherapie in aanmerking komen voor bescherming van de opleidingstitel, terwijl ook wordt gedacht aan de invoering van tuchtrecht voor fysiotherapeuten.

De wet draagt bij aan de beheersing van de marktprocessen, omdat de collectieve eigendomsrechten op de beroepsuitoefening - een voorwaarde voor de beheersing van de toegang tot de markt - erin worden vastgelegd.

Nadat de marktafbakening had plaatsgevonden via afbakening van competentiegebieden, wettelijke erkenning van de beroepsopleiding, wettelijke bescherming van de titel en de oprichting van een kwalificerende beroepsvereniging, ging men zich na de Tweede Wereldoorlog ook richten op de beheersing van de marktprocessen via de uitbreiding van het verstrekkingenpakket en een adequate honorering. De sociaal-economische ontwikkeling van de beroepsgroep van fysiotherapeuten laat zien dat deze beroepsgroep een hechte economische basis heeft gelegd, waardoor ze in staat was uit te groeien tot een der hoogst gehonoreerde paramedische beroepen (Kortenhoeven 1983, 1989).

Zoals we in de vorige paragraaf zagen, kan de concurrentie tussen fysiotherapeuten onderling worden beheerst door bijvoorbeeld het maken van onderlinge tariefafspraken, wat ook gebeurde. Daarnaast ontwikkelden zich door de onderlinge concurrentie zelfstandige deelmarkten binnen het beroepsterrein voor de - via na- en bijscholing - verworven specifieke deskundigheden. Hierdoor vindt er nu ook binnen het beroepsterrein een marktafbakening plaats, ten opzichte van beroepsgenoten.

De huidige organisatie van de beroepsgroep is als volgt: het Koninklijk Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) is een overkoepelende vereniging waarvan het lidmaatschap voor alle fysiotherapeuten openstaat. Er zijn voorts een aantal belangenverenigingen, waarvan de meest bekende zijn de Vereniging van Vrijgevestigde Fysiotherapeuten (VVF), de Landelijke Vereniging van Fysiotherapeuten in Dienstverband (LVFD) en de Vereniging van Medewerkers Fysiotherapeuten in een Vrijgevestigde praktijk (VMFV). Daarnaast zijn er de zogenoemde lidverenigingen die openstaan voor fysiotherapeuten met een bepaalde specifieke deskundigheid. Voor de vier erkende verbijzonderingen bestaat een dergelijke lidvereniging, zoals de Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie (NVMT) en de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Sportgezondheidszorg (NVFS). Ook voor enige niet als verbijzondering erkende specifieke deskundigheden is een lidvereniging opgericht, bijvoorbeeld de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Kinder- en Jeugdgezondheidszorg (NVFK).

We kunnen concluderen dat het professionaliseringsproces van de beroepsgroep in volle gang is. Marktafbakening en marktbeheersing waren en zijn hierbij belangrijke begrippen, zowel op het economische als op het beroepsinhoudelijke, kwalitatieve vlak.

Er heeft een vrij strikte marktafbakening plaatsgevonden ten opzichte van andere beroepsgroepen (artsen en andere paramedische beroepen) en

binnen de eigen beroepsgroep, die als geheel een professionele marktorde tot stand heeft gebracht ter beheersing van de marktprocessen. Daarbij speelt na- en bijscholing een grote rol. Deze rol in het professionaliseringsproces komt in de volgende paragraaf aan de orde.

2.3. De rol van na- en bijscholing in het professionaliseringsproces

Het verwerven van specifieke deskundigheden via na- en bijscholing is een ontwikkeling die een onderdeel is van de marktafbakening en marktbeheersing door fysiotherapeuten, vooral binnen de eigen beroepsgroep, maar deels ook ten opzichte van aanverwante paramedische beroepen, zoals de ergotherapie, oefentherapie Cesar en Mensendieck en podotherapie. Door het verwerven van specifieke kennis ontwikkelen fysiotherapeuten een apart competentiegebied en een specifieke kennismacht, wat belangrijk is voor het professionaliseringsproces van hun beroep.

Deze huidige ontwikkeling van het verwerven van steeds meer deskundigheden door steeds meer fysiotherapeuten kan in het licht van het professionaliseringsproces tevens gezien worden als een bijdrage aan de kwaliteitsverbetering van de zorgverlening en daarmee aan de verdere professionalisering van de beroepsgroep (Terlouw 1987). Want de blijvende waarde van een eenmaal behaalde bevoegdheid is gering. Zij kan slechts gecontinueerd worden door een voortdurende na- en bijscholing tijdens de beroepsuitoefening, zodat objectief en subjectief bepaalde lacunes kunnen worden opgevuld (Roelink 1984). Woorden van gelijke strekking komen ook uit het buitenland, onder andere van Campbell (1983). Hij geeft aan op welke wijze verschillende aspecten van het professionaliseringsproces de behoefte aan na- en bijscholing opwekken. Het voortdurend ontwikkelen van nieuwe kennis bijvoorbeeld vereist van de fysiotherapeut de kunde om die kennis toe te passen, het aanbod van fysiotherapeuten moet zijn toegesneden op de vraag naar zorg door de maatschappij (de patiënten) en de fysiotherapie moet maatschappelijk geaccepteerd worden als een beroepsgroep of 'professie'. Na- en bijscholing wordt door Campbell gezien als een wezenlijk hulpmiddel bij het professionaliseringsproces.

Een aantal van de specifieke deskundigheden is, zoals reeds in de Inleiding is vermeld, door de KNGF erkend als een zogeheten 'verbijzondering'. Fysiotherapeuten die een dergelijke deskundigheid hebben verworven kunnen lid worden van een lidvereniging, die eigen toelatingseisen stelt in de vorm van een door de vereniging erkende opleiding en soms ook een verplichting kent tot na- en bijscholing.

Door deze produktdifferentiatie (verwerven van specifieke deskundigheden) kunnen de fysiotherapeuten van zo'n afzonderlijke deelmarkt eigen eisen stellen ten aanzien van onder andere tariefafspraken en toegang tot de markt en zodoende de marktprocessen beheersen.

De differentiatie binnen de fysiotherapie wordt niet door iedereen toegejuicht, omdat deze tevens segmentatie van de beroepsgroep inhoudt: een ontwikkeling die - naar sommigen vrezen - het professionaliseringsproces van de beroepsgroep als geheel niet ten goede zou komen. Onder andere Tournier (1983) wijst op het gevaar van fragmentatie van de fysiotherapie door het toenemen van het aantal specifieke deskundigheden. Dit zou leiden tot versluiering van de maatschappelijke identiteit van de beroepsgroep als geheel en van de individuele fysiotherapeut en daarmee het professionaliseringsproces tegenwerken.

Hieronder wordt in het kort de zienswijze weergegeven van de beroepsvereniging, het Koninklijk Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). De vereniging heeft haar standpunten en beleidsvoornemens ten aanzien van verbijzonderingen en na- en bijscholing verwoord in twee nota's. Hieruit blijkt dat het Genootschap het belang van na- en bijscholing in het kader van bewaking en bevordering van de kwaliteit van de fysiotherapie onderschrijft. Een korte samenvatting van deze nota's moge dit duidelijk maken.

In de 'Nota inzake beleidsontwikkeling m.b.t. verbijzonderingen binnen de fysiotherapie' (NGF 1986) wordt gesteld dat de primaire doelstelling van het (K)NGF is gericht op de bevordering van de ontwikkeling en toepassing van de fysiotherapie in het belang van de volksgezondheid. Deze ontwikkeling moet bevorderd en gestimuleerd worden via uitdieping en verbreding van het beroepsterrein, onder andere door ontwikkelingen op het gebied van onderzoek en/of via doelgericht handelen in relatie tot patiëntencategorieën en indicatiegebieden. Met name de laatste ontwikkeling heeft geleid tot het opbouwen van specifieke deskundigheden en het in mindere of meerdere mate etaleren ervan, zo zegt de nota.

Tussen 1979 en 1986 zijn binnen het Genootschap de volgende verbijzonderingen erkend, onder gelijktijdige toelating in 1981 van daaraan verbonden beroepsinhoudelijk gerichte lidverenigingen:

- Fysiotherapie in de pré- en postnatale gezondheidszorg
- Manuele therapie
- Fysiotherapie in de sportgezondheidszorg
- Fysiotherapie in verpleeghuizen

Voorts is in voorbereiding de erkenning van 'Fysiotherapie in de kinder- en jeugdgezondheidszorg' als verbijzondering binnen de fysiotherapie.

Als primair uitgangspunt voor het beroepsinhoudelijke beleid van het Genootschap wordt genoemd de ondeelbaarheid van de fysiotherapie. De

term 'deelgebied' van de fysiotherapie wordt vervangen door 'verbijzondering'.

In de 'Discussienota over regulering van (verplichte) na- en bijscholing fysiotherapie' (KNGF 1990) wordt de doelstelling van het beleidsplan als volgt verwoord:

'Het binnen het kwaliteitsbeleid van het KNGF ontwikkelen van een toetsbaar processysteem, waarbinnen het KNGF de mogelijkheden heeft om door middel van regulering van (verplichte) na- en bijscholing de kwaliteit van de fysiotherapeutische beroepsuitoefening te bewaken en te bevorderen in het belang van de Nederlandse gezondheidszorg'.

De hoofdlijnen ter uitwerking hiervan zijn:

- het opheffen van traceerbare niveauverschillen tussen de reeds werkzame leden en het eindniveau van de initiële opleidingen (bijscholing);
- niveauverhoging door nascholing m.b.t. nieuwe ontwikkelingen binnen het beroep en binnen de beroepsuitoefening waarbij accentverschillen kunnen bestaan, gelet op de werksituatie en/of de zorgvraag;
- behoud van kennis en vaardigheden voor (nog) niet werkzame leden.

Naast het vaststellen van gedragsregels en intern verenigingstuchtrecht zou na- en bijscholing het volgende 'kwaliteitskeurmerk' zijn: een volgende stap in het professionaliseringsproces.

De doelgroep van na- en bijscholing zal uit zowel leden als niet-leden van het KNGF moeten bestaan, maar verplichtstelling ervan door het KNGF zal alleen kunnen gelden voor leden. Kwaliteitseisen zouden eventueel gekoppeld kunnen worden aan het lidmaatschap en zo de aantrekkingskracht van het lidmaatschap verhogen. De verplichting tot bijscholing zou vergezeld moeten gaan van een mogelijke sanctie, zoals verlies van lidmaatschap van het KNGF en - op langere termijn - verlies van bevoegdheid van het voeren van de beroepstitel.

De beroepsgroep als geheel heeft hiervan voordeel, omdat de kwaliteit van de fysiotherapeutische zorg wordt vergroot en gewaarborgd. Het KNGF werkt zo mee aan verdere professionalisering en verwetenschappelijking.

Het bovenstaande maakt duidelijk dat na- en bijscholing niet langer bijzaak is, maar een wezenlijk element is geworden in het professionaliseringsproces van de fysiotherapie. Willen overheid en beroepsgroep een goed en verantwoord beleid voeren ten aanzien van na- en bijscholing en wil de na- en bijscholing op een 'professionele' manier gebeuren, dan is allereerst inzicht in de omvang en de aard ervan noodzakelijk.

Daarnaast is inzicht nodig in de achtergronden van het verwerven van specifieke deskundigheden. Het gaat daarbij om de vraag welke groepen fysiotherapeuten 'voorop lopen' in het volgen van na- en bijscholing. Tevens gaat het om de vraag welke motieven deze fysiotherapeuten hebben om

na- en bijscholing te volgen, welke factoren van invloed zijn op de beslissing om dit te doen. Ten slotte is het uiteraard van belang in welke mate fysiotherapeuten de specifieke deskundigheden die ze via na- en bijscholing hebben verworven ook daadwerkelijk in praktijk brengen.

Op deze en andere vragen poogt dit onderzoek een antwoord te geven. In de volgende paragraaf worden deze weergegeven en nader uitgewerkt.

2.4. Vraagstellingen

We geven hier de twee algemene vraagstellingen weer met behulp waarvan de vragen die in de vorige paragraaf naar voren zijn gebracht, beantwoord worden. Elke vraagstelling is nader geprecisieerd in een aantal subvragen. De eerste vraagstelling betreft het inventariserende deel van het onderzoek en luidt als volgt:

'Wat is de omvang van het verschijnsel specifieke deskundigheden in de eerstelijns fysiotherapie?'

De hierbij behorende subvragen zijn:

1. 'Hoeveel fysiotherapeuten, werkzaam in de eerstelijnsgezondheidszorg, hebben via na- of bijscholingscursussen specifieke deskundigheden verworven of zijn daarmee bezig?'
2. 'Om welke deskundigheden gaat het hierbij en hoe worden deze verkregen?'
3. 'In hoeverre geven fysiotherapeuten die specifieke deskundigheden hebben verworven, bekendheid aan dit feit en op welke wijze gebeurt dat?'
4. 'In hoeverre brengen fysiotherapeuten, die werkzaam zijn in de eerstelijnsgezondheidszorg, de door hen verworven specifieke deskundigheden in de praktijk?'

Voor het verklarende deel van het onderzoek is een tweede vraagstelling opgesteld:

'Wat zijn de achtergronden van het verschijnsel specifieke deskundigheden en wat zijn de gevolgen van het verschijnsel voor de praktijkvoering?'

De volgende drie subvragen zijn geformuleerd ter beantwoording van deze tweede vraagstelling:

1. 'Komt het verworven hebben van specifieke deskundigheden frequenter voor bij bepaalde subgroepen van de beroepsgroep en zo ja, hoe is dat te verklaren?'
2. 'Zijn er verschillen in aanbod van specifieke deskundigheden tussen praktijken en in hoeverre is de schaal van de praktijken hierop van invloed?'
3. 'Gaaf het aanbod van specifieke deskundigheden in praktijken samen met een andere praktijkvoering en/of praktijkuitrusting?'

Ten behoeve van het tweede, verklarende deel van het onderzoek zullen ten aanzien van de verschillende aspecten een aantal verwachtingen worden uitgesproken. Voor een beter begrip hiervan is het nodig eerst nader in te gaan op de variabelen die hierbij aan de orde komen.

Te verklaren en verklarende variabelen

Het volgen van na- en bijscholingscursussen, waardoor specifieke deskundigheden worden verworven, is de te verklaren variabele van het onderzoek. We zullen zowel de omvang als de aard van de na- en bijscholing onderzoeken. Bij de omvang valt ten eerste te denken aan het aantal cursussen dat fysiotherapeuten hebben gevolgd of momenteel nog volgen. Cursussen die volgens de fysiotherapeuten niet meer zullen worden afgerond, worden niet in het onderzoek opgenomen.

Vervolgens wordt per fysiotherapeut het aantal cursusedagen, het aantal uren thuisstudie en het aantal dagen stage nagegaan. De laatste drie cursussenmerken kunnen samengevat worden als de 'studiebelasting' van een fysiotherapeut.

Om na te kunnen gaan waarom de ene fysiotherapeut een cursus van het type 'A' volgt en de ander een cursus van het type 'B', is het allereerst nodig in de grote verscheidenheid van cursussen enige orde aan te brengen. We hebben dit gedaan door een tweetal verschillende indelingen te maken naar de aard van de cursussen. Dit is gebeurd aan de hand van de Wet op de Paramedische Beroepen (1963) en het Fysiotherapeutenbesluit (1965) en in nauw overleg met leden van de begeleidingscommissie die ten behoeve van het onderhavige onderzoek is ingesteld (zie het Voorwoord).

Ten eerste is een indeling gemaakt naar fysiotherapeutisch handelen en niet-fysiotherapeutisch handelen (zie schema 2.1). In bijlage 2 staat vermeld in welke groep de na- en bijscholingscursussen zijn ingedeeld.

Schema 2.1. Indeling naar de aard van de na- en bijscholingscursussen.

Indeling 1

1. Fysiotherapeutisch handelen
 - 1.1. Opfriscursussen
 - 1.2. Cursussen voor deskundigheidsbevordering
2. Niet-fysiotherapeutisch handelen
 - 2.1. Therapeutisch handelen
 - 2.2. Niet-therapeutisch handelen

Indeling 2

1. Top tien van de gevolgde cursussen
2. Patiëntencategorieën

De categorie 'fysiotherapeutisch handelen' is vervolgens onderverdeeld in opfriscursussen en cursussen voor deskundigheidsbevordering. De opfriscursussen dienen - zoals de naam al zegt - om reeds (grotendeels) in de opleiding behandelde materie op te halen; het zijn meestal korte cursussen, zoals bandageren/tapen. Deskundigheidsbevordering betreft het vergaren van nieuwe kennis en het verdiepen van bestaande kennis; voorbeelden hiervan zijn manuele therapie en Cyriax. Bij de categorie 'niet-fysiotherapeutisch handelen' is eveneens een tweedeling gemaakt, namelijk een groep cursussen met betrekking tot therapeutisch handelen, bijvoorbeeld acupunctuur en haptonomie, en een groep cursussen die niet-therapeutisch gericht zijn, zoals managementcursussen en scholing in wetenschap.

De tweede indeling naar de aard van de cursussen omvat een aantal specifieke cursussen. Ten eerste zijn de tien cursussen geselecteerd die fysiotherapeuten het meest frequent gevolgd hebben (of nog volgen). Tevens zijn een aantal cursussen geselecteerd die gericht zijn op bepaalde patiëntencategorieën, namelijk kinderen en patiënten/cliënten in de sportgezondheidszorg.

Na de bespreking van de omvang en de aard van de na- en bijscholing, zoals eerder gezegd de variabelen die verklaard moeten worden in het onderzoek, komen we aan de verklarende variabelen toe, met behulp waarvan gepoogd wordt te achterhalen waarom welke fysiotherapeuten (bepaalde) cursussen volgen. Aansluitend op de markttheoretische professionaliseringstheorie van Lulofs hebben we deze variabelen ingedeeld in beroepsinhoudelijke, kwalitatieve factoren en in economische factoren. Mede via het ontwikkelen van een specifiek kwaliteitsniveau kan - zoals we eerder beschreven in 2.1 - een (deel)markt ofwel competentiegebied worden afgebakend. Economische factoren dragen onder andere bij aan de beheersing van de beroepsmarkt, met name ten aanzien van de concurrentie.

De genoemde factoren zullen hierna worden gespecificeerd bij het opstellen van de verwachtingen. Mogelijk zijn ook andere factoren die niet passen in het door ons gehanteerde theoretische kader van invloed op het volgen van na- en bijscholing. Deze eventuele samenhangen zullen op explorerende wijze worden geanalyseerd.

Verwachtingen

Zoals eerder gezegd, zullen een aantal verwachtingen worden uitgesproken over de samenhang tussen variabelen en het volgen van na- en bijscholing. Bij de economische factoren die van invloed kunnen zijn op de omvang en de aard van de na- en bijscholing hebben we de volgende factoren onderscheiden: het aantal uren dat een fysiotherapeut werkt in de praktijk per week; de grootte van de praktijk; de fysiotherapeutendichtheid; het aantal inwoners van de plaats waar de praktijk is gevestigd.

Een fysiotherapeut die in deeltijd werkt zal mogelijk meer tijd hebben om na- en bijscholingscursussen te volgen. Voor een fysiotherapeut die 40 uur (of meer) per week werkt zal de hoge werklast wellicht een restrictie zijn voor het volgen van cursussen. Dit kan zowel tot uitdrukking komen in het aantal cursussen dat wordt gevolgd als ook in de studiebelasting die de cursussen met zich brengen. Wat betreft de aard van de cursussen kan - in het verlengde van het voorgaande - verondersteld worden dat een fysiotherapeut die minder werkt eerder cursussen zal volgen die langer duren, meer thuisstudie vragen en waarvoor een stage moet worden vervuld, kortom de cursussen die meer studiebelasting vragen.

De schaal van de praktijk hangt naar verwachting eveneens samen met de omvang en de aard van de na- en bijscholing. Ten eerste zal een fysiotherapeut die een solopraktijk heeft waarschijnlijk minder tijd hebben voor het volgen van cursussen, zeker voor cursussen met een grotere studiebelasting, dan een fysiotherapeut in een grotere praktijk, waar collega's het werk (gedeeltelijk) kunnen overnemen. Ten tweede kan verondersteld worden dat de investeringen en de apparatuur die nodig zijn voor het toepassen van specifieke deskundigheden leiden tot een zekere schaalvergroting van praktijken. Volgens de 'economy of scale'-theorie zou het produkt 'fysiotherapie' door schaalvergroting goedkoper kunnen worden, echter tot het punt waarop de baten en de kosten van de schaalvergroting gelijk zijn geworden. Er worden namelijk door schaalvergroting niet alleen meer patiënten uit een bepaald gebied aangetrokken, maar ook wordt het recruteringsgebied groter. Vanwege de afstand zal op een gegeven moment het aantal patiënten echter niet meer verhoogd kunnen worden. Door produkt-differentiatie in de vorm van het aanbieden van meer soorten specifieke deskundigheden zou het verzorgingsgebied vervolgens nog kunnen worden uitgebreid ('economy of scope', zie Kass 1987). In een praktijk zal dan

worden besloten tot het verwerven van deskundigheden die nog niet worden aangeboden in de praktijk. De praktijkgrootte oefent dan invloed uit op de omvang en de aard van de na- en bijscholing. Daarnaast omvat een grotere praktijk meer patiënten met een grotere verscheidenheid aan problemen, zodat de kans dat een specifieke deskundigheid vaker kan worden gebruikt, groter is.

Dit zal leiden tot het eerder volgen van cursussen die gericht zijn op deskundigheidsbevordering dan van opfriscursussen, omdat deze meestal meer tijd vragen en een groter en verscheidener patiëntenbestand, welke voorwaarden in grotere praktijken aanwezig zijn, zoals hierboven is beargumenteerd. Eveneens zullen meer behandelingsmethoden vereist worden en zullen ze eerder toegepast kunnen worden, wat ook geldt voor cursussen die niet tot het fysiotherapeutisch handelen worden gerekend (maar wel therapeutisch handelen betreffen).

Dezelfde redenering gaat op voor de invloed van een groter aantal fysiotherapeuten en een groter bevolkingsaantal in de vestigingsplaats van de praktijk op de omvang en de aard van de na- en bijscholing. Het recrutingsgebied van een praktijk wordt onder andere bepaald door het aantal inwoners van de plaats, omdat er dan een grotere kans is bij patiënten specifieke deskundigheden toe te passen.

Het aantal fysiotherapeuten per 10000 inwoners dat werkzaam is in de vestigingsplaats kan in die zin van invloed zijn dat uit het oogpunt van concurrentie met andere praktijken de omvang en de verscheidenheid van de na- en bijscholing groter zal zijn.

Naast de bovengenoemde economische factoren spelen beroepsinhoudelijke, kwalitatieve factoren naar verwachting een belangrijke rol in het proces van na- en bijscholing. Hieronder verstaan we: de vooropleiding van een fysiotherapeut; de mate waarin een fysiotherapeut wordt gestimuleerd door en overleg pleegt met andere hulpverleners; de patiëntencategorieën waarop een fysiotherapeut zich richt; de mate van professionele betrokkenheid.

De opleiding van een fysiotherapeut kan in die zin samenhangen met het volgen van na- en bijscholing, dat fysiotherapeuten met een hogere vooropleiding (met een minimaal één jaar langere opleiding) zich beter dan lager opgeleide collega's de stof eigen kunnen maken en wellicht eerder geneigd zijn nieuwe kennis te verwerven (zie Koster, 1991). De omvang van de na- en bijscholing zal daarom groter zijn en ze zullen eerder cursussen volgen ter bevordering van deskundigheid en over kennis van aandoeningen. Ook zullen ze wellicht eerder kennis over andere terreinen dan het fysiotherapeutische beroepsterrein willen verwerven.

Als collega's of anderen een fysiotherapeut stimuleren tot na- en bijscholingscursussen kan dit leiden tot het volgen van meer cursussen, evenals overleg met collega's (binnen en buiten de praktijk) of andere hulpverleners. Tijdens overleg met bijvoorbeeld huisartsen komen wellicht problemen of wensen ter sprake ten aanzien van behandelingen of methoden waarvoor na- en bijscholing gewenst dan wel noodzakelijk is. En aangezien huisartsen de belangrijkste verwijzers naar fysiotherapeuten zijn, lijkt het aannemelijk dat onder andere overleg met hen invloed heeft op de omvang en de aard van de na- en bijscholing. Eerder zijn grote verschillen in de mate van overleg geconstateerd (Kerssens e.a., 1987). Een grotere mate waarin een fysiotherapeut gestimuleerd wordt en meer overleg met andere hulpverleners zou dan dezelfde invloed hebben op de aard van de cursussen als een hogere vooropleiding (zie boven).

Dit geldt ook voor de mate van professionele betrokkenheid - het zich betrokken voelen bij het beroep fysiotherapie en bij de beroepsgroep - van een fysiotherapeut. De manier waarop deze betrokkenheid tot uiting komt onderscheiden we aan de hand van een drietal aspecten, in navolging van Hart e.a. (1990). Ten eerste het lidmaatschap van de beroepsvereniging KNGF, samen met de sociaal-maatschappelijke verenigingen VVF en LVFD. Vervolgens het lezen van vakliteratuur, zowel op het terrein van de fysiotherapie als aanverwante terreinen. Ten slotte kan ook het bezoeken van congressen op het gebied van de fysiotherapie of op een ander terrein van de gezondheidszorg, in binnen- en buitenland, worden beschouwd als een aspect van professionele betrokkenheid.

Voordat de zojuist geuite veronderstellingen ten aanzien van het volgen na- en bijscholing op hun juistheid worden onderzocht, wordt in hoofdstuk 3 de wijze waarop het onderzoek is opgezet en uitgevoerd, besproken.

3. ONDERZOEKSOPZET EN METHODEN

In dit hoofdstuk wordt de algemene opzet en het verloop van het onderzoek beschreven, de wijze van steekproeftrekking en de wijzen waarop de gegevens zijn verzameld. Tevens wordt de non-responsanalyse hier weergegeven.

3.1. Opzet van het onderzoek

Zoals in het voorgaande hoofdstuk duidelijk is geworden bestaat het onderhavige onderzoek uit een inventariserend en een verklarend deel. Om de inventariserende vraagstellingen te kunnen beantwoorden (zie 2.3) is het nodig de omvang en de aard van de na- en bijscholing die fysiotherapeuten hebben gevolgd vast te stellen. De gegevens voor dit beschrijvende deel zijn verkregen via een schriftelijke enquête die is verstuurd naar fysiotherapeuten, werkzaam in de eerstelijnsgezondheidszorg. Een deel van de achtergrondgegevens, zoals leeftijd en geslacht van de fysiotherapeuten, was reeds beschikbaar via de registratie van fysiotherapeuten, werkzaam in de eerstelijnsgezondheidszorg (zie 3.2).

De gegevens die nodig zijn ter verklaring van verschillen in na- en bijscholing door fysiotherapeuten konden voor het merendeel ook worden verzameld via de schriftelijke enquête. Aan een deel van de fysiotherapeuten is een enquête gestuurd die extra vragen over de praktijk bevat. De reden dat niet aan alle praktijken waarvan fysiotherapeuten in de steekproef zaten de praktijkvragen gesteld zijn is, dat we verwachtten dat deze extra vragen een nadelige invloed zouden uitoefenen op de respons van de enquête. Het is immers een extra belasting om meer vragen te beantwoorden, met name wat betreft de tijd die het invullen vergt.

Voor de beantwoording van vraagstelling 1.4 over het toepassen van specifieke deskundigheden, verworven via na- en bijscholing, is voor een andere onderzoeksopzet gekozen. Hiervoor zijn door twee veldwerkers, die zelf fysiotherapeut waren, mondelinge interviews gehouden met fysiotherapeuten. De veldwerkers hebben samen met de fysiotherapeut de gegevens geregistreerd van de patiënten (of een deel van hen) die in één week zijn behandeld, aan de hand van de agenda en de kaartenbak. Als een patiënt meer dan één keer in die week was behandeld is alleen de eerste zitting in het onderzoek opgenomen. Er is uitgegaan van een interview van ongeveer een uur, omdat dit ons inziens enerzijds voldoende gegevens zou opleveren en anderzijds voor de fysiotherapeuten een maximale lengte zou zijn.

De verzamelde gegevens betreffen, naast enige achtergrondgegevens, de behandelingen die fysiotherapeuten bij hun patiënten uitvoerden gedurende een zitting. Van elke patiënt is geregistreerd of de fysiotherapeut tijdens de behandeling gebruik maakte van de specifieke deskundigheden waarover zij/hij beschikte.

Het tijdschema van het onderzoek is als volgt geweest: het onderzoek is gestart op 1 juni 1990, de enquête is eind oktober 1990 verstuurd. Na vier weken en na zeven weken is een rappel verstuurd aan de fysiotherapeuten die op dat moment nog geen enquête hadden teruggestuurd. De mondelinge interviews zijn gehouden vanaf half februari tot half mei 1991 door twee veldwerkers die zelf fysiotherapeut zijn. De analyse van de gegevens en de rapportage vond plaats in de periode van maart tot oktober 1991.

3.2. De steekproeftrekking

Schriftelijke enquête

Voor de steekproeftrekking is gebruik gemaakt van het bestand van fysiotherapeuten dat bij het NIVEL aanwezig is via de registratie van fysiotherapeuten die werkzaam zijn in de eerstelijnsgezondheidszorg. In dit bestand waren op 1 januari 1989 de namen en adressen van 9640 fysiotherapeuten opgenomen: 9446 fysiotherapeuten (98,1%) en 187 heilgymnasten/masseurs (1,9%). Het percentage fysiotherapeuten dat een eigen praktijk heeft of maatschapslid is bedraagt 70,6 (Pool en Hingstman 1991).

Bij de steekproeftrekking is rekening gehouden met het feit dat volgens gegevens uit eerder onderzoek bleek dat er veel verschillende soorten na- en bijscholingscursussen worden gevolgd (Kerssens, 1989). Dit betekent dat de steekproef redelijk groot moet zijn om betrouwbare uitspraken te kunnen doen. Om de omvang van de steekproef te berekenen zijn voor een aantal steekproeven met een verschillende omvang en een aantal verschillende steekproefparameters (de waarde van een variabele in de populatie) de 95% betrouwbaarheidsmarges berekend. Het blijkt dat na een (netto) steekproefomvang van 1200 de marges niet meer zo snel dalen. Uitgaande van een verwachte respons van minimaal 60% is besloten een aselechte steekproef van 2000 fysiotherapeuten te trekken uit het voornoemde bestand, zodat van minimaal 1200 fysiotherapeuten gegevens zouden worden verkregen. Aangezien het ons echter beter leek om de fysiotherapeuten die reeds meewerkten aan enige andere onderzoeken van het NIVEL na de trekking te verwijderen uit de steekproef, is het aantal van 2000 verhoogd met 200. Dit is gebeurd om te grote belasting van hen te voorkomen. Uiteindelijk is de schriftelijke enquête aan 2003 fysiotherapeuten verstuurd.

Schriftelijke enquête met praktijkvragen

Zoals reeds is vermeld in de vorige paragraaf, is aan een deel van de fysiotherapeuten een uitgebreidere vragenlijst toegestuurd, met extra vragen over de praktijk. Om voldoende inzicht te krijgen in de verschillen tussen praktijken zou aan 40% van alle praktijken een dergelijke enquête gestuurd moeten worden. De argumentatie hiervoor is als volgt. Uit gegevens van het registratiesysteem van fysiotherapeuten in de eerste lijn (Pool en Hingstman, 1991) blijkt dat 70% van alle fysiotherapeuten in de eerstelijnsgezondheidszorg werkzaam is als maatschaphouder of een solopraktijk heeft. Dit betekent dat onder 2000 fysiotherapeuten ongeveer 1400 maatschaphouders voor zouden komen. Omdat het voldoende zou zijn de praktijkvragen slechts één keer te stellen, is vervolgens steeds één fysiotherapeut per praktijk geselecteerd (N=1469). Uit deze groep fysiotherapeuten is een aselechte steekproef getrokken van 610 fysiotherapeuten (41,5%).

Mondeling interview

Het samenstellen van de onderzoeksgroep ten behoeve van het mondelinge interview is gebeurd op basis van de beantwoording van de schriftelijke enquête. Er is uitgegaan van de fysiotherapeuten die ten eerste de schriftelijke enquête hadden teruggestuurd en nog werkzaam waren in de eerstelijnsgezondheidszorg (dit gold niet voor alle responderende fysiotherapeuten, zie 3.3) en die ten tweede een enquête met praktijkvragen hadden ingevuld. Dit laatste was een vereiste, omdat die gegevens nodig waren voor de beantwoording van sommige vragen. Als derde criterium gold dat ze moesten beschikken over specifieke deskundigheden. Uit de groep fysiotherapeuten die aan deze criteria voldeden is vervolgens een aselechte steekproef getrokken van 120 personen. Het streven was om minimaal 100 fysiotherapeuten te interviewen. We verwachtten voor een mondeling interview van ongeveer een uur geen hoge respons. Daarom is besloten aan 120 fysiotherapeuten te vragen of zij en eventueel collega's van hen wilden meewerken aan een interview. Deze collega's moesten, net als zichzelf, beschikken over een of meer specifieke deskundigheden. De praktijkgegevens van deze collega's waren al bekend via de schriftelijke enquête.

Hoewel de groep fysiotherapeuten van het mondelinge interview niet aselekt is verkregen en daarom niet representatief is (in tegenstelling tot de schriftelijke enquête), wordt op grond van de interviews zeker een indicatie verkregen over het toepassen van specifieke deskundigheden in de praktijk.

3.3. Verloop van het onderzoek

Eind oktober zijn de enquêtes verstuurd naar de 2003 fysiotherapeuten uit de steekproef, met een begeleidende introductiebrief over het doel en het

belang van het onderzoek. Tevens was ingesloten een aanbevelingsbrief van het KNGF om mee te werken aan de enquête (zie bijlage 1). Naar 1393 fysiotherapeuten is een enquête verstuurd zonder praktijkvragen en naar 610 fysiotherapeuten een enquête met praktijkvragen. Van de 2003 verstuurde enquêtes bleken er in eerste instantie 105 onbestelbaar, vanwege verhuizing van de fysiotherapeut of verkeerde adressering. Aan 85 van deze 105 fysiotherapeuten is nogmaals een enquête verstuurd naar hun praktijkadres of hun nieuwe huisadres. Van 20 fysiotherapeuten konden deze gegevens niet achterhaald worden. Hiervan kwamen alsnog 35 enquêtes ingevuld retour.

Na vier weken, hadden 801 fysiotherapeuten de enquête teruggestuurd (40%). Aan de fysiotherapeuten die op dat moment nog niet hadden geantwoord is opnieuw een enquête toegestuurd, met de introductie- en de aanbevelingsbrief en met een verzoek om alsnog de vragenlijst in te vullen. Ten slotte is na drie weken nogmaals een rappelbrief verstuurd aan degenen die nog niet gereageerd hadden.

De netto steekproef omvat uiteindelijk 1867 fysiotherapeuten, na aftrek van de fysiotherapeuten die niet konden worden bereikt (N=70, 3,5%) of niet meer werkzaam waren in de eerstelijnsgezondheidszorg (N=66, 3,3%). Het aantal respondenten is 1236, wat neerkomt op een totale respons van 66,2%. Voor de enquête zonder praktijkvragen is de respons 64,4% (N=837) en voor de enquête met praktijkvragen 69,9% (N=399).

Gezien het feit dat fysiotherapeuten regelmatig enquêtes krijgen toegestuurd vanuit verschillende instituten is de respons redelijk te noemen. De verwachting dat de enquêtes met praktijkvragen minder vaak ingevuld zouden worden (zie 3.1) is niet bewaarheid geworden: de respons is zelfs 5,5% hoger dan bij de enquêtes zonder praktijkvragen.

In februari 1991 zijn de twee veldwerkers die de mondelinge interviews hebben afgenomen hierin getraind en hebben zij, samen met de onderzoeker, enige proefinterviews gedaan. Aan de hand hiervan zijn enkele kleine wijzigingen aangebracht in het interview. Bovendien kon op deze manier de wijze van interviewen door de twee veldwerkers zoveel mogelijk op één lijn worden gebracht, zodat er zo min mogelijk sprake zou zijn van vertekening van deze gegevens.

Eerst zijn de 120 geselecteerde fysiotherapeuten schriftelijk benaderd om hun medewerking te vragen aan het mondelinge interview (zie bijlage 1). Vervolgens zijn ze door de veldwerkers gebeld of zij, en eventueel een of meer collega's, hiertoe bereid waren en is, indien dit het geval was, een afspraak gemaakt.

Uiteindelijk zijn 82 fysiotherapeuten uit evenzovele praktijken telefonisch benaderd met de vraag of zij en eventueel een of meer collega's wilden meewerken aan een mondeling interview. Uit deze praktijken hebben in totaal 100 fysiotherapeuten, verdeeld over 57 praktijken, meegewerkt. Van

hen hadden er 53 een schriftelijke enquête ingestuurd, de overige 47, die niet in de steekproef van de schriftelijke enquête zaten, hebben alsnog enige vragen beantwoord, voornamelijk over de na- en bijscholingscursussen die ze gevolgd hadden. De praktijkgegevens waren al beschikbaar via hun collega die wel een schriftelijke enquête (met praktijkvragen) had ingevuld. Van gemiddeld 16 patiënten per fysiotherapeut zijn gegevens geregistreerd (minimum=8 en maximum=32).

De reden dat niet alle 120 fysiotherapeuten telefonisch zijn benaderd, is dat de respons hoger was dan verwacht, zodat het streefgetal van 100 interviews reeds was gehaald na 82 praktijken te hebben benaderd. Aangezien de tijdsperiode die was uitgetrokken voor de mondelinge interviews toen was verlopen, is besloten het bij 100 interviews te laten. De 38 praktijken die niet gebeld zijn over deelname aan het interview (maar wel schriftelijk hierover waren benaderd) zijn op de hoogte gesteld van de reden daarvoor.

Figuur 3.1



Op praktijkniveau was de respons 70,7%, dit betekent dat 25 van de 82 praktijken (29,3%) niet hebben meegewerkt. Als redenen zijn onder andere opgegeven: geen tijd; een interview van 1 uur is te lang; bezig met automatiseren; er zijn teveel enquêtes en onderzoeken; cursussen zijn te lang geleden gevolgd; vindt zichzelf niet representatief. Uit figuur 3.1 (zie vorige pagina) blijkt dat de 57 praktijken landelijk gezien redelijk verspreid liggen.

3.4. Enquête en interview

Schriftelijke enquête

De schriftelijke enquête (zie bijlage 1) is opgebouwd uit een aantal blokken die elk vragen bevatten over een bepaald onderwerp of met een bepaalde achtergrond.

De 'algemene gegevens' betreffen achtergrondgegevens van de fysiotherapeut, zoals vooropleiding. We beschikten reeds over een aantal achtergrondgegevens, bijvoorbeeld leeftijd, geslacht en jaar van afstuderen, via het registratiebestand (zie 3.1).

Het blok 'na- en bijscholing' bevat vragen over het soort cursussen, waar en wanneer deze gevolgd zijn en of ze afgerond zijn, de duur en de studiebelasting van elke cursus en de inhoud ervan (theoretisch en praktisch deel). Voorts is gevraagd of de fysiotherapeut bekendheid geeft aan de verworven specifieke deskundigheden en zo ja, op welke wijze, en of op grond van deze deskundigheden patiënten worden doorgestuurd van andere hulpverleners. Ten slotte wordt gevraagd of zij/hij van plan is één of meer cursussen te gaan volgen in de toekomst en welke dit zijn.

Bij 'motieven' vragen we naar de redenen om na- en bijscholing te volgen en ook waarom dit soms niet is gebeurd. Tevens wordt gevraagd of de fysiotherapeut door anderen is of wordt gestimuleerd tot het volgen van cursussen.

'Beroepsgerichtheid' bestaat uit vragen over het lezen van vakliteratuur, het bezoeken van congressen en de reden daarvan.

Het blok vragen 'opleiding tot fysiotherapeut' gaat over de aansluiting op de therapeutische beroepspraktijk en er wordt gevraagd naar de mening over de ontwikkeling van de fysiotherapie in de richting van een toename van specifieke deskundigheden.

'Andere aspecten' betreft vragen die we wel wilden stellen maar die niet in een van de bovenstaande blokken pasten, bijvoorbeeld het overleg met andere hulpverleners, de werkwijze (generalistisch of specifiek), werken met bepaalde patiëntencategorieën en de taak van de fysiotherapeut bij psychosociale problemen.

Het laatste deel van de enquête bevat vragen over 'de totale praktijk'. Deze vragen zijn niet aan alle fysiotherapeuten gesteld, maar aan een gedeelte

van de praktijk-/maatschaphouders (zie 3.1 en 3.2). De vragen gaan onder andere over het totale aanbod van specifieke deskundigheden in de praktijk, de aanwezige apparatuur en het wel of niet deelnemen aan gestructureerd samenwerkingsverband.

Mondeling interview

Aan de fysiotherapeuten die hebben meegewerkt aan het mondelinge interview en geen enquête hebben ingevuld (zie 3.3) is alsnog een aantal vragen gesteld uit de schriftelijke enquête. Dit betreft onder andere vragen over de aard en omvang van de na- en bijscholing, het bekendheid geven ervan, het werken met bepaalde patiëntencategorieën en enige achtergrondgegevens (zie bijlage 1).

Tijdens het mondelinge interview heeft de veldwerker samen met de fysiotherapeut de gegevens ingevuld over het toepassen van diens specifieke deskundigheden bij de zitting van een bepaalde patiënt op een daartoe ontworpen formulier (zie bijlage 1). Voor drie onderdelen van één zitting, te weten onderzoek, therapie en voorlichting/instructie is aangegeven of een specifieke deskundigheid uitsluitend, niet of in combinatie met een of meer andere deskundigheden is toegepast. Daarnaast zijn per patiënt gegevens verzameld over de soort verwijzer en de verwijzindicatie, de fysiotherapeutische werkdiagnose - uitgedrukt in stoornissen en beperkingen - en het behandeldoel van de onderzochte zitting. Ook is gevraagd naar enige achtergrondgegevens van de patiënt en is nagegaan of de patiënt vanwege de specifieke deskundigheid van de fysiotherapeut is verwezen.

3.5. Non-respons analyse

Om inzicht te krijgen in de samenstelling van de groep fysiotherapeuten die de enquête heeft ingevuld en de groep die dit niet heeft gedaan, is ten eerste gekeken naar de verdeling van de leeftijd en het geslacht van beide groepen. Deze gegevens, die beschikbaar waren via het registratiebestand, staan vermeld in tabel 3.1. Het significantieniveau bij de analyses is gesteld op $p \leq .05$.

Tabel 3.1.: Geslacht en leeftijd (in categorieën) van de fysiotherapeuten, naar respons en non-respons

	respons		non-respons		totaal	
	N	%	N	%	N	%
geslacht						
vrouw	554	44,8	374	48,8	928	46,3
man	682	55,2	393	51,2	1075	53,7
leeftijd						
< 30 jaar	267	22,3	145	18,9	421	21,0
30-34	366	29,6	212	27,6	578	28,8
35-39	273	22,1	175	22,8	448	22,4
40-44	183	14,8	95	12,4	278	13,9
45-49	73	5,9	59	7,7	132	6,6
≥ 50	65	5,3	81	10,6	146	7,3
Totaal	1236		767		2003	

Uit de tabel blijkt dat er wat meer vrouwen dan mannen hebben gerespondeerd, maar bij een chi-kwadraat analyse bleek dit verschil niet significant te zijn.

Wat betreft de leeftijdsverdeling valt het op dat in de responsgroep meer jongere fysiotherapeuten (jonger dan 35 jaar) zitten en minder die boven de 40 jaar zijn. Dit verschil is wel significant.

Voorts hebben we de twee groepen vergeleken wat betreft het aantal uren dat een fysiotherapeut per week werkt. Het blijkt dat de fysiotherapeuten die de enquête hebben ingevuld vaker een werkweek hebben van meer dan 40 uur per week (29,8% vs. 19,1%) en dat van de non-responsgroep meer fysiotherapeuten korter dan 40 uur werken (zie tabel 3.2). Het verschil is significant: $p \leq .001$.

Tabel 3.2.: Aantal uren dat fysiotherapeuten per week werken (in categorieën), naar respons en non-respons

	respons		non-respons		totaal	
	N	%	N	%	N	%
≤ 20 uur per week	245	19,8	183	23,9	428	21,4
21-30 uur	208	16,8	138	18,0	346	17,3
31-40 uur	415	33,6	299	39,0	714	35,6
> 40 uur	368	29,8	147	19,1	515	25,7
Totaal	1236		767		2003	

Wat betreft de functie die fysiotherapeuten hebben blijkt er weinig verschil te zijn tussen de groepen. Van de responsgroep heeft 69,3% een eigen praktijk of is maatschapslid, voor de non-responsgroep is dit 67,4%. Het feit

dat fysiotherapeuten wel of niet een contract met een ziekenfonds hebben afgesloten is evenmin van invloed op de respons geweest (69,6% en 69,7%). Beide verschillen zijn niet significant.

Dit geldt ook voor de grootte van de praktijk, uitgedrukt in het aantal fysiotherapeuten dat in een praktijk werkt. Voor de urbanisatiegraad zijn er wel verschillen te constateren: van de respondenten werken er wat minder in de grote steden (27,0% versus 32,2%) en ze oefenen vaker hun praktijk uit in landelijke en verstedelijkte landelijke gebieden (19,0% versus 24,2%).

De verdeling over de provincies is in zoverre verschillend dat fysiotherapeuten uit Noord- en Zuid-Holland en - in geringere mate - Gelderland de enquête minder vaak hebben beantwoord en fysiotherapeuten uit de andere provincies vaker ($p \leq .001$).

Ten slotte hebben we nog onderzocht of er verschillen zijn tussen de groepen wat betreft het lidmaatschap van een beroepsvereniging, te weten KNGF, VVF, LVFD, VMFV of andere verenigingen (zie voor de afkortingen 2.2, p.8). Het blijkt dat fysiotherapeuten die van één of meer van deze verenigingen lid zijn significant vaker hebben gerespondeerd dan de niet-leden: $p \leq .001$. In de responsgroep is 72,5% lid versus 55,0% van de non-responsgroep.

Het bovenstaande samenvattend, kunnen we op grond van de non-respons analyse concluderen dat er in de uiteindelijke onderzoeksgroep een lichte oververtegenwoordiging is van jongere fysiotherapeuten, dat de fysiotherapeuten die hebben gerespondeerd vaker meer dan 40 uur werken, minder vaak uit de Randstad komen en vaker lid zijn van een beroepsvereniging.

Als er verbanden zullen worden geconstateerd tussen na- en bijscholing en deze variabelen, zal op grond van de respons-analyse hiermee rekening worden gehouden. Gezien de vrij zwakke verbanden die zijn gevonden, verwachten we hiervan echter niet zo grote vertekeningen.

4. INVENTARISATIE VAN NA- EN BIJSCHOLING

In dit hoofdstuk komt de eerste vraagstelling van het onderzoek aan de orde die in 2.4 is gedefinieerd als: 'Wat is de omvang van het verschijnsel specifieke deskundigheden in de eerstelijns fysiotherapie?'

Per paragraaf worden de onderzoeksvragen over het aantal gevolgde cursussen en over de aard en de omvang van de na- en bijscholing en het bekendheid eraan geven beantwoord. Het toepassen van specifieke deskundigheden, het laatste onderdeel van deze vraagstelling, wordt in hoofdstuk 6 weergegeven. Aan het slot van het hoofdstuk worden de resultaten samengevat (4.4).

4.1. Aantal cursussen

Aantal gevolgde cursussen

Het volgen van na- en bijscholing blijkt onder fysiotherapeuten een normale, haast vanzelfsprekende zaak te zijn: maar liefst 1176 van de 1236 fysiotherapeuten (95,1%) heeft één of meer cursussen gevolgd, 60 hebben geen enkele cursus gevolgd. In totaal zijn 4366 cursussen gevolgd door de geënquêteerde fysiotherapeuten, wat neerkomt op een gemiddelde van 3,5 per fysiotherapeut. Het meest voorkomende aantal gevolgde cursussen is 3 (modus), terwijl twee fysiotherapeuten respectievelijk 11 en 12 cursussen vermeldden (maximum). Aangezien in de enquête is uitgegaan van een opgave van maximaal 6 cursussen bestaat echter de mogelijkheid dat niet iedereen die meer dan 6 cursussen volgde, deze ook heeft opgegeven. Dit betekent dat het gemiddeld aantal cursussen in werkelijkheid iets hoger zou kunnen liggen dan hierboven is vermeld. In totaal gaven 96 fysiotherapeuten (7,8%) meer dan 6 cursussen op. In tabel 4.3 worden de betreffende cijfers vermeld.

Afronding

De meeste cursussen die fysiotherapeuten gaan volgen blijken ook afgerond te worden, namelijk vier vijfde deel. Ruim een tiende van alle cursussen is nog niet afgerond. Ongeveer een op de dertien cursussen is niet afgerond en zal volgens de fysiotherapeuten ook niet meer afgerond worden. In tabel 4.1 wordt een overzicht gegeven van de afronding van cursussen.

Tabel 4.1.: Aantallen cursussen die wel, nog niet of niet zijn afgerond

	N	%
afgerond	3278	80,9
nog niet afgerond	461	11,4
niet afgerond	310	7,7
Totaal	4049	100,0
Missing 317 (7,3%)		

Als fysiotherapeuten beginnen met een cursus (N=1176) ronden ze deze ook vrijwel altijd af, namelijk in 9 van de 10 gevallen. Het aantal fysiotherapeuten dat geen enkele cursus heeft afgerond, ofwel van wie het niet bekend is of de cursus(sen) is (zijn) afgerond, bedraagt 63 en het aantal fysiotherapeuten dat nog geen cursus heeft afgerond, maar wel bezig is met na- en bijscholing en de cursus(sen) naar alle waarschijnlijkheid zal afronden, is 49 (zie tabel 4.2). De 60 fysiotherapeuten die nooit een cursus hebben gevolgd en ook nooit aan een cursus zijn begonnen zijn niet in de onderstaande tabel opgenomen.

Tabel 4.2.: Aantallen fysiotherapeuten, uitgesplitst naar de afronding van cursussen

	N	%
alle cursussen afgerond	1064	90,4
bezig, maar nog niet afgerond	49	4,2
niet bezig, geen enkele cursus afgerond	63	5,4
Totaal	1176	100,0

In het vervolg van dit hoofdstuk en ook in hoofdstuk 5 (ter verklaring van verschillen tussen fysiotherapeuten) gaan wij uit van afgeronde en nog niet afgeronde cursussen. Dit heeft tot gevolg dat het aantal cursussen dat fysiotherapeuten volg(d)en ook verandert, vergeleken met het totale aantal dat zij opgaven in de enquête. Deze gegevens staan vermeld in tabel 4.3.

Tabel 4.3.: Aantallen fysiotherapeuten uitgesplitst naar het aantal gevolgde cursussen

Aantal cursussen	afgerond en nog niet afgerond		totaal	
	N	%	N	%
0	123	10,0	60	4,9
1	131	10,6	154	12,4
2	193	15,6	208	16,8
3	228	18,4	237	19,2
4	189	15,3	195	15,8
5	156	12,6	160	12,9
6 of meer	216	17,5	222	18,0
Totaal	1236	100,0	1236	100,0

Voornemen tot volgen van cursussen

Driekwart van de fysiotherapeuten (N=929 ofwel 75,2%) is van plan om in de toekomst één of meer cursussen te gaan volgen. Ruim de helft van hen (60,8%) heeft het voornemen geuit één cursus te willen volgen en 28,3% houdt het op twee cursussen. Het gemiddelde per fysiotherapeut is ruim 1 cursus (1,1).

4.2. Aard en omvang van de na- en bijscholing

Van het soort na- en bijscholing dat fysiotherapeuten volgden en momenteel nog volgen en van de cursussen die ze van plan zijn in de toekomst te gaan volgen wordt in deze paragraaf een overzicht gegeven. Ook de duur van de cursussen en de omvang van de thuisstudie en van de stage die bij cursussen hoort, worden hier besproken, evenals de totale studiebelasting van de fysiotherapeuten. Voorts wordt de verhouding theorie-praktijk van de cursussen weergegeven en wordt een schets gegeven van de instituten waar de cursussen gevolgd worden. In de meeste tabellen worden de kenmerken van de cursussen weergegeven in drie kolommen, namelijk voor de afgeronde en de nog niet afgeronde cursussen samen, voor uitsluitend de afgeronde cursussen en - in de laatste kolom - voor de nog niet afgeronde cursussen. De aard van de cursussen die niet zijn afgerond door fysiotherapeuten wordt apart besproken.

4.2.1. Soorten cursussen

Soorten gevolgde cursussen

In totaal zijn 135 verschillende soorten cursussen opgegeven. Een respectabel aantal, maar waarschijnlijk nog niet uitputtend wat betreft de weinig

voorkomende cursussen! Een totaaloverzicht is te vinden in bijlage 3, in tabel 4.4 zijn de 10 meest frequent gevolgde cursussen opgenomen.

Tabel 4.4.: De tien meest gevolgde cursussen, uitgesplitst naar afronding van de cursussen*

	afgerond en nog niet afgerond		afgerond		nog niet afgerond	
	N	%	N	%	N	%
1. Manuele therapie	636	17,0	494	15,1	142	30,8
- verbijzondering	329	8,8	250	7,6	79	17,1
- overig	307	8,2	244	7,4	63	13,7
2. Cyriax	383	10,2	307	9,4	76	16,5
3. Sportfysiotherapie	304	8,1	283	8,6	21	4,6
- verbijzondering	205	5,5	197	6,0	8	1,7
- overig	99	2,6	86	2,6	13	2,9
4. Bindweefselmassage	229	6,1	228	7,0	1	0,2
5. Bandageren/tapen	187	5,0	187	5,7	0	0,0
6. Acupunctuur	172	4,6	141	4,3	31	6,7
7. Haptonomie	140	3,7	95	2,9	45	9,8
8. NDT/Bobath	119	3,2	117	3,6	2	0,4
9. Pré/postnatale begeleiding	109	2,9	107	3,3	2	0,4
- verbijzondering	57	1,5	56	1,7	1	0,2
- overig	52	1,4	51	1,6	1	0,2
10. Sensomotoriek	102	2,7	99	3,0	3	0,6
Overige cursussen	1358	36,3	1220	37,2	138	29,9
Totaal	3739	100,0	3278	100,0	461	100,0

* de in deze tabel gebruikte hiërarchische volgorde van de cursussen zal vanwege de uniformiteit ook in de meeste andere tabellen in hoofdstuk 4 en 5 worden aangehouden.

Voor de drie door het KNGF erkende verbijzonderingen die op de bovenstaande lijst voorkomen (manuele therapie, fysiotherapie in de sportgezondheidszorg en pré- en postnatale begeleiding) is - naast het totaalcijfer - een uitsplitsing gemaakt naar cursussen die door de betreffende lidvereniging worden erkend en daarmee het lidmaatschap van die vereniging mogelijk maken en cursussen die niet als zodanig worden erkend. Fysiotherapie in verpleeghuizen komt in het geheel niet voor, wat overigens te verwachten was omdat dit een tweedelijns deskundigheid betreft.

In tabel 4.5 wordt een overzicht gepresenteerd van de verschillende soorten cursussen manuele therapie. De eerste twee cursussen (in Eindhoven en Utrecht) zijn de door de lidvereniging Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie (NVMT) erkende opleidingen. Iets meer dan de helft van de cursussen manuele therapie die zijn gevolgd, blijkt de officieel erkende opleiding tot manueel therapeut te zijn.

Tabel 4.5.: Aantallen cursussen manuele therapie, uitgesplitst naar afronding van de cursussen

	afgerond en nog niet afgerond		afgerond		nog niet afgerond	
	N	%	N	%	N	%
Man.ther. SMG Eindhoven	224	35,2	158	32,0	66	46,5
Man.ther. v.d. Bijl Utrecht	105	16,5	92	18,6	13	9,2
Man.ther. vlg. Marsman	121	19,0	104	21,1	17	12,0
Man.ther. vlg. Maitland	54	8,5	41	8,3	13	9,2
Man.ther. vlg. Kaltenborn	16	2,5	10	2,0	6	4,2
Rugschool/MacKenzie	52	8,2	47	9,5	5	3,5
Manipulatietechnieken	15	2,4	11	2,2	4	2,8
Specifieke mobilisatie	4	0,6	3	0,6	1	0,7
Man.ther. overig	45	7,1	28	5,7	17	12,0
Totaal	636	100,0	494	100,0	142	100,0

Voor de nadere analyses per cursus hebben we ons beperkt tot de tien meest frequent gevolgde cursussen (>100 keer, zie tabel 4.4). Ten eerste omdat de andere cursussen te weinig voorkomen om hiervoor valide analyses uit te voeren. Ten tweede zou het een vrijwel ondoenlijke zaak zou zijn om alle analyses voor alle cursussen uit te voeren en te rapporteren (en te lezen!).

Nadat we in de twee vorige tabellen cijfers hebben gepresenteerd over de gevolgde cursussen, dat wil zeggen op cursusniveau, kijken we vervolgens hoeveel fysiotherapeuten de 'voorbeeldcursussen' volgden, dus op het niveau van de fysiotherapeuten. Deze aantallen kunnen verschillen van de cursusgegevens, omdat een fysiotherapeut meerdere cursussen over één onderwerp kan volgen, bijvoorbeeld over manuele therapie of acupunctuur. In tabel 4.6a staan de betreffende cijfers. De percentages zijn berekend over alle fysiotherapeuten (N=1236). Vergelijking van de tabellen 4.4 en 4.6 laat zien dat het niet uitmaakt voor de top tien en hun rangorde, op welke manier de gegevens worden gegeven: op het niveau van cursussen of van fysiotherapeuten.

Tabel 4.6a: Aantallen fysiotherapeuten die de tien voorbeeldcursussen volgden, uitgesplitst naar afronding van de cursussen

	afgerond en nog niet afgerond		afgerond		nog niet afgerond	
	N	%	N	%	N	%
1. Manuele therapie	513	41,5	406	32,8	107	8,7
2. Cyriax	363	29,4	294	23,8	69	5,6
3. Sportfysiotherapie	283	22,9	264	21,4	19	1,5
4. Bindweefselmassage	223	18,0	222	18,0	1	0,1
5. Bandageren/tapen	184	14,9	184	14,9	0	0,0
6. Acupunctuur	155	12,5	127	10,3	28	2,3
7. Haptonomie	117	9,5	81	6,6	36	2,9
8. NDT/Bobath	115	9,3	113	9,1	2	0,2
9. Pré/postnatale begeleiding	107	8,7	105	8,5	2	0,2
10. Sensomotoriek	97	7,8	94	7,6	3	0,2

Manuele therapie is 'in': 513 van de 1236 fysiotherapeuten (41,5) hebben een dergelijke cursus afgerond of zijn er nog mee bezig. Een kwart van de fysiotherapeuten (24,6%) volgde (of volgt momenteel) de officieel erkende opleiding tot 'manueel therapeut'. In tabel 4.6b zijn de cijfers weergegeven voor de drie verbijzonderingen, uitgesplitst naar de cursussen die opleiden tot de officieel erkende verbijzondering en de overige cursussen. (Sommige fysiotherapeuten volgden zowel de verbijzondering als een cursus uit de categorie 'overig'. Optelling van de twee subcategorieën geeft daarom een groter aantal dan de categorie 'totaal'.)

Ook Cyriax en sportfysiotherapie, evenals manuele therapie behorend tot de uitgebreidere opleidingen, mogen zich in een redelijke belangstelling verheugen, namelijk van respectievelijk ongeveer een derde en een kwart van de fysiotherapeuten. De door de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Sportgezondheidszorg erkende opleiding is of wordt gevolgd door 15,4% van de fysiotherapeuten. De cursussen bindweefselmassage en bandageren/tapen horen daarentegen bij de korte cursussen (zie 4.2.2). Naast manuele therapie en sportfysiotherapie wordt van de overige erkende verbijzonderingen pré- en postnatale begeleiding door 8,7% van de fysiotherapeuten genoemd (de helft volgde de door de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Pré- en Postnatale Gezondheidszorg, de NVFP, erkende opleiding).

Opvallend is vervolgens de aanwezigheid van acupunctuur en haptonomie op de plaatsen 6 en 7: zoals in de inleiding reeds is uiteengezet, worden deze cursussen niet gerekend tot het fysiotherapeutische handelen. Kennelijk doet dit geen afbreuk aan de populariteit ervan.

Tabel 4.6b.: Aantallen fysiotherapeuten die manuele therapie, fysiotherapie in de sportgezondheidszorg en pré- en postnatale begeleiding volgen, uitgesplitst naar afronding van de cursussen

	afgerond en nog niet afgerond		afgerond		nog niet afgerond	
	N	%	N	%	N	%
Manuele therapie						
- totaal	513	41,5	406	32,8	107	8,7
- verbijzondering	304	24,6	227	18,4	79	6,4
- overig	254	20,6	208	16,8	62	5,0
Sportfysiotherapie						
- totaal	283	22,9	264	21,4	19	1,5
- verbijzondering	190	15,4	183	14,8	8	0,6
- overig	98	7,9	86	7,0	13	1,1
Pré/postnatale begeleiding						
- totaal	107	8,7	105	8,5	2	0,2
- verbijzondering	56	4,5	55	4,4	1	0,1
- overig	52	4,2	51	4,1	1	0,1

Fysiotherapeuten volgen meestal meer dan één cursus en daarom hebben we gekeken welke combinaties van de voorbeeldcursussen het meest voorkomen (zie tabel 4.7). Manuele therapie met Cyriax of sportfysiotherapie zijn binnen de top tien de meest voorkomende combinaties: 47 fysiotherapeuten hebben deze gevolgd (of zijn er nog mee bezig) en 26 fysiotherapeuten volgden zelfs alle drie genoemde cursussen. Ook onder andere de combinaties manuele therapie/acupunctuur (20x) en manuele therapie/bindweefselmassage (19x) zijn vermeldenswaard.

Tabel 4.7.: De 20 meest voorkomende combinaties van de tien voorbeeldcursussen die fysiotherapeuten volgden of nog volgen

	man. ther.	Cyriax	sport ft.	bindw.	band./ tapien	acup.	hapt.	NDT	pré/p. beg.	senso mot.	N
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	X	X									47
2	X		X								47
3	X	X	X								26
4		X	X								24
5	X					X					20
6	X			X							19
7	X				X						16
8	X	X		X							15
9	X		X		X						15
10		X		X							14
11	X						X				14
12		X				X					13
13	X			X							13
14			X		X						12
15								X		X	12
16	X	X			X						11
17	X	X				X					10
18				X					X		10
19	X							X			9
20	X		X	X							8

Een deel van de fysiotherapeuten richt zich op één van de voorbeeldcursussen en daarnaast nog op een of meer van de na- en bijscholingscursussen die minder vaak genoemd zijn (niet tot de voorbeeldcursussen behoren). Zo hebben 131 van de 616 fysiotherapeuten (26,1%) van de voorbeeldcursussen alleen manuele therapie genoemd en 24 van de 183 (13,1%) acupunctuur.

Soorten voorgenomen cursussen

Bij de cursussen die fysiotherapeuten van plan zijn in de toekomst te gaan volgen staan deels dezelfde cursussen hoog genoteerd als bij de reeds gevolgde cursussen, zoals blijkt uit tabel 4.8 (zie voor de volledige lijst bijlage 3).

Vergeleken met de cursussen die gevolgd zijn of nog gevolgd worden is er wel een verschuiving in rangorde te constateren, met uitzondering van manuele therapie, sportfysiotherapie en acupunctuur die op (bijna) dezelfde plaats gerangschikt blijven. Haptonomie staat in deze rangorde tweede in plaats van zevende en ook de opmars van cursussen als osteopathie, podologie en fysiotherapie voor kinderen (van 27 naar 13) is opmerkelijk. Verdwenen uit de 'top tien' zijn bijvoorbeeld Cyriax (nu 12, eerst 2), pré- en postnatale begeleiding, bindweefselmassage en bandageren/tapien.

Tabel 4.8.: Cursussen die fysiotherapeuten in de toekomst willen gaan volgen

	N	%
1. Manuele therapie	220	17,9
2. Haptonomie	122	10,0
3. Sportfysiotherapie	89	7,3
4. Algemene na- en bijscholing	59	4,8
5. Acupunctuur	53	4,3
6. Sensomotoriek	37	3,0
7. Osteopathie	36	2,9
8. Podologie	35	2,9
9. Adem/ontspanningstherapie	33	2,7
10. Bindweefselmassage	31	2,5
Overig	692	49,2
Totaal	1407	100,0

Soorten niet afgeronde cursussen

In paragraaf 4.1 hebben we gezien dat 310 cursussen niet zijn afgerond door 261 fysiotherapeuten. Het zijn van de voorbeeldcursussen vooral Cyriax en manuele therapie die niet voltooid werden: zij omvatten respectievelijk 31,9% en 36,8% van alle onvoltooide cursussen. Gerelateerd aan het aantal keren dat een cursus is genoemd wordt Cyriax het meest frequent afgebroken, namelijk in 1 op de 5 gevallen, manuele therapie 1 op de 7 keer en acupunctuur 1 op de 8 keer.

De vraag die wordt opgeroepen is of de niet voltooide cursussen bepaalde kenmerken hebben die van invloed zijn op het niet afronden ervan. Vooruitlopend op de twee volgende paragrafen, is hier een eventuele samenhang onderzocht tussen het afronden van een cursus en de lengte van de cursus of het aantal uren thuisstudie. Met behulp van een chi-kwadraat test constateren we dat er een significant verschil is tussen de lengte van de cursus (in categorieën van aantal dagen, zie 4.2.2) en de afronding ervan. Hoe langer een cursus duurt, hoe vaker deze niet wordt afgerond ($p \leq .000$). Ook tussen het aantal uren thuisstudie (eveneens in categorieën, zie 4.2.3) en het voltooien van een cursus is het verschil significant. Hoe meer uren een fysiotherapeut thuis moet studeren, hoe eerder hij die studie zal afbreken: $p \leq .000$. De studiebelasting blijkt dus inderdaad van invloed te zijn op het voltooien van een cursus.

Aard van de cursussen

In paragraaf 2.4 is beschreven dat de cursussen zijn ingedeeld naar aard van de cursus in vier groepen. Deze groepen zijn: opfriscursussen, cursussen voor deskundigheidsbevordering, cursussen op het terrein van therapeutisch handelen en op het terrein van niet-therapeutisch handelen (zie bijlage 2). Voor de fysiotherapeuten die een of meer cursussen hebben

gevolgd of momenteel nog volgen is nagegaan of en zo ja, hoeveel cursussen uit deze groepen zijn gevolgd. In tabel 4.9 zijn deze gegevens vermeld. Het is duidelijk dat cursussen op het terrein van deskundigheidsbevordering, zoals manuele therapie, sportfysiotherapie en acupunctuur het meest frequent gevolgd worden.

Tabel 4.9.: Aantallen cursussen die fysiotherapeuten hebben gevolgd of nog volgen, naar de aard van de cursus

	N	%
Opfriscursussen		
0	666	53,9
1	354	28,6
≥ 2	216	17,5
Deskundigheidsbevordering		
0	219	17,7
1	329	26,6
2	313	25,3
3	221	17,9
≥ 4	154	12,5
Therapeutisch handelen		
0	912	73,8
1	243	19,7
≥ 2	81	6,5
Niet-therapeutisch handelen		
0	1164	94,2
≥ 1	72	5,8

4.2.2. Lengte van de cursussen

In vraag 5 van de enquête hebben de fysiotherapeuten in categorieën aangegeven hoe lang de cursussen in aantal cursusedagen duren. De meeste cursussen blijken een lengte van 6 tot 12 dagen te hebben, zoals te zien is in tabel 4.10, de mediaan is 6-12 dagen.

Tabel 4.10.: Duur van de cursussen in categorieën cursusedagen, uitgesplitst naar afronding van de cursussen

Categorie	afgerond en nog niet afgerond		afgerond		nog niet afgerond	
	N	%	N	%	N	%
1 0,5-2 dagen	449	12,4	439	13,8	10	2,2
2 3- 5 dagen	668	18,5	639	20,2	29	6,5
3 6-12 dagen	880	24,3	792	25,0	88	19,8
4 13-24 dagen	569	15,7	477	15,0	92	20,7
5 25-50 dagen	526	14,5	433	13,6	93	20,9
6 > 50 dagen	527	14,6	394	12,4	133	29,9
Totaal	3619	100,0	3174	100,0	445	100,0
Missing	120		104		16	

Het merendeel van de kortdurende cursussen (categorie 1 en 2) wordt gevormd door bindweefselmassage, bandageren/tapen, lymfedrainage en reflextherapie. Cursussen van 6-12 en 13-24 dagen zijn onder andere sportfysiotherapie, Cyriax, pré- en postnatale begeleiding en NDT/Bobath. Cyriax duurt volgens de fysiotherapeuten echter ook vaak langer (25-50 dagen), evenals NDT/Bobath. In deze laatstgenoemde categorie vallen ook bijvoorbeeld haptonomie en acupunctuur. Ze worden echter ook vaak genoemd bij de categorie cursussen van meer dan 50 dagen, tezamen met manuele therapie en enige weinig genoemde cursussen, zoals bewegingswetenschappen, osteopathie en kinderfysiotherapie.

Uit het bovenstaande komt naar voren dat de cursuslengte in aantal cursUSDagen nogal verschillend is opgegeven door de fysiotherapeuten: kennelijk was het moeilijk om na te gaan of zich te herinneren hoe lang een cursus duurde. Wellicht speelt hier een rol dat een cursus soms lang geleden is gevolgd. Op welk instituut de cursus werd gevolgd blijkt hiervan niet de oorzaak te zijn: ook voor dezelfde instituten zijn verschillende lengtes van cursussen opgegeven. We moeten dus concluderen dat we de gegevens over de cursuslengte voorzichtig dienen te hanteren in dit onderzoek.

4.2.3. Thuisstudie voor cursussen

Per cursus is gevraagd hoeveel uren per week de fysiotherapeuten thuis studeerden in verband met de gevolgde cursus. Van alle cursussen kostte 9% geen thuisstudie en bij 74,1% werd wel thuisstudie opgegeven. Ook op deze vraag werd relatief vaak geen antwoord gegeven (16,9%). Berekend over het aantal wel beantwoorde vragen (N=3107) wordt er gemiddeld 3,3 uur per week aan thuisstudie besteed, de mediaan is 3. In tabel 4.11 is het aantal uren thuisstudie weergegeven, voor de overzichtelijkheid ingedeeld in categorieën.

Tabel 4.11.: Aantallen uren thuisstudie per week in categorieën, uitgesplitst naar afronding van de cursussen

	afgerond en nog niet afgerond		afgerond		nog niet afgerond	
	N	%	N	%	N	%
geen thuisstudie	336	10,8	324	11,9	12	3,0
1- 2 uur	971	31,3	862	31,8	109	27,7
3- 4 uur	761	24,5	649	23,9	112	28,3
5-10 uur	901	29,0	762	28,1	139	35,2
> 10 uur	138	4,4	115	4,3	23	5,8
Totaal	3107	100,0	2712	100,0	395	100,0
Missing	632		566		66	

Voor acupunctuur, manuele therapie en NDT/Bobath worden de meeste uren thuisstudie per week opgegeven, voor bandageren/ tapen het kleinste aantal (zie tabel 4.112).

Tabel 4.12.: Gemiddeld aantal uren thuisstudie per week voor de tien voorbeeldcursussen, uitgesplitst naar afronding van de cursussen

	afgerond en nog niet afgerond	afgerond	nog niet afgerond*
1. Manuele therapie	5,4	5,5	4,9
- verbijzondering	6,8	7,1	5,9
- overig	3,7	3,8	3,4
2. Cyriax	3,8	3,9	3,6
3. Sportfysiotherapie	3,4	3,4	3,9
- verbijzondering	3,5	3,5	3,6
- overig	3,2	3,0	4,2
4. Bindweefselmassage	2,8	2,8	2,0
5. Bandageren/tapen	1,9	1,9	-
6. Acupunctuur	6,8	7,0	6,3
7. Haptonomie	3,7	4,1	2,7
8. NDT/Bobath	4,9	4,9	4,5
9. Pré/postnatale begeleiding	2,7	2,7	**
- verbijzondering	2,5	2,5	**
- overig	3,0	3,0	**
10. Sensomotoriek	3,0	3,0	1,0

* de aantallen in deze kolom zijn meestal laag (zie tabel 4.6a)

** onbekend/niet ingevuld

Het aantal uren dat fysiotherapeuten per week thuis studeren blijkt samen te hangen met de lengte van de cursus ($p \leq .000$). Dit betekent dat cursussen die langer duren ook meer thuisstudie per week vergen gedurende de periode dat de cursus wordt gevolgd. Het totale aantal studie-uren is voor langdurige cursussen dus vele malen groter. In paragraaf 4.2.1 constateerden we al een samenhang van deze cursussenkenmerken met het afronden van een cursus.

4.2.4. Stage

Voor 22,1% van de afgeronde en de nog niet afgeronde cursussen hebben fysiotherapeuten een stage gevolgd ($N=3739$). Ook bij deze vraag moet, evenals bij het aantal uren thuisstudie, een groot aantal missende waarden worden gemeld, namelijk 1242 (33,2%). Indien er een stage bij een cursus hoort ($N=553$), duurt deze gemiddeld 22 dagen, de mediaan is 20. Er zijn enkele uitschieters bij, namelijk 4 stages van 100 uur, 1 van 200 uur en 1 van 250 uur. Deze stages zijn opgegeven bij manuele therapie en acupunctuur (instituten: ADCA en SMG Eindhoven en een cursus in Noorwegen). Tabel 4.13 geeft een overzicht van de stageduur, ingedeeld in categorieën.

Tabel 4.13.: Duur van de stage in categorieën, uitgesplitst naar afronding van de cursussen

	afgerond en nog niet afgerond		afgerond		nog niet afgerond	
	N	%	N	%	N	%
geen stage	1944	77,9	1743	78,1	201	69,1
1-10 dagen	196	7,9	180	8,2	16	5,5
11-20 dagen	130	5,2	108	4,9	22	7,6
21-30 dagen	106	4,2	92	4,2	14	4,8
31-40 dagen	58	2,3	44	2,0	14	4,8
> 40 dagen	63	2,5	39	1,8	24	8,2
Totaal	2497	100,0	2206	100,0	291	100,0
Missing	1242		1072		170	

Voor de verschillende (voorbeeld)cursussen wordt deels wel en deels niet een stage opgegeven. Zo zegt ongeveer de helft van de fysiotherapeuten dat er wel een stage hoort bij manuele therapie en de andere helft niet. Dit blijkt soms afhankelijk te zijn van het instituut waar een cursus wordt gevolgd. Voor cursussen aan het SMG in Eindhoven en bij Van de Bijl in Utrecht (opleidingen voor de erkende verbijzonderingen) wordt bijna altijd een stage opgegeven (80% respectievelijk 96%). Een ander voorbeeld is acupunctuur: een stage hoort volgens de fysiotherapeuten altijd bij de ADCA-opleidingen, maar soms wel en soms niet bij onder andere NVVF-cursussen. Ook bij andere cursussen vinden we nogal wat verschillen in de antwoorden: kennelijk is deze vraag niet altijd consistent beantwoord. Deze gegevens moeten daarom voorzichtig geïnterpreteerd en gebruikt worden. Bij onder andere bindweefselmassage, bandageren/tapen, fysiotherapie bij longaandoeningen, craniomandibulaire dysfuncties (CMD), Cyriax en NDT hoort (vrijwel) nooit een stage. Voorbeelden van cursussen waarbij vaak wel een stage hoort zijn: hartrevalidatie, kinderfysiotherapie en (zie boven) manuele therapie en acupunctuur.

4.2.5. Studielast

In deze paragraaf wordt beschreven hoeveel cursusedagen de fysiotherapeuten in totaal hebben gevolgd, hoeveel uren thuisstudie ze per week voor alle cursussen tezamen hebben opgegeven en hoeveel dagen ze in totaal stage hebben gelopen voor de gevolgde cursussen. Hierbij is uitgegaan van afgeronde en nog niet afgeronde cursussen (cursussen die nog worden gevolgd). Op grond van deze gegevens is per fysiotherapeut de studielast berekend (zie ook 2.4).

Aantal cursusdagen

Voor elke cursus hebben de fysiotherapeuten in categorieën aangegeven hoeveel dagen deze duurde (zie tabel 4.10). Door middel van optelling is per fysiotherapeut een score berekend die aangeeft hoeveel categorieën cursusdagen zij/hij heeft gevolgd. Ter verduidelijking een aantal voorbeelden: een fysiotherapeut die een score van 0 heeft, heeft niets aan na- en bijscholing gedaan (N=60) of geen enkele cursus afgemaakt (N=63). Iemand die 1 cursus heeft gevolgd die meer dan 50 dagen omvatte (cat.6) krijgt een score van 6. En een fysiotherapeut die 1 cursus van 3-5 dagen (cat.2) plus 1 cursus van 25-50 dagen (cat.5) volgde heeft een score van 7. In tabel 4.14 worden de scores weergegeven in categorieën.

Tabel 4.14.: Scores voor het totaal aantal dagen dat fysiotherapeuten cursussen hebben gevolgd, in categorieën

	N	%
0	123	10,1
1- 5	161	13,2
6-10	404	33,1
11-15	274	22,5
16-20	164	13,5
> 20	93	7,6
Totaal	1219	100,0

Missing 17 (1,4%)

Aantal uren thuisstudie per week

Ook hier is voor alle cursussen tezamen het aantal uren berekend dat een fysiotherapeut thuis studeert per week. Het blijkt dat een op de vijf fysiotherapeuten in het geheel geen thuisstudie heeft gedaan, de meesten geven tussen de 1 en 10 uren per week op (zie tabel 4.15)

Tabel 4.15.: Totaal aantal uren dat fysiotherapeuten besteden aan thuisstudie per week, in categorieën

Categorie	aantal uren per week	N	%
0	geen	246	19,9
1	1- 5	267	21,6
2	6-10	286	23,2
3	11-15	163	13,2
4	16-20	103	8,3
5	> 20	171	13,8
Totaal		1236	100,0

Stage

Stage volgen is veelal niet vereist voor na- en bijscholing. Twee derde van de fysiotherapeuten heeft in het geheel geen stage gevolgd. Indien dit wel gebeurde duurde de stage meestal tussen de 1 en 20 dagen. Toch geeft 7,0% van de fysiotherapeuten een totale stage op van meer dan 40 dagen. In tabel 4.16 staan de betreffende gegevens.

Tabel 4.16.: Totaal aantal dagen dat fysiotherapeuten stage hebben gevolgd, in categorieën

Categorie	aantal dagen stage	N	%
0	geen	814	65,9
1	1-10	88	7,1
2	11-20	112	9,1
3	21-30	78	6,3
4	31-40	57	4,6
5	> 40	87	7,0
Totaal		1236	100,0

Totale studiebelasting

Door optelling van de scores voor het aantal cursusdagen en de categorieën die zijn gemaakt voor de totale aantallen uren thuisstudie per week en dagen stage (zie tabel 4.15 en 4.16) zijn de scores per fysiotherapeut berekend voor de studiebelasting. In de onderstaande tabel (4.17) staan ze vermeld. Ter verklaring van verschillen in de omvang van na- en bijscholing tussen fysiotherapeuten (hoofdstuk 5) zal van deze gegevens worden uitgegaan.

Tabel 4.17.: Studiebelasting die fysiotherapeuten op zich nemen, in categorieën

Categorie	scores	N	%
0	0	123	10,1
1	1- 5	96	7,9
2	6-10	258	21,1
3	11-15	280	23,0
4	16-20	217	17,8
5	> 20	245	20,1
Totaal		1219	100,0

Missing 17 (1,4%)

4.2.6. Theoretisch en praktisch deel van de cursussen

Om inzicht te krijgen in de inhoud van cursussen wat betreft de theoretische en de praktische lessen is gevraagd of de fysiotherapeuten dit in percentages wilden aangeven. De (nog niet) afgeronde cursussen bestaan

gemiddeld voor 58% uit theorielessen en voor 42% uit praktijklessen, voor beide lessoorten is de mediaan 50%. Gezien het grote aantal fysiotherapeuten dat invulde dat een cursus voor de helft uit theorie bestond en voor de helft praktisch was, lijkt het aannemelijk dat deze vraag moeilijk te beantwoorden was. Dit zal met name opgaan voor de cursussen die al wat langer geleden zijn gevolgd. In tabel 4.18 zijn de percentages theorie van de cursussen weergegeven in categorieën.

Tabel 4.18.: Percentages theorie waaruit de cursussen bestaan, uitgesplitst naar afronding van de cursussen

	afgerond en nog niet afgerond		afgerond		nog niet afgerond	
	N	%	N	%	N	%
0- 25%	333	9,6	301	9,9	32	7,6
26- 45%	468	13,6	407	13,4	61	14,4
46- 55%	1088	31,5	941	31,1	147	34,7
56- 75%	769	22,3	657	21,7	112	26,5
76-100%	792	23,0	721	23,8	71	16,8
Totaal	3450	100,0	3027	100,0	423	100,0
Missing	289		251		38	

Als geheel theoretische cursussen (10,2%) worden onder andere genoemd neurologie/fysiologie, inspanningsfysiologie, cursussen over lage rugklachten en managementopleidingen. Zuiver praktisch gerichte cursussen zijn nauwelijks genoemd (N=12), een voorbeeld is de cursus tiltechnieken.

Van de tien 'voorbeeldcursussen' bestaat de cursus acupunctuur relatief uit de meeste theorielessen, gevolgd door sensomotoriek, sportfysiotherapie en pré- en postnatale begeleiding (zie tabel 4.19).

Tabel 4.19.: Gemiddelde percentages theorie waaruit de tien voorbeeldcursussen bestaan, uitgesplitst naar afronding van de cursussen

	afgerond en nog niet afgerond	afgerond	nog niet afgerond
1. Manuele therapie	51,3	51,9	49,2
- verbijzondering	53,6	53,9	52,5
- overig	48,9	49,8	45,2
2. Cyriax	55,9	55,8	56,4
3. Sportfysiotherapie	69,6	69,1	77,1
- verbijzondering	70,9	70,3	85,0
- overig	67,1	66,3	72,5
4. Bindweefselmassage	45,7	45,8	25,0
5. Bandageren/tapen	34,0	34,0	*
6. Acupunctuur	71,7	71,2	73,7
7. Haptonomie	42,8	44,5	38,7
8. NDT/Bobath	50,6	50,1	80,0
9. Pré/postnatale begeleiding	67,1	67,3	60,0
- verbijzondering	66,3	66,4	60,0
- overig	68,3	68,5	60,0
10. Sensomotoriek	69,7	69,3	90,0

* alle cursussen zijn afgerond

Het in de praktijk brengen van het geleerde wordt voor een aantal cursussen gedaan via een stage, naast de praktische lessen tijdens de cursus. In de volgende paragraaf wordt hierop ingegaan.

4.2.7. Wanneer zijn de cursussen gevolgd?

De meeste fysiotherapeuten zijn 5 tot 10 jaar geleden begonnen met een cursus, iets minder vaak begonnen ze korter dan 5 jaar geleden met een cursus, het gemiddelde ligt op 7,5 jaar geleden (de mediaan is 7 jaar). Voorts is de helft van de cursussen minder dan 5 jaar geleden afgerond (de mediaan is 5 jaar). Er is een duidelijke stijging waarneembaar in het verwerven van specifieke deskundigheden gedurende de laatste 10 jaar vergeleken met de periode daarvoor, met als hoogtepunt het midden van de jaren '80, althans voor de fysiotherapeuten uit dit onderzoek, die allen voor 1989 afgestudeerd en werkzaam waren.

In tabel 4.20 staat hoe lang geleden de fysiotherapeuten begonnen met cursussen, ingedeeld in categorieën.

Tabel 4.20.: Aantal jaren geleden dat de cursussen zijn begonnen in categorieën, uitgesplitst naar afronding van de cursussen

	afgerond en nog niet afgerond		afgerond		nog niet afgerond	
	N	%	N	%	N	%
> 30 jaar	13	0,4	13	0,4	0	0,0
20-30 jaar	73	2,1	72	2,4	1	0,2
15-20 jaar	218	6,3	215	7,1	3	0,7
10-15 jaar	644	18,5	627	20,6	17	3,9
5-10 jaar	1379	39,6	1273	41,9	106	24,3
< 5 jaar	1150	33,1	840	7,6	310	70,9
Totaal	3477	100,0	3040	100,0	437	100,0
Missing	262		238		24	

Als we kijken naar de voorbeeldcursussen blijkt dat fysiotherapeuten met sensomotoriek het kortst geleden zijn begonnen, gevolgd door sportfysiotherapie en bandageren/tapen, zoals te zien is in tabel 4.21. NDT/Bobath, bindweefselmassage en pré-en postnatale begeleiding zijn wat betreft het beginpunt de 'oudste' cursussen.

Tabel 4.21.: Gemiddeld aantal jaren geleden dat fysiotherapeuten begonnen zijn met de tien voorbeeldcursussen en deze hebben afgerond

	begonnen	afgerond
1. Manuele therapie	8,8	6,3
- verbijzondering	11,0	7,3
- overig	6,6	5,3
2. Cyriax	7,7	5,1
3. Sportfysiotherapie	7,2	6,8
- verbijzondering	7,0	6,5
- overig	7,9	7,5
4. Bindweefselmassage	11,3	11,0
5. Bandageren/tapen	6,9	6,7
6. Acupunctuur	9,7	6,4
7. Haptonomie	9,1	7,1
8. NDT/Bobath	12,9	12,4
9. Pré/postnatale begeleiding	11,7	11,5
- verbijzondering	8,9	8,6
- overig	15,1	15,0
10. Sensomotoriek	6,1	6,0

Als gevolg van de verschillende lengten van de cursussen laat de afronding een iets ander beeld zien dan het beginpunt van de cursussen. Cyriax is gemiddeld het meest recent afgerond, maar ook acupunctuur, manuele therapie en sensomotoriek zijn relatief kort geleden afgerond.

De tijdsperiode die een cursus in beslag neemt is voor ruim de helft van de cursussen minder dan een jaar (54,6%), hetgeen samenhangt met het grote aantal kortdurende cursussen (zie 4.2.2). Verder deden de fysiotherapeuten over 16,1% van de cursussen 1 jaar, over 14,3% 2 tot 3 jaar en nam 15% van de cursussen 4 jaar of langer in beslag.

Het aantal jaren dat fysiotherapeuten in bezit zijn van hun diploma blijkt samen te hangen met het jaar waarin ze zijn begonnen met een cursus ($p \leq .000$). Kennelijk volgen de meeste fysiotherapeuten na- en bijscholingscursussen in het begin van hun loopbaan.

4.2.8. Instituten

Het onderdeel van vraag 4 over de instituten die na- en bijscholing geven leverde een grote variatie op, zowel in het binnenland als in het buitenland. Helaas wist een kwart van de fysiotherapeuten niet of niet meer aan welk instituut ze een cursus hadden gevolgd dan wel in welke plaats dit was geweest ($N=1027$).

De buitenlandse cursussen zijn hergroepeerd in twee categorieën: de Belgische cursussen (vanwege hun grote aantal) en degene die elders in het buitenland zijn gevolgd. Als andere landen komen onder andere naar voren Engeland ($N=26$) en Zwitserland ($N=11$), terwijl 2 keer China en 1 maal Indonesië voorkomt: beide wat betreft een acupunctuuropleiding. De gegevens over de meest genoemde instituten worden gegeven in tabel 4.22. Voor het totale overzicht van instituten wordt verwezen naar bijlage 3. In onderstaande tabel word ook vermeld hoeveel verschillende plaatsen fysiotherapeuten hebben genoemd voor een bepaald instituut.

Wat betreft het aantal fysiotherapeuten dat in het buitenland cursussen heeft gevolgd dient de volgende kanttekening te worden gemaakt. Een deel van hen is waarschijnlijk enige tijd in het buitenland werkzaam zijn geweest en heeft daar waarschijnlijk tijdens die periode cursussen gevolgd. Daarnaast heeft een ander deel wellicht met name in België een cursus gevolgd, omdat een bepaalde cursus in Nederland was volgeboekt. Via een samenwerking met het Vlaamse Kinesisten Verbond kan in dat geval eenzelfde cursus in België worden gedaan.

Tabel 4.22.: De tien meest genoemde instituten die na- en bijscholing aanbieden en het aantal plaatsen waar de cursussen zijn gevolgd

Instituten	N	%	aantal plaatsen
1. SWSF	546	16,4	16
2. Academies voor fysiotherapie	471	14,1	17
3. NAOG	368	11,1	5
4. SMG Eindhoven	283	8,5	1
5. Instituten in België	232	6,8	15
6. Instituten in buitenland (excl. België)	196	5,9	12
7. Van de Bijl Utrecht	114	3,4	1
8. Papendal	107	3,2	1
9. Sachs-Piët	96	2,9	6
10. Academies voor haptonomie	79	2,4	2
Overig	847	25,3	
Totaal	3339	100,0	

Missing 1027

Vervolgens gaan we na aan welke instituten de voorbeeldcursussen het meest worden gevolgd (zie tabel 4.23). Uit de tabel valt af te lezen dat een aantal instituten eruit springen wat betreft hun aandeel in de markt, zoals de instituten SMG Eindhoven, Sachs-Piët en Worm. Wat betreft de cursus NDT moet worden opgemerkt dat bij opgave voor deze cursus het inde-lingsbureau in Voorburg aan de fysiotherapeut een van de acht instituten aanwijst waar zij/hij geplaatst kan worden. De drie in de tabel voorkomende cursussen zijn het meest genoemd. De inhoud van de NDT-cursussen is in alle gevallen gelijk.

Tabel 4.23.: De meest genoemde instituten waar de tien voorbeeldcursussen zijn gevolgd

Cursus	Instituut	%
1. Manuele therapie	SMG Eindhoven	43
	Van de Bijl Utrecht	17
	De Lutte	10
2. Cyriax	NAOG	60
	België	20
3. Sportfysiotherapie	SWSF	65
4. Bindweefselmassage	Sachs-Piët	51
5. Bandageren/tapen	Academies voor fysiotherapie	59
6. Acupunctuur	ADCA	30
	NVVF	30
7. Haptonomie	Academies voor haptonomie	59
	Veldman	40
8. NDT/Bobath	Academies voor fysiotherapie	30
	Lijndenstein	27
	Trappenberg	21
9. Pré/postnatale begeleiding	SWSF	40
	Fransman	31
10. Sensomotoriek	Worm	69

4.2.9. Doorsturen van patiënten

Aan de fysiotherapeuten die na- en bijscholing hebben gevolgd en/of hiermee bezig zijn (N=1176) is gevraagd of ze vanwege hun specifieke deskundigheden patiënten krijgen doorgestuurd door artsen en collega's. In tabel 4.24 valt af te lezen dat ze van mening zijn dat ze vaak (37,6%) en soms (39,8%) patiënten krijgen doorgestuurd van huisartsen, omdat ze een of meer specifieke deskundigheden bezitten. Voor medisch specialisten ligt het percentage dat volgens hen vaak patiënten stuurt duidelijk lager (14,4%), voor het merendeel sturen zij soms tot nooit patiënten door op grond van de specifieke deskundigheid van de fysiotherapeut. Fysiotherapeuten krijgen niet vaak patiënten van collega's doorgestuurd of - beter gezegd - ze nemen niet vaak een behandeling over van collega's (fysiotherapeuten kunnen officieel niet 'verwijzen'). Benadrukt moet worden dat deze vraag uitsluitend is gesteld aan de fysiotherapeuten. Wellicht zal er een enigszins ander beeld over dit onderwerp ontstaan als de vraag aan de artsen en collega-fysiotherapeuten wordt gesteld.

Tabel 4.24.: De mate van doorsturen van patiënten naar fysiotherapeuten door artsen en collega's vanwege specifieke deskundigheden

		altijd	vaak	soms	bijna nooit	nooit
huisartsen (missing 38)	N	62	428	453	82	113
	%	5,4	37,6	39,8	7,2	9,9
medisch specialisten (missing 167)	N	27	145	359	200	278
	%	2,3	14,4	35,6	19,8	27,6
fysiotherapeuten (missing 190)	N	17	78	389	179	323
	%	1,7	7,9	39,5	18,2	32,8
andere artsen (missing 360)	N	15	55	225	132	389
	%	1,8	6,7	27,6	16,2	47,7

Het blijkt dat fysiotherapeuten die vaker patiënten krijgen doorgestuurd op grond van hun specifieke deskundigheid van de ene arts of fysiotherapeut ook vaker van een ander patiënten krijgen ($p \leq .000$).

4.3. Bekendheid geven aan specifieke deskundigheden

Van de 1176 fysiotherapeuten die één of meer specifieke deskundigheden hebben verworven zegt 75,2% (N=800) hieraan ook bekendheid te hebben gegeven. Bij deze cijfers zijn we uitgegaan van geheel afgeronde cursussen. Aan de fysiotherapeuten is tevens gevraagd op welke wijze(n) ze bekendheid geven aan hun specifieke deskundigheden. In tabel 4.25 wordt

een overzicht gegeven van het aantal verschillende manieren waarop ze dit doen.

Tabel 4.25.: Aantal manieren waarop fysiotherapeuten bekendheid geven aan hun specifieke deskundigheden

	N	%
geen	264	24,7
1	188	17,7
2	168	15,8
3	131	12,3
4	107	10,1
5	80	7,5
≥ 6	126	11,9
Totaal	1064	100,0

De meeste fysiotherapeuten geven op één of twee verschillende manieren informatie over de specifieke deskundigheden die ze verworven hebben (het gemiddelde is 2,5). Twee fysiotherapeuten zeiden dat ze 10 verschillende manieren gebruikten (maximum).

Bijna de helft van fysiotherapeuten geeft de informatie mondeling, maar vaak gebeurt het ook via registratie bij een lidvereniging, vermelding in het telefoonboek of de Gouden Gids, door het plaatsen van een bord naast de deur of voor het raam en via een brief aan huisartsen (zie tabel 4.26). Van deze verschillende wijzen is registratie bij een lidvereniging vooral gericht op het bekend maken van specifieke deskundigheden aan beroepsgenoten. De overige zojuist genoemde wijzen van bekendmaking zijn vooral cliëntgericht, terwijl brieven aan artsen kunnen worden beschouwd als het bekend maken aan de verwijzers van de cliënten/patiënten.

In de categorie 'overig' werd onder andere genoemd: bekend maken via een brochure of in de gemeentegids, door een stempel te zetten op brieven voor het ziekenfonds of (huis)artsen en bekendmaking tijdens een lezing.

Tabel 4.26.: Manieren waarop fysiotherapeuten bekendheid geven aan hun specifieke deskundigheden

	N	%
mondeling	521	49,2
registratie bij lidvereniging	405	38,2
vermelding in telefoonboek/Gouden Gids	348	32,8
bord naast de deur/voor het raam	324	30,6
brief aan huisartsen	319	30,1
briefhoofd	266	25,1
brief aan medisch specialisten	183	17,3
vestigingsadvertentie	98	9,2
brief aan fysiotherapeuten	80	7,5
overig	97	9,2
Totaal	2641	

4.4. Samenvatting

Na- en bijscholing is een algemeen verschijnsel in de fysiotherapie. Bijna alle fysiotherapeuten volgen na hun opleiding na- en bijscholing, gemiddeld 3,5 per persoon. De meeste cursussen worden ook afgerond, slechts bij 7,7% is dit niet het geval. Veel fysiotherapeuten willen bovendien ook in de toekomst aan na- en bijscholing doen: driekwart is van plan om één of meer cursussen te gaan volgen. Naast een grote hoeveelheid cursussen wordt er ook een grote verscheidenheid aan cursussen opgegeven (135 soorten). Het meest genoemd worden manuele therapie (waarvan iets meer dan de helft de officieel erkende verbijzondering), Cyriax en sportfysiotherapie. Acupunctuur en haptonomie, die beide niet tot het fysiotherapeutische beroepsterrein worden gerekend, staan ook in de 'top tien', evenals pré/postnatale begeleiding, samen met manuele therapie en sportfysiotherapie een officieel erkende verbijzondering (de overige van de 10 meest genoemde cursussen zijn de korte cursussen bindweefselmassage en bandageren/tapen, en de cursussen NDT/Bobath en sensomotoriek). Op de lijst van cursussen die fysiotherapeuten in de toekomst willen volgen staan dezelfde cursussen (manuele therapie, sportfysiotherapie en acupunctuur) op dezelfde plaats, deels is er een verschuiving te zien. Onder andere haptonomie en kinderrfysiotherapie komen sterk naar voren.

De studiebelasting die een cursus meebrengt is van invloed op de voltooiing ervan: langere cursussen en cursussen die meer thuisstudie vragen worden vaker afgebroken (met name Cyriax, manuele therapie en acupunctuur). Een kwart van de cursussen duurt 6-12 dagen, bijna een derde heeft een omvang van meer dan 25 cursusedagen. Er wordt gemiddeld ongeveer 3 uur per week aan thuisstudie besteed. Bij ongeveer een kwart van de cursussen hoort een stage, bijvoorbeeld bij kinderrfysiotherapie, manuele therapie en acupunctuur.

De meeste fysiotherapeuten volgen in het begin van hun loopbaan, kort na hun opleiding, na- en bijscholingscursussen. Als meest genoemde instituten voor na- en bijscholing zijn genoemd de SWSF, Academie voor Fysiotherapie, NAOG en SMG Eindhoven. Ook worden relatief vrij vaak cursussen in het buitenland, met name België, gevolgd.

De meeste fysiotherapeuten geven op 1 of 2 verschillende manieren informatie aan beroepsgenoten en (toekomstige) cliënten/patiënten. Als wijze van bekendmaking worden vooral genoemd mondelinge bekendmaking, via registratie bij een lidvereniging, vermelding in telefoonboek/Gouden Gids, een bord bij de praktijk en een brief aan huisartsen.

5. VERKLARING VAN VERSCHILLEN TUSSEN FYSIOTHE- RAPEUTEN EN TUSSEN PRAKTIJKEN

De vraagstellingen en verwachtingen over de samenhang tussen economische en beroepsinhoudelijke, kwalitatieve factoren en het volgen van na- en bijscholingscursussen worden in dit hoofdstuk beantwoord (5.1 en 5.2). We beperken ons bij het weergeven van de omvang van na- en bijscholing tot het aantal gevolgde cursussen en de studiebelasting. Wat betreft de aard van de gevolgde na- en bijscholing gebruiken we de indeling naar fysiotherapeutisch handelen en niet-fysiotherapeutisch handelen en de tien voorbeeldcursussen, zoals die in het vorige hoofdstuk zijn beschreven.

Ook wordt de mogelijke invloed van andere factoren op na- en bijscholing nagegaan (5.3). De samenhangen die worden vermeld hebben betrekking op afgeronde en nog niet afgeronde cursussen samen. De analyses zijn ook gedaan voor uitsluitend afgeronde cursussen, maar deze worden niet weergegeven omdat er weinig verschillen zijn geconstateerd tussen de resultaten van de twee analyses. Voorafgaand wordt in elke paragraaf een beschrijving gegeven van de onderzochte factoren. In paragraaf 5.4 wordt ingegaan op onder andere de redenen die fysiotherapeuten opgeven voor het wel of niet volgen van na- en bijscholing en op hun mening over de aansluiting van de opleiding fysiotherapie op de therapeutische praktijk. Voorts worden de verschillen tussen praktijken nader belicht (5.5) en worden in paragraaf 5.6 de resultaten weergegeven van de multivariate analyses. Ten slotte worden in de laatste paragraaf (5.7) de bevindingen van dit hoofdstuk samengevat.

5.1. Economische factoren

Uren werkzaam

De onderzochte fysiotherapeuten werken gemiddeld 35,3 uur per week. Van de 1236 fysiotherapeuten geven 28 (2,3%) aan minder dan 8 uur te werken en 29,8% zegt meer dan 40 uur per week te werken, waarvan 20 zelfs meer dan 60 uur per week werken. In tabel 5.1 worden de uren dat fysiotherapeuten werkzaam zijn per week weergegeven in categorieën.

Tabel 5.1.: Aantal uren dat fysiotherapeuten werken per week, in categorieën

	N	%
2-16 uur	136	11,1
17-24 uur	148	12,0
25-32 uur	200	16,2
33-40 uur	381	30,9
>40 uur	368	29,8
Totaal	1233	100,0

Missing 3 (0,2%)

Wat betreft de omvang van de na- en bijscholing is er geen significante samenhang geconstateerd tussen het aantal uren dat een fysiotherapeut werkt per week en het aantal gevolgde cursussen, maar wel met de studiebelasting (zie tabel 5.2a). Fysiotherapeuten die meer werken nemen in totaal een grotere studielast op zich.

Voor deze tabel en alle volgende tabellen in dit hoofdstuk die de samenhang weergeven tussen verklarende en te verklaren variabelen geldt het volgende. Indien bijvoorbeeld de te verklaren variable studiebelasting is en de verklarende variabele het aantal uren dat een fysiotherapeut werkzaam is per week (zie tabel 5.2a) staat er, indien het verband significant is ($p \leq .05$) in de tabel een * achter de laatste rij van de studiebelasting, in de laatste kolom van het aantal uren werkzaam. Dit betekent dus dat toename van het aantal uren per week werken samengaat met toename van de studiebelasting. Of - anders gezegd - fysiotherapeuten die minder werken nemen minder studiebelasting op zich.

Wat betreft de aard van de na- en bijscholing in vier groepen (zie bijlage 2) is er een samenhang geconstateerd tussen het aantal uren dat een fysiotherapeut werkt en het volgen van cursussen op het terrein van deskundigheidsbevordering, zoals te zien is in tabel 5.2b.

Er is er een aantal significante verbanden gevonden met de voorbeeldcursussen (zie tabel 5.2c). Fysiotherapeuten die meer werken volgen vaker manuele therapie, Cyriax, sportfysiotherapie (de 'top drie' van de meest gevolgde cursussen) en acupunctuur. Als ze minder werken volgen ze vaker cursussen die als onderwerp hebben: pré- en postnatale begeleiding, NDT en sensomotoriek.

Uit het voorgaande blijkt dat het aantal uren dat een fysiotherapeut werkzaam is meestal geen beletsel vormt om na- en bijscholing te volgen, ook niet de cursussen met een grotere studiebelasting, zoals manuele therapie en acupunctuur. Ze volgen ook vaker deskundigheidsbevorderende cursus-

sen. De door fysiotherapeuten meest gevolgde cursussen zijn ook bij degenen die een langere werkweek hebben populair.

Tabel 5.2a.: samenhang van aantal uren werkzaam per week met de omvang van na- en bijscholing

		≤ 16	17-24	25-32	33-40	> 40
Aantal cursussen:	0	21	12	12	46	32
	1	17	18	19	42	34
	2	24	18	41	61	49
	3	23	24	41	62	78
	4	18	26	24	61	59
	5	11	22	22	49	51
	≥ 6	22	28	41	60	65
Studiebelasting: cat.	0	21	12	12	46	32
	1	11	16	18	30	21
	2	31	38	52	76	59
	3	35	27	47	83	88
	4	16	20	34	80	67
	5	21	31	36	61	95*

* $p \leq .05$

Tabel 5.2b.: samenhang van aantal uren werkzaam per week met de aard van na- en bijscholing

		≤ 16	17-24	25-32	33-40	> 40
Opfriscursussen:	0	79	74	104	205	203
	1	33	46	60	109	106
	≥ 2	24	28	36	67	59
Deskundigheidsbevordering:	0	35	25	30	80	49
	1	32	43	61	98	93
	≥ 2	69	80	109	203	226*
Therapeutisch handelen:	0	109	110	146	283	261
	1	23	34	34	74	78
	≥ 2	4	4	20	24	29
Niet-therapeutisch handelen:	0	127	142	185	355	353
	≥ 1	9	6	15	26	15

* $p \leq .05$

Tabel 5.2c.: samenhang van aantal uren werkzaam per week met de tien voorbeeldcurssussen

		≤ 16	17-24	25-32	33-40	> 40
Manuele therapie	Nee	100	101	131	219	171
	Ja	36	47	69	162	197*
Cyriax	Nee	113	107	141	272	238
	Ja	23	41	59	109	130*
Sportfysiotherapie	Nee	116	132	160	299	244
	Ja	20	16	40	82	124*
Bindweefselmassage	Nee	109	118	161	319	304
	Ja	27	30	39	62	64
Bandageren/tapen	Nee	121	127	179	322	301
	Ja	15	21	21	59	67
Acupunctuur	Nee	123	131	186	333	305
	Ja	13	17	14	48	63*
Haptonomie	Nee	125	132	171	347	341
	Ja	11	16	29	34	27
NDT	Nee	114	126	180	355	343
	Ja	22	22	20	26	25*
Pré- en postnatale begeleiding	Nee	117	122	177	355	355
	Ja	19	26	23	26	13*
Sensomotoriek	Nee	121	126	173	363	353
	Ja	15	22	27	18	15*

* $p \leq .05$

Praktijkgrootte

Van de 1236 fysiotherapeuten hebben 164 een solopraktijk (13,3%) en werken 228 (17,5%) in een praktijk van 8 of meer fysiotherapeuten (zie tabel 5.3). In praktijken met 10 of meer fysiotherapeuten werken 122 (9,9%) van de onderzochte fysiotherapeuten (niet in de tabel vermeld). De grootste praktijk bestaat uit 20 fysiotherapeuten (komt 1 keer voor) en 13 respondenten werken in een praktijk van 19 fysiotherapeuten. Gemiddeld werken de geënquêteerde fysiotherapeuten in een praktijk van 4,9 fysiotherapeuten, de mediaan is 4.

Tabel 5.3.: Grootte van de praktijk waarin fysiotherapeuten werkzaam zijn

	N	%
1	164	13,3
2-3	380	30,8
4-5	283	22,9
6-7	181	14,6
≥ 8	228	17,5
Totaal	1236	100,0

De praktijkgrootte blijkt niet een factor te zijn die de de omvang van na- en bijscholing beïnvloedt. Fysiotherapeuten in grotere praktijken volgen niet meer cursussen dan degene die in kleinere praktijken werken en ook wat betreft de studiebelasting is er geen significant verschil geconstateerd tussen kleine en grote praktijken (zie tabel 5.4a).

Wel is er een samenhang geconstateerd met de aard van de cursussen: in grotere praktijken volgen fysiotherapeuten vaker cursussen die tot de groep 'niet-therapeutisch handelen' behoren, waaronder bijvoorbeeld worden gerekend managementcursussen en een docentenopleiding. Tabel 5.4b geeft een overzicht ervan.

Wat betreft de voorbeeldcursussen blijkt dat in grotere praktijken vaker manuele therapie gevolgd wordt door fysiotherapeuten, evenals sportfysiotherapie en NDT/Bobath. In 5.4c zijn de cijfers weergegeven.

Tabel 5.4a.: samenhang van de praktijkgrootte met de omvang van na- en bijscholing

		1	2-3	4-5	6-7	≥ 8
Aantal cursussen:	0	23	35	25	16	24
	1	13	42	25	26	25
	2	23	67	47	21	35
	3	34	78	46	33	37
	4	21	50	51	29	38
	5	19	39	39	23	36
	≥ 6	31	69	50	33	33
Studiebelasting: cat.	0	23	35	25	16	24
	1	8	35	19	14	20
	2	30	79	55	39	55
	3	30	100	70	37	43
	4	26	60	50	40	41
	5	40	68	60	34	43

Tabel 5.4b.: samenhang van de praktijkgrootte met de aard van na- en bijscholing

		1	2-3	4-5	6-7	≥ 8
Opfriscursussen:	0	90	202	151	100	123
	1	39	113	80	55	67
	≥ 2	35	65	52	26	38
Deskundigheidsbevordering:	0	39	60	47	31	42
	1	45	106	74	50	54
	≥ 2	80	214	162	100	132
Therapeutisch handelen:	0	114	285	202	131	180
	1	34	76	61	38	34
	≥ 2	16	19	20	12	14
Niet-therapeutisch handelen:	0	147	357	272	173	215
	≥ 1	17	23	11	8	13*

* $p \leq .05$

Tabel 5.4c.: samenhang van de praktijkgrootte met de tien voorbeeldcursussen

		1	2-3	4-5	6-7	≥ 8
Manuele therapie	Nee	117	213	157	103	133
	Ja	47	167	126	78	95*
Cyriax	Nee	121	257	203	135	157
	Ja	43	123	80	46	71
Sportfysiotherapie	Nee	133	281	205	144	190
	Ja	31	99	78	37	38*
Bindweefselmassage	Nee	143	316	221	146	187
	Ja	21	64	62	35	41
Bandageren/tapen	Nee	133	327	239	162	191
	Ja	31	53	44	19	37
Acupunctuur	Nee	140	330	245	158	208
	Ja	24	50	38	23	20
Haptonomie	Nee	147	351	255	160	206
	Ja	17	29	28	21	22
NDT	Nee	148	351	264	164	194
	Ja	16	29	19	17	34*
Pré- en postnatale begeleiding	Nee	150	348	259	166	206
	Ja	14	32	24	15	22
Sensomotoriek	Nee	156	350	260	167	206
	Ja	8	30	23	14	22

* $p \leq .05$

De grootte van de praktijk, uitgedrukt in het aantal fysiotherapeuten dat werkt in een praktijk, blijkt dus niet samen te hangen met de omvang van na- en bijscholing, maar wel met het volgen van een drietal voorbeeldcursussen (manuele therapie, sportfysiotherapie en NDT/Bobath) en cursussen die buiten het fysiotherapeutische beroepsterrein liggen.

Fysiotherapeutendichtheid en bevolkingsaantal

Het aantal fysiotherapeuten per 10.000 inwoners dat werkzaam is in de vestigingsplaats van de praktijk bedraagt gemiddeld 7,3 (mediaan=6,9). In twee plaatsen werkt een fysiotherapeut alleen, 14 fysiotherapeuten hebben 15 of meer collega's in de plaats van vestiging. In tabel 5.5 staan de betreffende gegevens (in categorieën).

Tabel 5.5.: Aantallen fysiotherapeuten uitgesplitst naar aantallen fysiotherapeuten per 10.000 inwoners en bevolkingsaantal in de vestigingsplaats van de praktijk

	N	%
Fysiotherapeuten dichtheid		
< 5.5 per 10.000 inwoners	251	20,3
5.5-6.5	271	21,9
6.5-7.5	453	36,7
> 7.5	261	21,1
Bevolkingsaantal		
< 20.000 inwoners	319	25,8
20.000- 40.000	283	22,9
40.000-100.000	281	22,7
> 100.000	353	28,6
Totaal	1236	100,0

Fysiotherapeuten die meer collega's per 10.000 inwoners hebben in de plaats waar de praktijk is gevestigd, volgen meer na- en bijscholingscursussen dan fysiotherapeuten met relatief minder collega's. De studiebelasting laat eveneens significant verband zien (zie tabel 5.6a).

In plaatsen met een geringere fysiotherapeutendichtheid volgen fysiotherapeuten niet vaker cursussen uit een van de vier indelingsgroepen dan fysiotherapeuten die meer collega's hebben in de vestigingsplaats van de praktijk, zoals te zien is in tabel 5.6b.

Tabel 5.6a.: samenhang van de fysiotherapeutendichtheid met de omvang van na- en bijscholing

		< 5.5	5.5-6.5	6.5-7.5	> 7.5
Aantal cursussen:	0	15	25	52	31
	1	34	23	52	22
	2	39	48	79	27
	3	41	62	79	46
	4	39	39	58	53
	5	38	36	42	40
	6	45	38	91	42*
Studiebelasting: cat.	0	15	25	52	31
	1	22	18	41	15
	2	50	50	113	45
	3	55	72	97	56
	4	49	50	66	52
	5	57	47	82	59*

* $p \leq .05$

Tabel 5.6b.: samenhang van de fysiotherapeutendichtheid met de aard van na- en bijscholing

		< 5.5	5.5-6.5	6.5-7.5	> 7.5
Opfriscursussen:	0	126	150	248	142
	1	76	89	121	68
	≥ 2	49	32	84	51
Deskundigheidsbevordering:	0	33	45	89	52
	1	71	76	126	56
	≥ 2	147	150	238	153
Therapeutisch handelen:	0	191	205	336	180
	1	43	49	87	64
	≥ 2	17	17	30	17
Niet-therapeutisch handelen:	0	234	251	431	248
	≥ 1	17	20	22	13

Tenslotte blijkt er een (negatief) verband te bestaan tussen de toename van de fysiotherapeutendichtheid en het volgen van manuele therapie, Cyriax en bandageren/tapen (zie tabel 5.6c). Dit betekent dat fysiotherapeuten deze cursussen eerder volgen als er in de vestigingsplaats van de praktijk minder collega-fysiotherapeuten werken.

Tabel 5.6c.: samenhang van de fysiotherapeutendichtheid met de tien voorbeeldcurssussen

		< 5.5	5.5-6.5	6.5-7.5	> 7.5
Manuele therapie	Nee	131	144	290	158
	Ja	20	127	163	103*
Cyriax	Nee	157	187	344	185
	Ja	94	84	109	76*
Sportfysiotherapie	Nee	189	203	356	205
	Ja	62	68	97	56
Bindweefselmassage	Nee	207	222	369	215
	Ja	44	49	84	46
Bandageren/tapen	Nee	197	243	389	223
	Ja	54	28	64	38*
Acupunctuur	Nee	217	235	401	228
	Ja	34	36	52	33
Haptonomie	Nee	231	251	410	227
	Ja	20	20	43	34
NDT	Nee	236	249	402	234
	Ja	15	22	51	27
Pré- en postnatale begeleiding	Nee	231	248	410	240
	Ja	20	23	43	21
Sensomotoriek	Nee	225	252	421	241
	Ja	26	19	32	20

* $p \leq .05$

Het aantal inwoners van de vestigingsplaats blijkt niet samen te hangen met de omvang van na- en bijscholing. Zowel het aantal cursussen als de studiebelasting wordt niet beïnvloed door het aantal potentiële klanten van de fysiotherapeut (zie tabel 5.7a).

Wat betreft de aard van de na- en bijscholing is een significante samenhang geconstateerd met cursussen die zijn gericht op deskundigheidsbevordering, zoals Cyriax en manuele therapie (zie tabel 5.7b). In plaatsen met een geringere bevolking worden deze cursussen vaker gevolgd dan in grotere plaatsen (met meer inwoners). Tot deze groep cursussen behoren bijvoorbeeld Cyriax, sensomotoriek en kindersfysiotherapie.

Eenzelfde negatief verband is gevonden voor het volgen van sportfysiotherapie en bandageren/tapen: fysiotherapeuten die werkzaam zijn in grotere plaatsen verwerven deze deskundigheden minder vaak. Haptonomie daarentegen wordt wat vaker gevolgd in grotere dan in kleinere plaatsen (zie tabel 5.7c).

Tabel 5.7a.: samenhang van het bevolkingsaantal met de omvang van na- en bijscholing

		< 20.000	20.000-40.000	40.000-100.00	> 100.000
Aantal cursussen:	0	30	25	31	37
	1	38	23	30	40
	2	51	38	56	48
	3	63	46	50	69
	4	50	49	31	59
	5	39	45	37	35
	≥ 6	48	57	46	65
Studiebelasting: cat.	0	30	25	31	37
	1	26	18	20	32
	2	65	59	57	77
	3	83	64	63	70
	4	57	53	51	56
	5	51	61	57	76

Tabel 5.7b.: samenhang van het bevolkingsaantal met de aard van na- en bijscholing

		< 20.000	20.000-40.000	40.000-100.00	> 100.000
Opfriscursussen:	0	165	139	167	195
	1	95	85	68	106
	≥ 2	59	59	46	52
Deskundigheidsbevordering:	0	50	48	53	68
	1	85	57	76	111
	≥ 2	184	178	152	174*
Therapeutisch handelen:	0	248	213	202	249
	1	55	53	52	83
	≥ 2	16	17	27	21
Niet-therapeutisch handelen:	0	306	266	264	328
	≥ 1	13	17	17	25

* $p \leq .05$

Tabel 5.7c.: samenhang van het bevolkingsaantal met de tien voorbeeld-cursussen

		< 20.000	20.000-40.000	40.000-100.00	> 100.000
Manuele therapie	Nee	182	165	159	217
	Ja	137	118	122	136
Cyriax	Nee	216	215	202	240
	Ja	103	68	79	113
Sportfysiotherapie	Nee	241	203	226	283
	Ja	78	80	55	70*
Bindweefselmassage	Nee	257	242	231	283
	Ja	62	41	50	70
Bandageren/tapen	Nee	251	232	248	321
	Ja	68	51	33	32*
Acupunctuur	Nee	283	248	240	310
	Ja	36	35	41	43
Haptonomie	Nee	296	263	253	307
	Ja	23	20	28	46*
NDT	Nee	295	249	253	324
	Ja	24	34	28	29
Pré- en postnatale begeleiding	Nee	290	258	256	325
	Ja	29	25	25	28
Sensomotoriek	Nee	294	256	254	335
	Ja	25	27	27	18

* $p \leq .05$

Samenvattend kan worden opgemerkt dat de fysiotherapeutendichtheid van de vestigingsplaats samenhangt met het volgen van een groter aantal na- en bijscholingscursussen. De aard van de gevolgde cursussen wordt in zoverre beïnvloed dat fysiotherapeuten die in plaatsen werken met een geringere fysiotherapeutendichtheid zich iets vaker bekwamen in veel gevolgde cursussen als manuele therapie en Cyriax.

Een geringere bevolkingsomvang gaat samen met het vaker volgen van cursussen op het terrein van de deskundigheidsbevorderingen van sportfysiotherapie. In plaatsen met meer inwoners bekwamen fysiotherapeuten zich vaker op het gebied van de haptonomie.

Conclusie

In hoofdstuk 2 spraken we de verwachting uit dat de bovengenoemde economische factoren van invloed zouden zijn op het volgen van meer na- en bijscholing en dat ze zouden samenhangen met de aard van de gevolgde cursussen. We moeten hier constateren dat deze verwachting niet is uitgekomen. De veronderstelling was dat fysiotherapeuten die meer werken minder tijd hebben voor na- en bijscholing. Uit het onderzoek blijkt echter dat ze juist meer studiebelasting op zich nemen dan degenen die korter werken. Wellicht zijn de redenen voor het korter werken hiervoor verantwoordelijk. Zo kan bijvoorbeeld het lesgeven aan een Academie voor Fysiotherapie een reden zijn voor het minder werken of kunnen - met name bij vrouwelijke fysiotherapeuten - gezinsomstandigheden een reden zijn. Daarnaast zou het feit dat veel cursussen op zaterdag gegeven worden de restrictie wegnemen dat bij lange werkdagen geen tijd over is voor het volgen van na- en bijscholing. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat minder werken ook minder geld oplevert en dat de kosten van na- en bijscholing een belemmering vormen voor het volgen ervan. Bovendien is het economische belang van het verwerven van specifieke deskundigheden voor hen minder groot.

Voor de mogelijke invloed van andere verklarende variabelen, bijvoorbeeld het geslacht, op de gevonden samenhangen wordt verwezen naar paragraaf 5.6, waar de multivariate-analyse zal worden beschreven.

Voorts veronderstelden we dat fysiotherapeuten in grotere praktijken meer aan na- en bijscholing zouden doen en meer deskundigheidsbevorderende cursussen zouden volgen. Uit het onderzoek is gebleken dat de omvang van de na- en bijscholing echter niet groter is onder fysiotherapeuten die in grotere praktijken werken. Wel volgen ze vaker cursussen die niet tot het fysiotherapeutisch handelen worden gerekend. Voorstelbaar is dat een cursus die bijvoorbeeld de praktijkvoering betreft inderdaad eerder van pas komt in een grote dan in een kleine praktijk.

In plaatsen met een grotere fysiotherapeutendichtheid, dus met meer concurrentie, wordt qua omvang meer aan na- en bijscholing gedaan en meer studiebelasting opgegeven, wat ook door ons verondersteld werd. De verwachte grotere verscheidenheid aan cursussen die gevolgd worden, hebben we daarentegen niet gevonden, althans niet bij de voorbeeldcursussen. Fysiotherapeuten volgen minder vaak onder andere manuele therapie en Cyriax als er meer fysiotherapeuten werkzaam zijn in de plaats waar hun praktijk is gevestigd. Wellicht doen ze vaker na- en bijscholing die niet bij collega's in de eigen praktijk of in de naaste omgeving voorkomt. Eenzelfde invloed als van de fysiotherapeutendichtheid werd verwacht van het aantal inwoners van de vestigingsplaats van de praktijk. Dit aantal blijkt evenwel niet van invloed te zijn op de omvang van na- en bijscholing. Als reden hiervoor kan worden aangevoerd dat het recruteringsgebied van cliënten weliswaar groter is, maar dat het aantal fysiotherapeuten navenant toeneemt met het bevolkingsaantal ($p < .001$). Per saldo is in grote plaatsen het mogelijke cliëntenbestand daarom niet groter dan in kleine plaatsen en is het aantal inwoners geen aanleiding om meer cursussen te volgen.

5.2. Kwalitatieve factoren

Vooropleiding

Sinds het Fysiotherapeutenbesluit van 1977 is voor het volgen van de opleiding tot fysiotherapeut als minimale vooropleiding HAVO vereist. Van de respondenten heeft dan ook een minderheid als hoogste vooropleiding MAVO ingevuld, namelijk 8,2% ($N=101$). De verschillende opleidingen, zoals MMS, HBS en de Academie voor lichamelijke opvoeding, zijn ondergebracht in drie categorieën, te weten:

categorie 1:

MULO/MAVO
HBS 3 jaar

categorie 2:

HAVO/MMS
MBO/MEAO/MTS
VWO 5e klas
doktersassistente

categorie 3:

Atheneum/Gymnasium/HBS
HEAO/HTS
Pedagogische Academie
Academie Lichamelijke Opvoeding
verpleegkundige
radiologisch laborante

In de onderstaande tabel zijn de gegevens vermeld over de hoogste vooropleiding van de geënquêteerde fysiotherapeuten, onderverdeeld in de bovengenoemde categorieën.

Tabel 5.8.: Vooropleiding van fysiotherapeuten

	N	%
categorie 1	101	8,2
categorie 2	382	31,1
categorie 3	745	60,7
Totaal	1228	100,0
Missing 8 (0,6%)		

Fysiotherapeuten met een hogere vooropleiding volgen niet méér cursussen, maar nemen in totaal wel meer studiebelasting op zich. In tabel 5.9a is dit af te lezen.

Voor de aard van de na- en bijscholing die fysiotherapeuten volgen is geen samenhang gevonden tussen een hogere opleiding en het volgen van bijvoorbeeld meer cursussen die als deskundigheidsbevorderend zijn aangemerkt, bijvoorbeeld sportfysiotherapie en NDT (zie tabel 5.9b).

Wat betreft de voorbeeldcursussen blijkt dat fysiotherapeuten met een hogere vooropleiding zich vaker bekwamen in acupunctuur en bindweefselmassage, zoals te zien is in tabel 5.9c

Een hoger opleidingsniveau, dat veelal meer jaren vooropleiding vergt, hangt dus samen met meer studie, uitgedrukt in grotere studiebelasting, en het vaker volgen van onder andere acupunctuur.

Tabel 5.9a.: samenhang van de vooropleiding met de omvang van na- en bijscholing

		Cat. 1	Cat. 2	Cat. 3
Aantal cursussen:	0	10	41	68
	1	9	41	81
	2	11	72	110
	3	13	67	147
	4	17	59	111
	5	15	45	95
	≥ 6	26	57	133
Studiebelasting: cat.	0	10	41	68
	1	7	29	60
	2	17	94	146
	3	22	95	162
	4	16	48	151
	5	28	68	149*

* $p \leq .05$

Tabel 5.9b.: samenhang van de vooropleiding met de aard van na- en bijscholing

		Cat. 1	Cat. 2	Cat. 3
Opfriscursussen:	0	46	211	402
	1	32	108	213
	≥ 2	23	63	130
Deskundigheidsbevordering:	0	20	78	117
	1	27	104	198
	≥ 2	54	200	430
Therapeutisch handelen:	0	71	289	545
	1	19	70	153
	≥ 2	11	23	47
Niet-therapeutisch handelen:	0	93	358	705
	≥ 1	8	24	40

Tabel 5.9c.: samenhang van de vooropleiding met de tien voorbeeldcursussen

		Cat. 1	Cat. 2	Cat. 3
Manuele therapie	Nee	64	231	423
	Ja	37	151	322
Cyriax	Nee	72	284	509
	Ja	29	98	236
Sportfysiotherapie	Nee	77	305	566
	Ja	24	77	179
Bindweefselmassage	Nee	74	334	597
	Ja	27	48	148*
Bandageren/tapen	Nee	88	315	642
	Ja	13	67	103
Acupunctuur	Nee	82	346	645
	Ja	19	36	100*
Haptonomie	Nee	91	343	678
	Ja	10	39	67
NDT	Nee	88	355	671
	Ja	13	27	74
Pré- en postnatale begeleiding	Nee	91	358	673
	Ja	10	24	72
Sensomotoriek	Nee	94	353	685
	Ja	7	29	60

* $p \leq .05$

Professionele betrokkenheid

Om de mate van professionele betrokkenheid te operationaliseren hebben we een drietal factoren gebruikt: het lidmaatschap van één of meer beroepsverenigingen, het lezen van vakliteratuur en het al dan niet bezoeken van congressen. Het lezen van vakliteratuur is als volgt geoperationaliseerd: fysiotherapeuten die zeggen vaak of altijd één of meer vakbladen te lezen, krijgen een score van 1, terwijl de overigen een score van 0 krijgen toebedeeld. Eerst worden de gegevens van de drie factoren afzonderlijk gepresenteerd. Vervolgens geven we de verbanden weer van 'professionele betrokkenheid'. Door optelling van de scores op lidmaatschap, lezen van vakliteratuur en congresbezoek (nee=0 en ja=1) wordt een totaal score voor professionele betrokkenheid verkregen die loopt van 0 tot 3.

In tabel 5.10 (zie volgende pagina) wordt de verdeling van de afzonderlijke factoren weergegeven. Bijna driekwart van de fysiotherapeuten (72,5%) is van minimaal één beroepsvereniging lid. De meeste fysiotherapeuten in dit onderzoek zijn lid van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) (56,8%). Van hen zijn velen tevens lid van de Vereniging van Vrijgevestigde Fysiotherapeuten (VVF) of de Landelijke Vereniging van Fysiotherapeuten (LVFD). Vermeld moet worden dat leden van de VVF en LVFD automatisch ook lid zijn van het KNGF. Dit geldt niet voor het lidmaatschap van de Vereniging van Medewerkers van Fysiotherapeuten in een Vrijgevestigde Praktijk (VMFV). Fysiotherapeuten die minder werken zijn minder vaak lid van een beroepsvereniging, hetgeen vermoedelijk wordt veroorzaakt door de kosten van het lidmaatschap.

Het aantal fysiotherapeuten dat zegt vaak of altijd vakbladen te lezen, is af te lezen in de onderstaande tabel. Meer dan de helft van de fysiotherapeuten noemt het tijdschrift Fysiovisie en het Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie en een kwart leest Issue. In totaal leest 78,2% van de fysiotherapeuten (vaak of altijd) een of meer vaktijdschriften.

Fysiotherapeuten bezoeken vaak congressen: vier van de vijf fysiotherapeuten zegt een of meer keren een congres op het gebied van de fysiotherapie te hebben bezocht dat was georganiseerd in Nederland. Naar het buitenland gaat 9,6% wel eens voor zo'n congres. Daarnaast bezoekt bijna de helft een congres in Nederland op een ander terrein van de gezondheidszorg en ook gaat een aantal van hen naar het buitenland voor zo'n congres (zie tabel 5.10). Slechts 15% is nog nooit naar een congres geweest.

Tabel 5.10.: Aantallen fysiotherapeuten die lid zijn van een beroepsvereniging, vakliteratuur lezen en congressen bezoeken

	N	%
Lid van beroepsvereniging		
Lid van KNGF	792	64,1
waarvan: lid van VVF	499	40,4
lid van LVFD	113	9,1
Lid van VMFV	104	8,4
Geen lid	340	27,5
Lezen van vakliteratuur		
Fysiovisie	701	56,7
Ned. T. v. Fysiotherapie	683	55,3
Issue	334	27,0
Stimulus	224	18,1
Ned. T. v. Manuele Therapie	147	11,9
Respons	123	10,0
Geneeskunde en Sport	95	7,7
Buitenlandse literatuur	88	7,1
Ned. T. v. Geneeskunde	68	5,5
Ned. T. v. Acupunctuur en Natuurgeneeskunde	39	3,2
Medisch Contact	23	1,9
Versus	25	2,0
Overig	122	9,9
Leest geen literatuur	269	15,0
Bezoeken aan congressen		
Fysiotherapie in Nederland	1003	81,1
Fysiotherapie in buitenland	119	9,6
Ander terrein van gezondheidszorg in Nederland	422	34,1
Ander terrein van gezondheidszorg in buitenland	59	4,8
Bezoekt geen congressen	186	15,0

De meest genoemde redenen voor het lezen van vakliteratuur en het bezoeken van congressen zijn: het op de hoogte blijven van algemene ontwikkelingen in de fysiotherapie (76,7%); verdieping van kennis op een specifiek aspect van de fysiotherapie (68,3%); kennis nemen van voor de fysiotherapie beleidsrelevante ontwikkelingen (36,2%). Voorts is nog genoemd het op de hoogte blijven van specifieke ontwikkelingen, zoals manuele therapie, acupunctuur of de eigen specifieke deskundigheden (6,0%) en het voeren van discussies en leggen van contacten met collega's (2,1%).

In tabel 5.11 wordt de score van de fysiotherapeuten weergegeven voor de mate van professionele betrokkenheid. Iets meer dan de helft van de fysiotherapeuten voelt zich sterk betrokken bij zijn beroep, tot uiting komend in de maximale score van drie. De drie factoren vertonen onderling een significante samenhang ($p \leq .05$). Het percentage fysiotherapeuten dat een lage score heeft (0 of 1) blijkt niet zo hoog te zijn, namelijk 16%.

Tabel 5.11.: Mate van professionele betrokkenheid van fysiotherapeuten

	N	%
score 0	19	1,5
1	179	14,5
2	380	30,8
3	658	53,2
Totaal	1236	100,0

Voor zowel het lidmaatschap van een beroepsvereniging als het lezen van vakliteratuur en het bezoeken van congressen is een significant verband gevonden met de omvang van na- en bijscholing, met uitzondering van het verband tussen lezen van vakbladen en het aantal cursussen dat fysiotherapeuten volgen (zie tabel 5.12a).

Ook met de aard van na- en bijscholing zijn significante samenhangen geconstateerd. In tabel 5.12b is te zien dat fysiotherapeuten die lid zijn van een beroepsvereniging vaker cursussen volgen op het terrein van opfriscursussen, deskundigheidsbevordering (zoals sensomotoriek en manuele therapie) en niet-fysiotherapeutisch handelen (bijvoorbeeld een staf- of kadercursus). Het bezoeken van congressen hangt samen met meer kennis opdoen over deskundigheidsbevordering en niet-fysiotherapeutisch handelen, en fysiotherapeuten die vaak of altijd vakliteratuur lezen eveneens meer deskundigheidsbevorderende cursussen volgen.

Van de tien voorbeeldcursussen wordt een aantal ook vaker gevolgd door fysiotherapeuten die op een van de drie genoemde factoren een positieve score hebben. Uit tabel 5.12c blijkt dat dit onder andere manuele therapie, Cyriax en sportfysiotherapie zijn: de top drie van de na- en bijscholingscursussen. Opmerkelijk is voorts het negatieve verband tussen het lezen van vakliteratuur en haptonomie.

Tabel 5.12a.: samenhang van lidmaatschap van een beroepsvereniging, lezen vakliteratuur en bezoeken van congressen met de omvang van na- en bijscholing

		lid		lezen		congresbezoek	
		nee	ja	nee	ja	nee	ja
Aantal cursussen:	0	54	69	30	93	35	88
	1	56	75	36	95	29	102
	2	57	136	49	144	32	161
	3	63	165	51	177	24	204
	4	43	146	40	149	25	164
	5	40	116	27	129	20	136
	≥ 6	27	189*	36	180	21	195*
Studiebelasting: cat.	0	54	69	30	93	35	88
	1	35	61	31	65	25	71
	2	90	168	79	179	41	217
	3	74	206	59	221	47	233
	4	50	167	36	181	17	200
	5	34	211*	30	215*	18	227*

* $p < .05$

Tabel 5.12b.: samenhang van lidmaatschap van een beroepsvereniging, lezen van vakliteratuur en bezoeken van congressen met de aard van na- en bijscholing

		lid		lezen		congresbezoek	
		nee	ja	nee	ja	nee	ja
Opfriscursussen:	0	203	463	152	514	110	556
	1	95	259	78	276	50	304
	≥ 2	42	174*	39	177	26	190
Deskundigheidsbevordering:	0	92	127	60	159	54	165
	1	96	233	77	252	56	273
	≥ 2	152	526*	132	556*	76	612*
Therapeutisch handelen:	0	256	656	189	723	154	758
	1	70	173	65	178	23	220
	≥ 2	14	67	15	66	9	72*
Niet-therapeutisch handelen:	0	331	833	257	907	183	981
	≥ 1	9	63*	12	60	3	69*

* $p \leq .05$

Tabel 5.12c.: samenhang van lidmaatschap van een beroepsvereniging, lezen van vakliteratuur en bezoeken van congressen met de aard van na- en bijscholing

		lid		lezen		congresbezoek	
		nee	ja	nee	ja	nee	ja
Manuele therapie	Nee	225	498	201	522	120	603
	Ja	115	398*	68	445*	66	447
Cyriax	Nee	255	618	186	687	147	726
	Ja	85	278*	83	280	39	324*
Sportfysiotherapie	Nee	287	666	231	722	154	799
	Ja	53	230*	38	245*	32	251
Bindweefselmassage	Nee	289	724	223	790	152	861
	Ja	51	172	46	177	34	189
Bandageren/tapen	Nee	289	763	239	813	160	26
	Ja	51	133	30	154	892	158
Acupunctuur	Nee	309	772	243	838	171	910
	Ja	31	124*	26	129	15	146
Haptonomie	Nee	305	814	229	890	175	944
	Ja	35	82	40	77*	11	106
NDT	Nee	233	834	243	878	180	941
	Ja	53	62*	26	89	6	109*
Pré- en postnatale begeleiding	Nee	313	816	242	887	175	954
	Ja	27	80	27	80	11	96
Sensomotoriek	Nee	316	823	252	887	172	967
	Ja	24	73	17	80	14	83

* $p \leq .05$

Een grotere professionele betrokkenheid blijkt samen te gaan met meer na- en bijscholing, zowel wat betreft het aantal cursussen als de studiebelasting (zie tabel 5.13a). Dit verband is hierboven ook al geconstateerd met de drie afzonderlijke factoren.

Ook verwerven fysiotherapeuten die zich meer betrokken voelen bij hun beroep en beroepsgroep vaker specifieke deskundigheden ter opfrissing, deskundigheidsbevordering en niet-therapeutisch handelen: hetzelfde is geconstateerd voor de drie factoren apart. In tabel 5.13b staan de betreffende cijfers.

Tenslotte wordt uit tabel 5.13c duidelijk dat professionele betrokkenheid vrijwel dezelfde samenhang vertoont met de voorbeeldcursussen als met de afzonderlijke factoren. Alleen het (verrassende) negatieve verband van lezen van vakliteratuur en het volgen van haptonomie is hier niet gevonden.

Tabel 5.13a.: samenhang van professionele betrokkenheid met de omvang van na- en bijscholing

		0-1	2	3
Aantal cursussen:	0	30	57	36
	1	38	42	51
	2	33	70	90
	3	32	70	126
	4	24	55	110
	5	19	46	91
	≥ 6	22	40	154*
Studiebelasting: cat.	0	30	57	36
	1	29	29	38
	2	60	85	113
	3	39	95	146
	4	23	56	138
	5	15	52	178*

* $p \leq .05$

Tabel 5.13b.: samenhang van professionele betrokkenheid met de aard van na- en bijscholing

		0-1	2	3
Opfriscursussen:	0	115	224	327
	1	58	102	194
	≥ 2	25	54	137*
Deskundigheidsbevordering:	0	55	91	73
	1	61	105	163
	≥ 2	82	184	422*
Therapeutisch handelen:	0	155	273	484
	1	35	85	123
	≥ 2	8	22	51
Niet-therapeutisch handelen:	0	193	367	604
	≥ 1	5	13	54*

* $p \leq .05$

Tabel 5.13c.: samenhang van professionele betrokkenheid met de aard van na- en bijscholing

		0-1	2	3
Manuele therapie	Nee	148	237	338
	Ja	50	143	320*
Cyriax	Nee	145	283	445
	Ja	53	97	213*
Sportfysiotherapie	Nee	170	317	466
	Ja	28	63	192*
Bindweefselmassage	Nee	160	329	524
	Ja	38	51	134
Bandageren/tapen	Nee	172	326	554
	Ja	26	54	104
Acupunctuur	Nee	185	334	562
	Ja	13	46	96*
Haptonomie	Nee	176	341	602
	Ja	22	39	56
NDT	Nee	188	348	585
	Ja	10	32	73*
Pré- en postnatale begeleiding	Nee	178	356	595
	Ja	20	24	63
Sensomotoriek	Nee	183	357	599
	Ja	15	23	59

* $p \leq .05$

Dit alles samenvattend, kunnen we concluderen dat fysiotherapeuten die lid zijn van een beroepsvereniging, vakliteratuur lezen en congressen bezoeken meer na- en bijscholing volgen, op alle onderscheiden terreinen, en vaker de meest populaire cursussen volgen dan fysiotherapeuten die zich minder betrokken voelen bij de fysiotherapie.

Overleg

Aan de fysiotherapeuten is gevraagd hoe vaak per maand zij overleggen met andere hulpverleners in de gezondheidszorg. Met overleg wordt zowel vast overleg bedoeld (bijvoorbeeld één keer per week op een bepaalde tijd) als overleg dat niet plaats vindt op vaste tijden, maar incidenteel. De volgende antwoordcategorieën konden worden aangekruist: geen overleg, <1 keer per maand, 1-2 keer, 3-4 keer, 5-8 keer en >8 keer per maand. In tabel 5.14 staan de aantallen vermeld met eronder de percentages.

Tabel 5.14.: Mate van overleg tussen fysiotherapeuten en andere hulpverleners in de gezondheidszorg

		aantal keren per maand					
		0	< 1	1-2	3-4	5-8	> 8
collega's binnen praktijk (missing 139)	N	52	63	177	249	172	384
	%	4,7	5,7	16,1	22,7	15,7	35,0
collega's buiten praktijk (missing 278)	N	244	325	244	103	23	19
	%	25,5	33,9	25,5	10,8	2,4	2,0
huisartsen (missing 79)	N	33	164	329	261	164	206
	%	2,9	14,2	28,4	22,6	14,2	17,8
medisch specialisten (missing 204)	N	152	340	293	149	63	35
	%	14,7	32,9	28,4	14,4	6,1	3,4
andere hulpverleners (missing 478)	N	239	218	163	69	32	37
	%	31,5	28,8	21,5	9,1	4,2	4,9

Uit de tabel valt af te lezen dat fysiotherapeuten het meest overleggen met collega's binnen de praktijk en met huisartsen. Maar ook met medisch specialisten vindt regelmatig, zij het minder frequent, overleg plaats. Gezien het feit dat huisartsen ook de belangrijkste verwijzers zijn naar fysiotherapeuten is deze bevinding niet verwonderlijk. Overigens blijkt dat fysiotherapeuten die meer overleggen met de ene hulpverlener ook meer overleg voeren met andere hulpverleners ($p \leq .001$).

Overleg met collega-fysiotherapeuten, zowel binnen als buiten de praktijk, laat geen samenhang zien met de aard en de omvang van na- en bijscholing. Overleg met huisartsen en medisch specialisten hangt evenmin samen met de aard van na- en bijscholing. Voor overleg met de laatstgenoemde hulpverleners is wat betreft de omvang van na- en bijscholing wel een significante samenhang geconstateerd met de studiebelasting: meer overleg gaat vergezeld van een grotere studiebelasting (zie tabel 5.15 en 5.16).

Tabel 5.15: samenhang van overleggen met huisartsen met de omvang van na- en bijscholing

		aantal keren overleg per maand				
		niet of < 1	1-2	3-4	5-8	> 8
Aantal cursussen:	0	14	36	28	12	13
	1	19	44	22	15	23
	2	24	56	37	22	44
	3	42	52	45	35	41
	4	35	47	43	25	29
	5	24	32	37	25	29
	≥ 6	39	62	49	30	27
Studiebelasting: cat.	0	14	36	28	12	13
	1	14	35	21	7	13
	2	51	72	41	29	46
	3	47	66	70	37	50
	4	23	53	52	43	42
	5	45	61	46	34	47*

* $p \leq .05$

Tabel 5.16.: samenhang van overleggen met medisch specialisten met de omvang van na- en bijscholing

		aantal keren overleg per maand				
		niet	< 1	1-2	3-4	> 4
Aantal cursussen:	0	10	36	25	14	6
	1	22	35	30	8	15
	2	21	52	49	26	18
	3	33	56	57	21	20
	4	22	50	48	24	12
	5	13	38	37	29	13
	≥ 6	31	73	47	27	14
Studiebelasting: cat.	0	10	36	25	14	6
	1	10	32	23	8	10
	2	40	71	57	23	18
	3	35	86	60	27	26
	4	21	46	64	44	16
	5	32	65	62	32	22*

* $p \leq .05$

Uit het bovenstaande kunnen we opmaken dat de mate van overleg met andere hulpverleners niet de aard van de na- en bijscholing beïnvloedt. Wel geven fysiotherapeuten die vaker overleggen met huisartsen en medisch specialisten aan dat ze een grotere studiebelasting op zich nemen.

Stimulans

Bijna de helft van de fysiotherapeuten (46,6%) zegt niet gestimuleerd te zijn tot het volgen van cursussen door collega's of door anderen. Bij degenen die wel gestimuleerd zijn gebeurde dit het meest door collega's binnen de praktijk en - in mindere mate - door collega's buiten de praktijk (zie tabel 5.17). Als 'anderen' zijn bijvoorbeeld genoemd patiënten en een sportvereniging.

Tabel 5.17.: Aantallen fysiotherapeuten die gestimuleerd worden door anderen tot het volgen van na- en bijscholingscursussen

gestimuleerd door	N	%
collega's binnen praktijk	471	39,4
collega's buiten praktijk	265	22,2
partner/omgeving	72	6,0
huisarts/medisch specialist	36	3,0
overig	41	3,4
niet gestimuleerd	571	46,6

Missing 42 (3,4%)

De meeste fysiotherapeuten werden door één (of meer) personen uit één van de genoemde categorieën gestimuleerd om cursussen te gaan volgen (64%, N=397), vier fysiotherapeuten noemden vier categorieën.

Hoewel dus een kleine meerderheid van de fysiotherapeuten wel wordt gestimuleerd tot het volgen van na- en bijscholing blijkt dit niet samen te hangen met het aantal gevolgde cursussen, maar wel met de studiebelasting, zoals te zien is in tabel 5.18a.

Tussen de aard van na- en bijscholing en stimulans is geen significant verband gevonden (zie tabel 5.18b). Fysiotherapeuten worden dus niet aangeemoedigd om cursussen uit een van de indelingsgroepen te volgen.

Bij de voorbeeldcursussen zien we ten slotte dat cursussen over haptonomie en bandageren/tapen vaker wordt gevolgd door fysiotherapeuten als ze gestimuleerd worden door anderen. In tabel 5.18c is dit weergegeven.

Tabel 5.18a.: samenhang van stimulans met de omvang van na- en bijscholing

		niet gestimu- leerd	door 1 persoon gestimuleerd	door ≥ 2 personen gestimuleerd
Aantal cursussen:	0	60	32	15
	1	72	38	16
	2	89	58	42
	3	105	73	44
	4	82	72	28
	5	68	55	30
	≥ 6	98	69	48
Studiebelasting: cat.	0	60	32	15
	1	51	35	7
	2	115	85	52
	3	117	96	59
	4	94	80	40
	5	128	66	48*

* $p \leq .05$

Tabel 5.18b.: samenhang van stimulans met de aard van na- en bijscholing

		niet gestimu- leerd	door 1 persoon gestimuleerd	door ≥ 2 personen gestimuleerd
Opfriscursussen:	0	324	203	105
	1	159	115	74
	≥ 2	91	79	44
Deskundigheidsbevordering:	0	107	64	28
	1	161	103	55
	≥ 2	306	230	140
Therapeutisch handelen:	0	425	292	163
	1	108	82	47
	≥ 2	41	23	13
Niet-therapeutisch handelen:	0	544	373	208
	≥ 1	30	24	15

Tabel 5.18c.: samenhang van stimulans met de aard van na- en bijscholing

		niet gestimu- leerd	door 1 persoon gestimuleerd	door $\geq$ 2 personen gestimuleerd
Manuele therapie	Nee	335	234	122
	Ja	293	163	101
Cyriax	Nee	414	271	149
	Ja	160	126	74
Sportfysiotherapie	Nee	429	307	180
	Ja	145	90	43
Bindweefselmassage	Nee	481	316	175
	Ja	93	81	48
Bandageren/tapen	Nee	480	343	190
	Ja	94	54	33*
Acupunctuur	Nee	491	341	211
	Ja	83	56	12
Haptonomie	Nee	522	368	191
	Ja	52	29	32*
NDT	Nee	523	361	197
	Ja	51	36	26
Pré- en postnatale begeleiding	Nee	526	369	195
	Ja	48	28	28
Sensomotoriek	Nee	533	366	199
	Ja	41	31	24

* $p \leq .05$

Voorts is eveneens onderzocht of er een significante samenhang is tussen de soort persoon die de fysiotherapeut stimuleert en de omvang en aard van na- en bijscholing. Het blijkt dat stimulans door collega-fysiotherapeuten binnen de praktijk een significant verband vertoont met de studiebelasting ($p < .05$) en het verwerven van kennis over bindweefselmassage ($p \leq .05$).

Fysiotherapeuten die gestimuleerd worden door collega's die niet tot hun eigen praktijk behoren volgen significant vaker een opleiding manuele therapie en acupunctuur ($p \leq .05$ resp. $p \leq .001$). Ten slotte wordt acupunctuur ook vaker gedaan door fysiotherapeuten die door één van de andere bovengenoemde hulpverleners, bijvoorbeeld een arts, wordt aangemoedigd tot na- en bijscholing ($p \leq .05$).

We kunnen stellen dat fysiotherapeuten die gestimuleerd worden door andere hulpverleners, met name door collega-fysiotherapeuten, om na- en bijscholing te volgen meer studiebelasting aangeven. Wat betreft de aard van de na- en bijscholing zien we dat stimulans door fysiotherapeuten bui-

ten de praktijk en door andere hulpverleners samenhangt met het vaker verwerven van kennis over acupunctuur en manuele therapie.

Patiëntencategorieën

Uit de beantwoording van de vraag of fysiotherapeuten in hun werk veel te maken hebben met een of meer specifieke patiëntencategorieën blijkt dat dit vooral kinderen betreft, patiënten met sportletsels en reumapatiënten. In tabel 5.19 zijn de antwoorden op deze vraag vermeld. Tot de categorie 'overig' behoren onder andere zwangeren, incontinentiepatiënten, geestelijk gehandicapten en patiënten met multipale sclerose.

Tabel 5.19.: Patiëntencategorieën waarmee fysiotherapeuten in hun werk veel mee te maken hebben

	N	%
kinderen	131	10,6
sportletsels	82	6,6
ouderen	75	6,1
reumapatiënten	50	4,0
CARA-patiënten	26	2,1
patiënten met neurologische aandoeningen	25	2,0
patiënten met orthopedische aandoeningen	22	1,7
overig	84	6,8
geen specifieke patiëntencategorieën	778	62,9

Fysiotherapeuten die veel werken met patiënten met sportletsels volgen significant vaker cursussen op het gebied van de sportfysiotherapie/sportgezondheidszorg ($p \leq .001$). Voor de fysiotherapeuten die aangeven veel met kinderen te werken is eveneens een significant verschil geconstateerd in het volgen van cursussen die zijn gericht op kinderen ($p < .001$). Tot deze groep cursussen zijn gerekend kinderfysiotherapie, NDT voor kinderen en CARA bij kinderen.

Conclusie

De beroepsinhoudelijke, kwalitatieve factoren vertonen voor een deel die samenhang met het volgen van na- en bijscholing die we verwachtten (zie 2.4). Een hogere vooropleiding komt, zoals verondersteld was, tot uiting in een grotere omvang van na- en bijscholing, wat erop zou kunnen wijzen dat hoger opgeleide fysiotherapeuten eerder ernaar neigen om zwaardere na- en bijscholing te volgen. Wellicht kunnen ze daarnaast de stof ook gemakkelijker in zich opnemen.

Fysiotherapeuten die vaker overleggen met huisartsen en medisch specialisten volgen na- en bijscholing die een grotere studiebelasting betekent. De eveneens veronderstelde invloed van overleg op de aard van na- en bij-

scholing is niet gevonden. Meer overleg tussen fysiotherapeuten en collega's of artsen blijkt niet of nauwelijks van invloed te zijn op de aard van de na- en bijscholing. De reden hiervan kan zijn dat - indien een arts patiënten wil verwijzen voor wie een bepaalde specifieke deskundigheid gewenst is - dit niet afhankelijk is van de mate van overleg, omdat een specifiek eenmalig contact met de fysiotherapeut hiervoor voldoende is.

Voor fysiotherapeuten die gestimuleerd worden - wat vooral door collega's gebeurt - geldt dat ze een grotere studiebelasting op zich nemen. In dit opzicht is stimulans dus een belangrijk gegeven, zoals we ook veronderstelden. Voor de aard van na- en bijscholing is deze stimulans echter van minder belang. Kennelijk hebben fysiotherapeuten hun eigen ideeën over de soort cursussen die ze willen volgen.

Het werken met specifieke patiëntencategorieën gaat samen met het volgen van cursussen die gericht zijn op die bepaalde categorieën. Fysiotherapeuten die veel kinderen en patiënten met sportletsels in hun patiëntenbestand hebben volgen significant vaker cursussen op de betreffende terreinen.

De factor die het meest bijdraagt aan het verklaren van het volgen van na- en bijscholing is professionele betrokkenheid. Zowel het lidmaatschap van een beroepsvereniging als het lezen van vakliteratuur en het bezoeken van congressen hangt samen met de omvang en de aard van na- en bijscholing, wat we reeds veronderstelden (zie 4.2). Waarschijnlijk bezitten fysiotherapeuten die zich meer betrokken voelen bij hun beroep en beroepsgroep een professionele attitude die leidt tot het volgen van meer na- en bijscholingscursussen. Belangrijk is voorts dat er kennelijk een, zij het niet zo grote, groep fysiotherapeuten is die moeilijk bereikt kan worden, omdat deze fysiotherapeuten geen vakliteratuur lezen of naar een congres gaan en ook geen lid zijn van een beroepsvereniging. Het feit dat zij niet of in geringere mate een professionele betrokkenheid vertonen blijkt samen te hangen met het minder volgen van na- en bijscholing. Welke gevolgen dit kan hebben voor het beleid inzake na- en bijscholing zal ter sprake komen in het slothoofdstuk van dit rapport.

Wat betreft de in deze paragraaf (en in de rest van dit hoofdstuk) gevonden verbanden moet de lezer bij de interpretaties van de resultaten in het achterhoofd houden dat de gevonden correlaties strikt genomen geen causale verbanden zijn.

5.3. Overige factoren

Geslacht

We hebben onderzocht of het feit dat een fysiotherapeut vrouw of man is samenhangt met het volgen van na- en bijscholing. Het geslacht van de fysiotherapeut blijkt allereerst samen te hangen met de omvang van na- en bijscholing. Mannelijke fysiotherapeuten nemen een grotere studiebelasting op zich, maar de vrouwen volgen in totaal meer cursussen. In tabel 5.20a worden de gegevens gepresenteerd.

Voor de aard van de na- en bijscholing zijn eveneens een aantal significante verschillen gevonden. Vrouwelijke fysiotherapeuten volgen vaker opfriscursussen, zoals reumatologie en bindweefselmassage, terwijl hun mannelijke collega's zich meer richten op therapeutisch handelen, waartoe bijvoorbeeld acupunctuur en haptonomie behoren, en niet-therapeutisch handelen. Tabel 5.20b geeft hiervan een overzicht.

Verder zijn er een aantal significante verbanden met het volgen van de voorbeeldcursussen. Sommige cursussen worden vaker gedaan door vrouwen, andere doen mannelijke fysiotherapeuten vaker. Uit tabel 5.20c blijkt dat pré- en postnatale begeleiding duidelijk een 'vrouwelijke deskundigheid' is te noemen. Slechts 7 mannen volgden deze cursus. Ook voor andere cursussen geldt dit, zij het in mindere mate. Bindweefselmassage, sensomotoriek, NDT en sensomotoriek worden vaker door vrouwen dan mannen gedaan. Daarnaast doen vrouwelijke fysiotherapeuten vaker cursussen die op kinderen zijn gericht ($p \leq .001$, niet in de tabel opgenomen).

Mannen daarentegen volgen vaker manuele therapie, sportfysiotherapie en acupunctuur. Deze cursussen kunnen gerekend worden tot de zwaardere cursussen, gezien de lengte en vaak bijbehorende stage en thuisstudie.

Tabel 5.20a.: samenhang van geslacht met de omvang van na- en bijscholing

		man	vrouw
Aantal cursussen:	0	61	62
	1	78	53
	2	113	80
	3	128	100
	4	118	71
	5	87	69
	≥ 6	97	119*
Studiebelasting: cat.	0	61	62
	1	41	55
	2	121	137
	3	167	113
	4	126	91
	5	157	88*

* $p \leq .05$

Tabel 5.20b.: samenhang van geslacht met de aard van na- en bijscholing

		man	vrouw
Opfriscursussen:	0	407	259
	1	180	174
	≥ 2	95	121*
Deskundigheidsbevordering:	0	111	108
	1	187	142
	≥ 2	384	304
Therapeutisch handelen:	0	479	433
	1	142	101
	≥ 2	61	20*
Niet-therapeutisch handelen:	0	629	535
	≥ 1	53	19*

* $p \leq .05$

Tabel 5.20c.: samenhang van geslacht met de tien voorbeeldcursussen

		man	vrouw
Manuele therapie	Nee	319	404
	Ja	363	150*
Cyriax	Nee	472	401
	Ja	210	153
Sportfysiotherapie	Nee	472	481
	Ja	210	73*
Bindweefselmassage	Nee	590	423
	Ja	92	131*
Bandageren/tapen	Nee	584	468
	Ja	98	86
Acupunctuur	Nee	572	509
	Ja	110	45*
Haptonomie	Nee	626	493
	Ja	56	61
NDT	Nee	645	476
	Ja	37	78*
Pré- en postnatale begeleiding	Nee	675	454
	Ja	7	100*
Sensomotoriek	Nee	656	483
	Ja	26	71*

* $p \leq .05$

Samengevat is na- en bijscholing bij mannelijke fysiotherapeuten dus omvangrijker dan bij hun vrouwelijke collega's, hoewel deze laatsten wel meer verschillende soorten cursussen volgen. Vrouwen doen vaker opfriscursussen, die veelal wat korter duren, wat wellicht de reden is dat ze in totaal een groter aantal cursussen doen dan mannen. Sommige na- en bijscholingscursussen zijn echt 'vrouwencursussen' te noemen, waarbij pré- en postnatale begeleiding er echt uitspringt.

Mannen bekwamen zich vaker in cursussen die meer studiebelasting vragen, zoals manuele therapie, sportfysiotherapie en acupunctuur. Deze laatste deskundigheid behoort tot de groep cursussen 'niet-fysiotherapeutisch handelen', een groep waar mannen eveneens meer op gericht zijn dan vrouwen.

Aantal jaren in bezit van diploma

Het aantal jaren dat een fysiotherapeut is gediplomeerd is gemiddeld 13,4 jaar. In tabel 5.21 is het aantal jaren in categorieën weergegeven. Zoals wel verwacht kon worden, vertoont het aantal jaren dat een fysiotherapeut in bezit is van het basisdiploma een sterke correlatie met de leeftijd van de fysiotherapeut ($p \leq .001$). We geven daarom alleen de verbanden weer voor het aantal jaren dat fysiotherapeuten gediplomeerd zijn, omdat dit gegeven beter inpasbaar is ten aanzien van eventuele beleidsmaatregelen.

Tabel 5.21.: Aantal jaren dat fysiotherapeuten gediplomeerd zijn, in categorieën

	N	%
0- 5 jaar	89	7,2
6-10 jaar	333	27,0
11-15 jaar	427	34,6
16-20 jaar	224	18,1
> 20 jaar	163	13,1
Totaal	1236	100,0

Fysiotherapeuten die langer gediplomeerd zijn, hebben meer aan na- en bijscholing gedaan. Ze hebben meer cursussen gevolgd en ook een hogere studiebelasting gehad, wat blijkt uit tabel 5.22a.

Fysiotherapeuten die langer gediplomeerd zijn, hebben vaker cursussen gevolgd ter bevordering van deskundigheid, zoals onder andere NDT, en op het gebied van therapeutisch handelen, bijvoorbeeld haptonomie. Tabel 5.22b geeft een overzicht hiervan.

Voor de voorbeeldcursussen zijn er significante verbanden gevonden voor een zestal cursussen, zij het niet steeds in dezelfde richting. Haptonomie, NDT, sensomotoriek en bindweefselmassage worden allemaal vaker gevolgd

door fysiotherapeuten die langer gediplomeerd zijn. Maar voor manuele therapie en Cyriax geldt dat deze cursussen vaker gevolgd worden door fysiotherapeuten die korter geleden hun opleiding fysiotherapie hebben beëindigd (zie tabel 5.22c).

Tabel 5.22a.: samenhang van aantal jaren in bezit van diploma met de omvang van na- en bijscholing

		0-5	6-10	11-15	16-20	> 20
Aantal cursussen:	0	8	28	36	21	30
	1	24	47	36	17	7
	2	21	60	60	34	18
	3	18	70	85	29	26
	4	11	49	65	42	22
	5	2	36	62	37	19
	≥ 6	5	43	83	44	41*
Studiebelasting: cat.	0	8	28	36	21	30
	1	15	30	29	10	12
	2	33	79	81	37	28
	3	18	92	98	47	25
	4	10	68	78	40	21
	5	5	36	100	64	40*

* $p \leq .05$

Tabel 5.22b.: samenhang van aantal jaren in bezit van diploma met de aard van na- en bijscholing

		0-5	6-10	11-15	16-20	> 20
Opfriscursussen:	0	56	195	224	109	82
	1	19	87	124	75	49
	≥ 2	14	51	79	40	32*
Deskundigheidsbevordering:	0	21	51	65	42	40
	1	32	99	106	54	38
	≥ 2	36	183	256	128	85*
Therapeutisch handelen:	0	73	256	305	153	125
	1	15	62	90	53	23
	≥ 2	1	15	32	18	15*
Niet-therapeutisch handelen:	0	89	315	402	208	150
	≥ 1	0	18	25	16	13

* $p \leq .05$

Tabel 5.22c.: samenhang van aantal jaren in bezit van diploma met de tien voorbeeldcursussen

		0-5	6-10	11-15	16-20	> 20
Manuele therapie	Nee	51	192	237	129	114
	Ja	38	141	190	95	49*
Cyriax	Nee	73	218	286	163	133
	Ja	16	115	141	61	30*
Sportfysiotherapie	Nee	71	261	309	178	134
	Ja	18	72	118	46	29
Bindweefselmassage	Nee	85	288	344	163	133
	Ja	4	45	83	61	30*
Bandageren/tapen	Nee	75	274	360	202	141
	Ja	14	59	67	22	22
Acupunctuur	Nee	82	302	367	191	140
	Ja	7	31	60	33	23
Haptonomie	Nee	88	307	381	196	147
	Ja	1	26	46	28	16*
NDT	Nee	88	318	398	188	129
	Ja	1	15	29	36	34*
Pré- en postnatale begeleiding	Nee	84	313	393	199	141
	Ja	5	20	34	25	22*
Sensomotoriek	Nee	83	305	398	201	152
	Ja	6	28	29	23	11

* $p \leq .05$

De resultaten samenvattend, kan worden gezegd dat de omvang van na-en bijscholing groter is onder fysiotherapeuten die langer gediplomeerd zijn. Uitgezonderd de opfriscursussen en de cursussen die niet op het fysiotherapeutische beroepsterrein liggen, worden de meeste cursussen vaker gevolgd door fysiotherapeuten die langer gediplomeerd zijn, terwijl de twee meest frequent gevolgde cursussen (manuele therapie en Cyriax) vaker door fysiotherapeuten worden gedaan die korter geleden zijn afgestudeerd.

Functie

Van de 1236 geënquêteerde fysiotherapeuten heeft 70,5% (N=871) een eigen praktijk of is maatschapslid. De overigen (N=365) werken volgens een arbeidsovereenkomst (14,8%), op notabasis (11,4%) of werken bij een gezondheidscentrum of Stichting of zijn in dienst als medewerker (in totaal 3,3%).

De functie die een fysiotherapeut heeft in de praktijk waar zij/hij werkt, hangt samen met de omvang van na- en bijscholing. Een fysiotherapeut die een eigen praktijk heeft of maatschapslid is, volgt meer cursussen en heeft een grotere studiebelasting dan een fysiotherapeut die bijvoorbeeld werkt volgens een arbeidsovereenkomst (zie tabel 5.23a).

Daarnaast doet een praktijkhouder/maatschapslid vaker cursussen op de volgende gebieden: deskundigheidsbevordering (zoals sportfysiotherapie), therapeutisch handelen (bijvoorbeeld acupunctuur) en niet-therapeutisch handelen (onder andere 'scholing in wetenschap'). Tabel 5.23b geeft een beeld hiervan.

Verder volgen fysiotherapeuten die maatschapslid zijn of een eigen praktijk hebben significant vaker cursussen over sportfysiotherapie en acupunctuur, zoals te zien is in tabel 5.23c.

Tabel 5.23a.: samenhang van functie met de omvang van na- en bijscholing

		eigen praktijk/ maatschapslid	geen eigen praktijk/ geen maatschapslid
Aantal cursussen:	0	88	35
	1	67	64
	2	125	68
	3	164	64
	4	138	51
	5	120	36
	≥ 6	169	47*
Studiebelasting: cat.	0	88	35
	1	57	39
	2	158	100
	3	180	100
	4	164	53
	5	207	38*

* $p \leq .05$

Tabel 5.23b.: samenhang van functie en met de aard van na- en bijscholing

		eigen praktijk/ maatschapslid	geen eigen praktijk/ geen maatschapslid
Opfriscursussen:	0	468	198
	1	250	104
	≥ 2	153	63
Deskundigheidsbevordering:	0	154	65
	1	211	118
	≥ 2	506	182*
Therapeutisch handelen:	0	611	301
	1	190	53
	≥ 2	70	11*
Niet-therapeutisch handelen:	0	810	354
	≥ 1	61	11*

* $p \leq .05$

Tabel 5.23c.: samenhang van functie met de tien voorbeeldcursussen

		eigen praktijk/ maatschapslid	geen eigen praktijk/ geen maatschapslid
Manuele therapie	Nee	510	213
	Ja	361	152
Cyriax	Nee	603	270
	Ja	268	95
Sportfysiotherapie	Nee	654	299
	Ja	217	66*
Bindweefselmassage	Nee	711	302
	Ja	160	63
Bandageren/tapen	Nee	743	309
	Ja	128	56
Acupunctuur	Nee	735	346
	Ja	136	19*
Haptonomie	Nee	783	336
	Ja	88	29
NDT	Nee	787	334
	Ja	84	31
Pré- en postnatale begeleiding	Nee	801	328
	Ja	70	37
Sensorimotoriek	Nee	803	336
	Ja	68	29

* $p \leq .05$

De resultaten laten zien dat fysiotherapeuten die werken in een eigen praktijk of lid zijn van een maatschap meer aan na- en bijscholing doen en een grotere verscheidenheid aan cursussen volgen, gemeten naar de indeling fysiotherapeutisch/niet-fysiotherapeutisch handelen. Ook verwerven ze vaker kennis over sportfysiotherapie en acupunctuur dan hun collega's die geen praktijkhouder of maatschapslid zijn.

Werkervaring op andere terreinen van de gezondheidszorg dan de eerstelijnsgezondheidszorg

Onze onderzoeksgroep bestaat uitsluitend uit fysiotherapeuten die - op het moment dat het onderzoek werd uitgevoerd - werkzaam waren in de eerstelijnsgezondheidszorg. We hebben de fysiotherapeuten gevraagd of ze voor die tijd in andere settings dan de eerstelijnsgezondheidszorg hebben gewerkt of daar momenteel (nog) werken, naast hun werk als fysiotherapeut in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Het aantal fysiotherapeuten dat nu in de eerstelijnsgezondheidszorg werkzaam is en daarnaast ook in de tweede lijn werkt of heeft gewerkt bedraagt 502 (40,6%). Van de fysiotherapeuten die elders werkervaring hebben deden de meesten ervaring op in een ziekenhuis en een verpleeghuis of revalidatiecentrum (zie tabel 5.24). Ervaring in het onderwijs betreft bijvoorbeeld een LOM-/mytyschool en les geven op een Academie voor Fysiotherapie. Als overige werkterreinen zijn onder andere genoemd een verzorgingstehuis, Kruisvereniging en sportvereniging. Sommigen hebben ervaring in meer dan een setting anders dan de eerstelijnsgezondheidszorg. Geen ervaring heeft meer dan de helft van de fysiotherapeuten.

Tabel 5.24.: Aantal fysiotherapeuten dat werkzaam is (geweest) anders dan in de eerstelijnsgezondheidszorg

	N	%
ziekenhuis	273	22,1
verpleeghuis/revalidatiecentrum	211	17,1
psychiatrie/zwakzinnigenzorg	65	5,3
onderwijs	54	4,4
overig	78	6,3
geen ervaring	734	59,4

Het aantal andere settings (anders dan de eerstelijnsgezondheidszorg) waar een fysiotherapeut werkt of heeft gewerkt, blijkt samen te hangen met de omvang van de na- en bijscholing: zowel het aantal cursussen als de studiebelasting is groter indien een fysiotherapeut op meer terreinen ervaring heeft (zie tabel 5.25a).

Bij de aard van de cursussen zien we een significante samenhang met cursussen op het gebied van fysiotherapeutisch handelen, zoals een

managementopleiding, en op het gebied van niet-fysiotherapeutisch handelen, bijvoorbeeld stagebegeleiding (zie tabel 5.25b).

Bij de voorbeeldcursussen is onder andere een significante samenhang geconstateerd met het verwerven van kennis over NDT/Bobath, sensomotoriek en haptonomie. Tabel 5.25c laat dit zien. Het verband met sportfysiotherapie is negatief, dus fysiotherapeuten die ervaring hebben in een van de andere sectoren van de gezondheidszorg volgen minder vaak de cursus sportfysiotherapie.

Tabel 5.25a.: samenhang van werkervaring elders met de omvang van na- en bijscholing

		geen ervaring	wel ervaring
Aantal cursussen:	0	74	49
	1	92	39
	2	118	75
	3	147	81
	4	107	82
	5	83	73
	≥ 6	113	103*
Studiebelasting: cat.	0	74	49
	1	70	26
	2	163	95
	3	164	116
	4	131	86
	5	122	123*

* $p \leq .05$

Tabel 5.25b.: samenhang van werkervaring elders met de aard van na- en bijscholing

		geen ervaring	wel ervaring
Opfriscursussen:	0	406	260
	1	204	150
	≥ 2	124	92
Deskundigheidsbevordering:	0	136	83
	1	199	130
	≥ 2	399	289
Therapeutisch handelen:	0	556	356
	1	141	102
	≥ 2	37	44*
Niet-therapeutisch handelen:	0	706	458
	≥ 1	28	44*

* $p \leq .05$

Tabel 5.25c.: samenhang van werkervaring met de tien voorbeeldcursussen

		geen ervaring	wel ervaring
Manuele therapie	Nee	416	307
	Ja	318	195
Cyriax	Nee	512	361
	Ja	222	141
Sportfysiotherapie	Nee	549	404
	Ja	185	98*
Bindweefselmassage	Nee	618	395
	Ja	116	107*
Bandageren/tapen	Nee	617	435
	Ja	117	67
Acupunctuur	Nee	645	436
	Ja	89	66
Haptonomie	Nee	675	444
	Ja	59	58*
NDT	Nee	700	421
	Ja	34	81*
Pré- en postnatale begeleiding	Nee	682	447
	Ja	52	55*
Sensomotoriek	Nee	687	452
	Ja	47	50*

* $p \leq .05$

Vervolgens zijn we nagegaan of de specifieke settingen (ziekenhuis, verpleeghuis/revalidatiecentrum, psychiatrie/zwakzinnigenzorg en onderwijs) samenhang vertonen met de omvang en de aard van na- en bijscholing.

In tabel 5.26a is af te lezen dat er wat betreft de omvang een verband is tussen onderwijs en studiebelasting. Opgemerkt moet worden dat het aantal fysiotherapeuten dat in het onderwijs werkzaam is (geweest) laag is, waardoor deze bevinding met voorzichtigheid gehanteerd dient te worden.

Fysiotherapeuten die in een andere setting werkzaam zijn (geweest), hebben meer cursussen gevolgd op het gebied van niet-therapeutisch handelen, uitgezonderd fysiotherapeuten die in een ziekenhuis werk(t)en. De gegevens staan in tabel 5.26b.

Wat betreft werkervaring in de afzonderlijke settings is een significant verband gevonden tussen ziekenhuiservaring en het volgen van onder andere NDT/Bobath en pré- en postnatale begeleiding (zie tabel 5.26c). Fysiotherapeuten die ervaring hebben in een verpleeghuis of revalidatiecentrum be-

kwamen zich vaker in NDT/Bobath en sensomoriek. Dit gaat ook op voor degenen die in de psychiatrie of zwakzinnigenzorg werk(t)en.

Tabel 5.26a.: samenhang van soort werkervaring met de omvang van na- en bijscholing

		ziekenhuis		rev.centrum/ verpleeghuis		psych./ zwakz.zorg		onderwijs	
		nee	ja	nee	ja	nee	ja	nee	ja
Aantal cursussen:	0	94	29	102	21	116	7	121	2
	1	108	23	115	16	128	3	129	2
	2	153	40	162	31	181	12	185	8
	3	187	41	187	41	217	11	214	14
	4	144	45	158	31	184	5	183	6
	5	119	37	129	27	143	13	150	6
	≥ 6	158	58	172	44	202	14	200	16
Studiebelasting: cat.	0	94	29	102	21	116	7	121	2
	1	80	16	83	13	93	3	96	0
	2	210	48	216	42	243	15	250	8
	3	217	63	224	56	271	9	266	14
	4	169	48	188	29	206	11	208	9
	5	182	63	196	49	225	20	225	20*

* $p \leq .05$

Tabel 5.26b.: samenhang van soort werkervaring met de aard van na- en bijscholing

		ziekenhuis		rev.centrum/ verpleeghuis		psych./ zwakz.zorg		onderwijs	
		nee	ja	nee	ja	nee	ja	nee	ja
Opfriscursussen:	0	519	147	558	108	635	31	637	29
	1	283	71	290	64	333	21	336	18
	≥ 2	161	55	177	39	203	13	209	7
Deskundigheidsbevordering:	0	169	50	185	34	204	15	215	4
	1	264	65	277	52	313	16	315	14
	≥ 2	530	158	563	125	654	34	652	36
Therapeutisch handelen:	0	718	194	754	158	870	42	877	35
	1	189	54	206	37	227	16	229	14
	≥ 2	56	25	65	16	74	7	76	5
Niet-therapeutisch handelen:	0	913	251	975	189	1109	55	1119	45
	≥ 1	50	22	50	22*	62	10*	63	9*

* $p \leq .05$

Tabel 5.26c: samenhang van de soort werkervaring met de tien meest gevolgde cursussen

	ziekenhuis		rev.centrum/ verpleeghuis		psych./ zwakz.zorg		onderwijs	
	nee	ja	nee	ja	nee	ja	nee	ja
Manuele therapie	Nee 551 Ja 412	172 101	598 427	125 86	675 496	48 17*	700 482	23 31
Cyriax	Nee 874 Ja 289	199 74	719 306	154 57	818 353	55 10*	836 346	37 17
Sportfysiotherapie	Nee 737 Ja 226	216 57	782 243	171 40	899 272	54 11	913 269	40 14
Bindweefselmassage	Nee 802 Ja 161	211 62	845 180	168 43	958 213	55 10	971 211	42 12
Bandageren/tapen	Nee 808 Ja 155	244 29*	871 154	181 30	998 173	54 11	1003 179	49 5
Acupunctuur	Nee 849 Ja 114	232 41	891 134	190 21	1027 144	54 11	1037 145	44 10
Haptonomie	Nee 874 Ja 89	245 28	931 94	188 23	1064 107	55 10	1074 108	45 9
NDT	Nee 886 Ja 77	235 38*	952 73	169 42*	1076 95	45 20*	1077 105	44 10*
Pré- en postnatale begeleiding	Nee 889 Ja 74	240 33*	937 88	192 19	1070 101	59 6	1080 102	49 5
Sensomotoriek	Nee 892 Ja 71	247 26	953 72	186 25*	1087 84	52 13*	1088 94	51 3

* $p \leq .05$

Geconstateerd kan worden dat fysiotherapeuten die werkervaring op andere terreinen dan de eerstelijnsgezondheidszorg hebben meer aan na- en bijscholing doen. Daarnaast volgen ze met name vaker cursussen over onderwerpen die niet-therapeutisch handelen betreffen, zoals bijvoorbeeld een managementscursus. Bovendien volgen ze vaker cursussen die vooral ook op de genoemde andere terreinen van de gezondheidszorg toepasbaar zijn, wat met name geldt voor NDT/Bobath en sensomotoriek.

Generalistische versus specifieke werkwijze

Fysiotherapeuten die zich richten op het verwerven van specifieke deskundigheden zullen deze deskundigheden wellicht ook vaker toepassen tijdens hun werk, terwijl anderen in hun werk meer de algemene fysiotherapie bedrijven.

Aan de fysiotherapeuten is gevraagd of ze in het algemeen in hun werk het accent leggen op een generalistische dan wel specialistische werkwijze of op beide werkwijzen evenveel accent. Op een vijfpuntsschaal hebben ze hun werkwijze aangegeven (zie enquêtevraag 23). Een hogere score op deze schaal duidt op een meer specialistische werkwijze, terwijl een lagere score voorkomt bij fysiotherapeuten die hun werkwijze generalistisch noemen.

Meer accent op een generalistische werkwijze wordt door 18,1% van de fysiotherapeuten gelegd, voor een specialistische werkwijze is dit 9,8% en door 34,2% wordt op beide werkwijzen evenveel accent gelegd, zoals te zien is in tabel 5.27.

Tabel 5.27: aantallen fysiotherapeuten die accent leggen op een generalistische of specifieke werkwijze of op een combinatie ervan

		N	%
Meer accent op generalistische werkwijze	1	217	18,1
	2	257	21,4
Evenveel accent	3	409	34,2
	4	198	16,5
Meer accent op specialistische werkwijze	5	118	9,8
		1199	100,0

Missing 37 (3,0%)

De soort werkwijze blijkt samen te hangen met de omvang van de gevolgde na- en bijscholing. Fysiotherapeuten die meer generalistisch werken volgen ook minder vaak na- en bijscholingscursussen dan meer specifiek werkende fysiotherapeuten. Ook geven ze een lagere studiebelasting aan dan hun collega's die specifiek werkzaam zijn (zie tabel 5.28a).

Ook de aard van de na- en bijscholing wordt beïnvloed door de soort werkwijze, zoals te zien is in tabel 5.28b. Een meer generalistische werkwijze gaat samen met het vaker volgen van opfriscursussen, bijvoorbeeld over gynaecologie. Meer specialistisch gerichte fysiotherapeuten volgen vaker deskundigheidsbevorderende cursussen, bijvoorbeeld kindfysiotherapie en lymfedrainage, evenals cursussen buiten het fysiotherapeutische beroepsterrein, zoals zwakzinnigzorg.

Onderzoek van verbanden met de voorbeeldcursussen laat zien dat fysiotherapeuten die meer generalistisch werken vaker sportfysiotherapie doen en een cursus bandageren/tapen. Een meer specialistische werkwijze hangt samen met het vaker verwerven van kennis over manuele therapie, Cyriax, haptonomie, NDT en sensomotoriek (zie tabel 5.28c).

Tabel 5.28a.: samenhang van werkwijze met de omvang van na- en bijscholing

		gen.		beide		spec.
		1	2	3	4	5
Aantal cursussen:	0	49	20	32	6	7
	1	33	24	38	18	14
	2	33	46	65	27	17
	3	39	54	81	30	18
	4	29	44	62	36	16
	5	14	33	59	26	19
	≥ 6	20	36	72	55	27*
Studiebelasting: cat.	0	49	20	32	6	7
	1	31	33	18	7	5
	2	46	71	90	26	18
	3	39	66	100	43	27
	4	21	41	78	51	20
	5	24	26	85	64	39*

* $p \leq .05$

Tabel 5.28b.: samenhang van werkwijze met de aard van na- en bijscholing

		gen.		beide		spec.
		1	2	3	4	5
Opfriscursussen:	0	131	134	204	100	74
	1	53	65	141	61	27
	≥ 2	33	58	64	37	17*
Deskundigheidsbevordering:	0	77	39	58	17	16
	1	65	81	105	37	33
	≥ 2	75	137	246	144	69*
Therapeutisch handelen:	0	162	200	306	134	83
	1	43	45	82	43	25
	≥ 2	12	12	21	21	10
Niet-therapeutisch handelen:	0	207	242	390	188	100
	≥ 1	10	15	19	10	18*

* $p \leq .05$

Tabel 5.28c.: samenhang van werkwijze met de tien voorbeeldcursussen

		gen.		beide		spec.
		1	2	3	4	5
Manuele therapie	Nee	176	170	211	72	67
	Ja	41	87	198	126	51*
Cyriax	Nee	161	181	275	127	99
	Ja	56	76	134	71	19*
Sportfysiotherapie	Nee	177	184	310	149	104
	Ja	40	73	99	49	14*
Bindweefselmassage	Nee	182	213	332	155	98
	Ja	35	44	77	43	20
Bandageren/tapen	Nee	182	213	344	172	111
	Ja	35	44	65	26	7*
Acupunctuur	Nee	183	225	362	170	111
	Ja	34	32	47	28	7
Haptonomie	Nee	202	239	373	176	94
	Ja	15	18	36	22	24*
NDT	Nee	205	245	374	178	85
	Ja	12	12	35	20	33*
Pré- en postnatale begeleiding	Nee	199	237	369	186	103
	Ja	18	20	40	12	15
Sensomotoriek	Nee	209	243	375	182	94
	Ja	8	14	34	16	24*

* $p \leq .05$

De soort werkwijze van fysiotherapeuten - generalistisch dan wel specialistisch - hangt dus samen met zowel de omvang van na- en bijscholing als met de soort cursussen die ze volgen. Een meer generalistische werkwijze gaat samen met minder na- en bijscholen en met het volgen van cursussen die als generalistisch gekenmerkt kunnen worden, zoals opfriscursussen. Fysiotherapeuten die aangeven meer specialistisch te werken volgen meer cursussen en verwerven meer specifieke kennis.

De omvang en de aard van na- en bijscholing komt dus overeen met de soort werkwijze van de fysiotherapeut.

Uit tabel 5.27 bleek dat fysiotherapeuten vaker generalistisch werken dan louter specialistisch, maar uit de toename van de belangstelling voor na- en bijscholing kan worden opgemaakt dat er een ontwikkeling gaande is naar een meer specialistische fysiotherapie. Op de vraag of dit een juiste ontwikkeling is, wordt 559 keer een bevestigend antwoord gegeven en 942 een

ontkennend antwoord. Een groot aantal van deze fysiotherapeuten (N=309) vindt het enerzijds een positieve en anderzijds een negatieve ontwikkeling en geeft voor beide opvattingen een of meer redenen aan. Als reden geven zij bijvoorbeeld aan dat een brede deskundigheid vereist blijft, maar dat voor specifieke problemen eventueel verwezen kan worden naar een op dat bepaalde terrein deskundige fysiotherapeut. Een brede basisopleiding blijft volgens hen een vereiste.

De fysiotherapeuten die de toename van specifieke deskundigheden als niet juist beoordelen geven hiervoor verschillende redenen op. Het meest genoemd worden:

- fysiotherapie wordt te divers, is niet meer herkenbaar, het betekent een afvlakking van het beroep (N=145)
- teveel concentratie op één gebied, waardoor het holistische beeld verdwijnt (N=84)
- neiging tot fanatisme (N=41)

De redenen die worden aangevoerd ter ondersteuning van een positief oordeel over de ontwikkeling naar specifieke deskundigheden zijn onder andere:

- betere kwaliteit van de fysiotherapie, de fysiotherapie kan meer bieden (N=263)
- algemene opleiding om fysiotherapeut optimaal op te leiden (N=249)
- gerichtere verwijzing mogelijk (N=112)

Conclusie

Naast de economische en kwalitatieve factoren, die eerder in dit hoofdstuk zijn besproken, is gezocht naar andere relevante factoren die het verwerven van specifieke deskundigheden zouden kunnen verklaren. Een factor die zeker zijn invloed doet gelden, is het geslacht van de fysiotherapeut. Hoewel vrouwen meer soorten cursussen volgen, betreft dit vaker kortere cursussen dan bij mannelijke fysiotherapeuten. Sommige cursussen worden vaker door vrouwen gevolgd, pré- en postnatale begeleiding vrijwel uitsluitend. Mannen nemen in totaal meer studiebelasting op zich dan hun vrouwelijke collega's en volgen dan ook vaker langduriger cursussen, zoals manuele therapie en acupunctuur.

Fysiotherapeuten, die langer gediplomeerd zijn, hebben meer aan na- en bijscholing gedaan, wat verwacht kon worden, omdat zij ook langer de tijd hebben gehad hiervoor. Het is dus niet zo dat oudere, langer gediplomeerde fysiotherapeuten minder cursussen hebben gevolgd, omdat het verschijnsel na- en bijscholing sinds de tachtiger jaren steeds meer in zwang is gekomen. Alleen voor manuele therapie en Cyriax is gebleken dat ze

vaker zijn gevolgd door korter gediplomeerde fysiotherapeuten. Kennelijk zijn dit de 'modernere' cursussen.

Voorts blijkt de functie van een fysiotherapeut samen te hangen met de omvang en de aard van na- en bijscholing. Praktijkhouders en maatschapsleden volgen meer cursussen en meer verschillend gerichte cursussen, uitgezonderd de opfriscursussen, en ze volgen vaker sportfysiotherapie en acupunctuur. Hun functie brengt mogelijk met zich mee dat ze meer kennis over specifieke deskundigheden willen en ook moeten hebben ten opzichte van hun collega's die geen praktijkhouder of maatschapslid zijn.

Ten slotte is er een verband tussen werkervaring op andere terreinen van de gezondheidszorg dan de eerstelijnsgezondheidszorg en de omvang en de aard van na- en bijscholing. Waarschijnlijk hebben deze fysiotherapeuten voor hun vorige of andere werkkring (in een andere setting van de gezondheidszorg) reeds cursussen gevolgd en tevens een bepaald soort cursussen. Dit blijkt onder andere uit het feit dat vaker NDT/Bobath is gedaan, welke deskundigheid vooral in die andere settings wordt gebruikt.

5.4. Redenen voor het volgen van na- en bijscholing

Motieven

Aan de fysiotherapeuten is gevraagd naar hun redenen om cursussen te volgen (zie bijlage 2, vraag 11). Op een vijfpuntsschaal hebben zij voor negen motieven aangegeven of zij dit wel of niet een belangrijk motief vonden. In tabel 5.29 (zie volgende pagina) worden de resultaten gepresenteerd.

Motief 1 en 3, die gekenmerkt kunnen worden als economische motieven, spelen voor het grootste deel van de fysiotherapeuten (ongeveer 70%) geen of vrijwel geen rol bij de beslissing om na- en bijscholing te gaan volgen. De motieven die op het kwalitatieve vlak liggen (motief 2, 4, 5, 8, 9) worden daarentegen door velen wel belangrijk geacht. Verbetering van de kwaliteit van het werk is voor bijna alle fysiotherapeuten een (zeer) belangrijke reden om na- en bijscholingscursussen te gaan volgen, evenals de verwachting dat door het volgen van cursussen een betere (fysiotherapeutische) diagnose gesteld kan worden.

Voorts geven 8 van de 10 fysiotherapeuten aan dat interesse voor een bepaald onderwerp (natuurlijk) ook belangrijk is. Vermindering van onzekerheid tijdens het werk blijkt niet zo belangrijk te zijn voor de meeste fysiotherapeuten, evenmin als het verbeteren van sociale vaardigheden.

Op grond van de bovengenoemde antwoorden van de fysiotherapeuten moeten we concluderen dat ze vooral na- en bijscholing volgen uit een oogmerk van kwaliteitsverbetering van hun werk. Slechts weinig fysiotherapeuten zeggen cursussen te volgen uit economische motieven.

Tabel 5.29: motieven van fysiotherapeuten (N=1176) voor het volgen van na- en bijscholing, naar de mate van belang

		geen motief				zeer belangrijk motief
		1	2	3	4	5
1. Meer patiënten (missing 81)	N	587	202	180	69	57
	%	53,6	18,4	16,4	6,3	5,2
2. Kwaliteit werk beter (missing 21)	N	9	8	22	109	1007
	%	0,8	0,7	1,9	9,4	87,2
3. Beter baan (missing 94)	N	699	99	148	73	63
	%	64,6	9,1	13,7	6,7	5,8
4. Beter diagnostiseren (missing 39)	N	34	27	127	224	725
	%	3,0	2,4	11,2	19,7	63,8
5. Meer behandelings- mogelijkheden (missing 26)	N	32	22	121	232	743
	%	2,8	1,9	10,5	20,2	64,6
6. Interesse (missing 39)	N	27	33	173	292	612
	%	2,4	2,9	15,2	25,7	53,8
7. Vermindering onzekerheid (missing 78)	N	442	170	236	126	124
	%	40,3	15,5	21,5	11,5	11,3
8. Verbetering sociale vaardigheden (missing 80)	N	759	106	133	50	48
	%	69,3	9,7	12,1	4,6	4,4
9. Bijblijven in vak (missing 46)	N	116	58	200	244	512
	%	10,3	5,1	17,7	21,6	45,3

Een aantal fysiotherapeuten heeft geen na- en bijscholingscursussen gevolgd en is ook niet van plan dit in de toekomst te gaan doen en een aantal heeft niet de gewenste cursus gedaan. Als belangrijkste redenen hiervoor voeren zij aan: gebrek aan tijd en het kostenaspect. De cursussen zijn volgens hen te duur en vaak weegt de meerwaarde van het volgen van cursussen niet op tegen de kosten ervan. Ook is het nogal eens praktisch onmogelijk, bijvoorbeeld vanwege de afstand, om zich te bekwamen in een of meer specifieke deskundigheden. Verder spelen persoonlijke omstandigheden soms een rol en een negatief oordeel over de inhoudelijke kant van een cursus. In tabel 5.30 zijn de exacte cijfers weergegeven.

Tabel 5.30: Redenen voor fysiotherapeuten om niet of niet de gewenste na- en bijscholingscursussen te volgen

	N	%
Geen tijd	360	29,1
Te duur	257	20,8
Meerwaarde weegt niet op tegen de kosten	144	11,6
Praktisch onmogelijk	105	8,5
Persoonlijke omstandigheden/kinderen/gezin	35	2,8
Cursussen niet goed of te theoretisch	14	1,1
Tevreden	13	1,0
Geen interesse	10	0,8
Te oud	10	0,8
Tegenwerking werkgever	9	0,7
Overig	23	1,9

Tijd en geld zijn dus voor fysiotherapeuten de belangrijkste belemmeringen om na- en bijscholing te volgen of om - indien ze wel een of meer cursussen hebben gevolgd - de gewenste cursussen te volgen.

Oordeel over de opleiding fysiotherapie

Om inzicht te krijgen in de redenen voor het verwerven van specifieke deskundigheden na de basisopleiding tot fysiotherapeut is ook gevraagd naar de mening van de fysiotherapeuten over de aansluiting van de basisopleiding op de therapeutische beroepspraktijk. Meer dan de helft van de fysiotherapeuten is van oordeel dat deze aansluiting vrij goed tot goed is (respectievelijk 39,6% en 20%) en 30% geeft als antwoord 'gaat wel'. Bijna 1 op de 10 fysiotherapeuten (10,4%) vindt dat de aansluiting op de praktijk vrij slecht tot slecht is. Dit is voor hen geen reden om meer cursussen te volgen, maar wel geven zij meer studiebelasting op ($p \leq .05$) en ook volgen ze vaker onder andere Cyriax, sportfysiotherapie, NDT/Bobath en haptonomie ($p \leq .05$).

Meer specifiek is onderzocht welke deskundigheden volgens de fysiotherapeuten niet of onvoldoende zijn aangeleerd tijdens de opleiding, terwijl zij die wel beschouwen als basisvaardigheden voor een adequate uitoefening van de fysiotherapie. De meest genoemde aspecten worden gepresenteerd in tabel 5.31.

Tabel 5.31: Basisvaardigheden die fysiotherapeuten missen in de basisopleiding

	N	%
Sociale vaardigheden/gesprekstechniek	204	16,5
Management/beleid/praktijkadministratie	188	15,2
Onderzoek/mobilisatietechnieken	150	12,1
Gestandaardiseerd onderzoek	128	10,4
Diagnostiek	97	7,8
Relatie met huisarts/medisch specialist	90	7,3
Psychologie	89	7,2
Psychosomatische patiënten	64	5,2
Neurologie/NDT/Bobath	60	4,8
Haptonomie	57	4,6
Overgang theorie-praktijk	41	3,3
Overig	266	21,5

Opvallend is dat lessen in sociale vaardigheden het meest gemist worden (16,5%). Toch is het verbeteren van deze vaardigheden voor slechts 8,9% van de fysiotherapeuten een motief om na- en bijscholing te volgen en hebben slechts vier fysiotherapeuten bijvoorbeeld een gesprekst raining gevolgd. Hierbij is het echter belangrijk om te vermelden dat er slechts weinig aanbod is van dergelijke cursussen. Verder noemt 15,2% management en beleid (en praktijkadministratie) als een gemis. Het percentage fysiotherapeuten dat een dergelijke cursus volgt is veel kleiner, namelijk 1,8% (N=22). Meer vaardigheid in onderzoek en mobilisatietechnieken en in gestandaardiseerd onderzoek wordt eveneens vrij vaak genoemd door fysiotherapeuten als iets wat meer onderwezen moet worden. Vermeldenswaard uit de categorie 'overig' zijn onder andere patiëntenvoorlichting, CARA en biomechanica/ergonomie.

Psychosociale problemen

Naast de bovengenoemde ontwikkelingen is er de laatste jaren nog een andere ontwikkeling gaande. Fysiotherapeuten krijgen steeds meer te maken met patiënten die kampen met psychosociale problemen. We hebben daarom gevraagd in hoeverre hulp bieden bij dergelijke problemen als een taak wordt gezien door fysiotherapeuten, naast de behandeling van lichamelijke klachten. Ruim de helft van de fysiotherapeuten (55,8%) is van mening dat hulp bieden bij psychosociale problemen een wezenlijk onderdeel uitmaakt van de fysiotherapeutische behandeling. Voort is 33% van oordeel dat deze taak ondergeschikt is aan het behandelen van lichamelijke klachten van de patiënten. Deze fysiotherapeuten wijzen die taak echter niet geheel af, zoals de overige 11,1% (N=130) wel doet.

De meerderheid van de fysiotherapeuten vindt dus dat het in principe hun taak is om patiënten met psychosociale problemen de helpende hand te

bieden en de meesten vinden dat dit een wezenlijk onderdeel is van de fysiotherapeutische behandeling.

Conclusie

Fysiotherapeuten die na- en bijscholing volgen blijken dit vooral te doen uit een oogpunt van kwaliteitsverbetering van hun werk. Economische motieven zijn - zo zeggen zij - nauwelijks een aanleiding om cursussen te volgen. Voor fysiotherapeuten die geen na- en bijscholing volgden of zullen gaan volgen in de toekomst en voor fysiotherapeuten die niet de gewenste cursus volgden, zijn de belangrijkste belemmeringen tijdgebrek en de kosten die na- en bijscholing met zich brengt.

Hoewel de fysiotherapeuten een aantal onderwerpen noemen die ze missen in de basisopleiding is dit nauwelijks een reden om op die gebieden cursussen te volgen. Overigens vinden de meeste fysiotherapeuten de aansluiting op de beroepspraktijk vrij goed tot goed, 1 op de 10 noemt deze slecht. Laatstgenoemden volgen na- en bijscholing die in totaal meer studiebelasting meebrengt, onder andere haptonomie en sportfysiotherapie.

Tenslotte vindt ruim de helft van de fysiotherapeuten dat het tot het taakgebied van de fysiotherapeut behoort om hulp te bieden bij psychosociale problemen. Cursussen op dat gebied worden weinig gevolgd, maar het aanbod is ook klein.

5.5. Verschillen tussen praktijken

Zoals is vermeld in 3.3 hebben we gegevens verzameld van 399 praktijken over het totale aanbod van specifieke deskundigheden in de praktijken. In deze paragraaf worden dus gegevens gepresenteerd op het niveau van praktijken in plaats van fysiotherapeuten, zoals in de vorige paragrafen van dit hoofdstuk is gebeurd. Eerst wordt een inventarisatie gemaakt van het aanbod in praktijken en vervolgens worden enige verbanden gelegd, bijvoorbeeld met de grootte van een praktijk. Daarna komt de praktijkvoering aan bod en wordt de praktijkuitrusting beschreven en worden er enige conclusies getrokken uit de resultaten.

Aanbod van specifieke deskundigheden

De gegevens over het aanbod van specifieke deskundigheden zijn ontleend aan het laatste deel van de enquête: 'de totale praktijk'. De groep praktijken bestaat voor een vijfde deel uit solopraktijken, zoals te zien in de onderstaande tabel 5.32. Dit aantal is relatief groter dan in de totale onderzoeksgroep, wat een gevolg is van het feit dat in de laatstgenoemde groep soms

meerdere fysiotherapeuten uit één praktijk zitten. In de praktijken werken in totaal 1593 fysiotherapeuten, wat neerkomt op gemiddeld 4 fysiotherapeuten per praktijk. Er worden door deze praktijken gemiddeld 8,9 specifieke deskundigheden aangeboden (niet in de tabel vermeld). In 9 praktijken zijn geen na- en bijscholingscursussen gevolgd door de daar werkzame fysiotherapeuten. Het maximum is 22 (in 1 praktijk).

Tabel 5.32: aantallen fysiotherapeuten en gemiddeld aantal specifieke deskundigheden, naar praktijkgrootte

	fysiotherapeuten		gemiddeld aantal specialistische deskundigheden
	N	%	
Solopraktijk	84	21,0	5,8
2	63	15,8	7,1
3	73	18,3	7,9
4	56	14,0	8,6
5	31	7,7	10,3
6	25	6,3	10,2
7	19	4,8	10,9
8	12	3,0	10,3
9	13	3,3	11,8
≥ 10	23	5,8	12,4
Totaal	399	100,0	8,9

Bij het weergeven van de soorten specifieke deskundigheden die worden aangeboden in de praktijken beperken we ons tot de tien cursussen die het meest gevolgd zijn door fysiotherapeuten, de zogenoemde voorbeeldcursussen (zie hoofdstuk 4). In tabel 5.33 staat in de eerste kolom het aantal praktijken dat een specifieke deskundigheid in huis heeft, ongeacht hoeveel fysiotherapeuten in die praktijk de betreffende deskundigheid bezitten. In de tweede kolom wordt het aantal fysiotherapeuten vermeld dat een deskundigheid heeft, gerekend over alle praktijken tezamen en in de laatste kolom het gemiddeld aantal fysiotherapeuten per praktijk dat een deskundigheid bezit.

Tabel 5.33: aantal praktijken (N=399) en fysiotherapeuten (N=1593) met een specifieke deskundigheid en het gemiddeld aantal fysiotherapeuten per praktijk met een specifieke deskundigheid

	praktijken		fysiotherapeuten		gemiddeld aantal fysiotherapeuten
	N	%	N	%	N
Manuele therapie	299	75,5	463	29,3	1,2
Cyriax	220	55,5	291	18,4	0,7
Sportfysiotherapie	205	51,8	293	18,5	0,7
Bindweefselmassage	168	42,4	209	13,2	0,5
Bandageren/tapen	228	57,6	266	16,8	0,7
Acupunctuur	165	41,7	198	12,5	0,5
Haptonomie	91	23,0	109	6,9	0,3
NDT/Bobath	106	26,8	121	7,6	0,3
Pré/postnatale begeleiding	107	27,0	130	8,2	0,3
Sensomotoriek	104	26,3	116	7,3	0,3
Missing	3		11		

De in de tabel gehanteerde volgorde, die dezelfde is als in hoofdstuk 4, laat zien dat de hiërarchische volgorde in praktijken vrijwel overeenstemt met die van fysiotherapeuten. Een uitzondering vormt de cursus bandageren/tapen die in deze onderzoeksgroep vaker voorkomt (vergelijk tabel 4.6, tweede kolom). Overigens liggen alle percentages van de door de fysiotherapeuten gevolgde na- en bijscholingscursussen wat lager dan die in hoofdstuk 4 zijn gevonden. De reden hiervan is waarschijnlijk dat de geënquêteerde fysiotherapeuten niet zo precies op de hoogte waren van de cursussen die hun collega's hadden gevolgd. Om deze reden worden in bijlage 3, tabel 4 alleen de cijfers weergegeven van de cursussen die in de enquête (vraag 25) stonden voorgedrukt.

Manuele therapie is ook op praktijkniveau de meest voorkomende cursus en is de enige specifieke deskundigheid die door gemiddeld meer dan één fysiotherapeut per praktijk is gevolgd. Bandageren/tapen, sportfysiotherapie en Cyriax wordt door meer dan de helft van de praktijken aangeboden.

Vervolgens zijn we nagegaan hoeveel fysiotherapeuten in een praktijk één van de voorbeeldcursussen heeft gevolgd (zie tabel 5.34). Manuele therapie wordt in slechts een kwart van de praktijken niet aangeboden, Cyriax en sportfysiotherapie in bijna de helft van de praktijken niet (in ruim de helft dus wel). Het aantal praktijken waar meer dan één fysiotherapeut een bepaalde specifieke deskundigheid bezit ligt, zoals te verwachten was, duidelijk lager dan dat met één fysiotherapeut die de deskundigheid bezit. Zo zijn er bijvoorbeeld 132 praktijken waar één fysiotherapeut een cursus acupunctuur heeft gedaan en 33 praktijken waar twee fysiotherapeuten deze deskundigheid hebben verworven.

Tabel 5.34.: aantal praktijken dat een specifieke deskundigheid heeft, naar aantal fysiotherapeuten dat over de deskundigheid beschikt

	aantal fysiotherapeuten							
	0		1		2		3	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Manuele therapie	97	24,5	164	41,4	106	26,8	29	7,3
Cyriax	176	44,4	149	37,6	71	17,9	-	-
Sportfysiotherapie	191	48,2	128	32,3	66	16,7	11	2,8
Bindweefselmassage	228	57,6	127	32,1	41	10,3	-	-
Bandageren/tapen	168	42,4	190	48,0	38	9,6	-	-
Acupunctuur	231	58,3	132	33,3	33	8,3	-	-
Haptonomie	305	77,0	73	18,4	18	4,5	-	-
NDT/Bobath	290	73,2	91	23,0	15	3,8	-	-
Pré/postnatale begeleiding	289	73,0	87	22,0	17	4,3	3	0,8
Sensomotoriek	292	73,7	92	23,2	12	3,0	-	-

Missing 3 (0,7%)

Om de verschillen tussen praktijken te verklaren hebben we onderzocht of er een samenhang bestaat tussen het aanbod van specifieke deskundigheden en de grootte van een praktijk. Zoals in tabel 5.32 al te zien was, neemt met de praktijkgrootte (uitgedrukt in aantal fysiotherapeuten per praktijk) het totaal aantal deskundigheden toe. Statistische analyse laat zien dat deze samenhang significant is ($p \leq .001$). In tabel 5.35 staan de betreffende gegevens vermeld.

Tabel 5.35: samenhang van praktijkgrootte met het totaal aantal gevolgde cursussen per praktijk

Aantal cursussen	aantal fysiotherapeuten per praktijk				
	1	2-3	4-5	6-7	≥ 8
0- 3	30	20	7	6	1
4- 6	26	38	19	2	4
7- 9	13	41	18	8	9
10-12	7	21	25	13	15
≥ 13	8	16	18	15	19*

* $p \leq .05$

Ook voor de afzonderlijke voorbeeldcursussen is de samenhang met de praktijkgrootte onderzocht, waarbij voor alle tien cursussen een significant verband is gevonden (zie tabel 5.36). In de helft van de solopraktijken wordt manuele therapie aangeboden, terwijl dit in bijvoorbeeld bijna alle praktijken met meer dan 8 fysiotherapeuten het geval is. In de laatstgenoemde praktijken komen alleen pré- en postnatale begeleiding en sensomotoriek in minder dan de helft van de praktijken voor.

Tabel 5.36: **samenhang van praktijkgrootte met aanbod van specifieke deskundigheid per praktijk**

Aantal cursussen		aantal fysiotherapeuten per praktijk				
		1	2-3	4-5	6-7	≥ 8
Manuele therapie	Nee	42	35	13	7	3
	Ja	42	101	74	37	45*
Cyriax	Nee	59	64	32	17	7
	Ja	25	72	55	27	41*
Sportfysiotherapie	Nee	55	70	40	17	12
	Ja	29	66	47	27	36*
Bindweefselmassage	Nee	60	91	37	25	18
	Ja	24	45	50	19	30*
Bandageren/tapen	Nee	50	63	29	14	15
	Ja	34	73	58	30	33*
Acupunctuur	Nee	63	87	51	15	18
	Ja	21	49	36	29	30*
Haptonomie	Nee	68	117	64	33	26
	Ja	16	19	23	11	22*
NDT/Bobath	Nee	73	104	63	30	23
	Ja	11	32	24	14	25*
Pré/postnatale begeleiding	Nee	70	113	53	31	25
	Ja	14	23	34	13	23*
Sensomotoriek	Nee	77	107	61	24	26
	Ja	7	29	26	20	22*

* $p \leq .05$

Het bovenstaande samenvattend, constateren we dat het aanbod van specifieke deskundigheden door praktijken groter is naarmate de praktijkgrootte toeneemt. Deskundigheid in manuele therapie is in driekwart van de praktijken aanwezig en sportfysiotherapie en Cyriax in ongeveer de helft ervan. De meest gevolgde cursussen worden ook in solopraktijken relatief het meest frequent aangeboden. Specifieke deskundigheden die relatief minder vaak worden verworven door fysiotherapeuten zijn vaker aanwezig in de grotere praktijken.

Praktijkvoering

Een andere factor die mogelijk van invloed kan zijn op het verwerven van specifieke deskundigheden is het al dan niet bestaan van een samenwerkingsverband waarvan ook huisartsen deel uitmaken. Het aantal praktijken dat een dergelijk soort samenwerking heeft staat vermeld in tabel 5.37.

Onder de categorie 'overig' valt onder andere een VTO-team (Vroegtijdige Opsporing van Ontwikkelingsstoornissen) en een eerstelijns samenwerkingsoverleg.

Tabel 5.37: praktijken die deel uitmaken van een gestructureerd samenwerkingsverband

	N	%
Gezondheidscentrum	30	7,9
Home-team	19	5,0
Gemeenschappelijk spreekuur	13	3,4
Overig	12	3,2
Geen samenwerkingsverband	306	80,5
Totaal	380	100,0

Missing 19 (4,8%)

Samenhang van een samenwerkingsverband met het aantal gevolgde cursussen is niet gevonden, maar wel met het aanbod van Cyriax, pré- en postnatale begeleiding en sensomotoriek (zie tabel 5.38).

Tabel 5.38: samenhang van samenwerkingsverband met aanbod van specifieke deskundigheden per praktijk

		geen samenwerkings- verband	wel samenwerkings- verband
Mauzele therapie	Nee	79	21
	Ja	227	72
Cyriax	Nee	148	31
	Ja	158	62*
Sportfysiotherapie	Nee	155	39
	Ja	151	54
Bindweefselmassage	Nee	180	51
	Ja	126	42
Bandageren/tapen	Nee	137	34
	Ja	169	59
Acupunctuur	Nee	180	54
	Ja	126	39
Haptonomie	Nee	237	71
	Ja	69	22
NDT/Bobath	Nee	229	63
	Ja	77	30
Pré/postnatale begeleiding	Nee	236	59
	Ja	70	34*
Sensomotoriek	Nee	236	59
	Ja	70	34*

* $p \leq .05$

Op de vraag of er in de directe omgeving van de eigen praktijk dezelfde specifieke deskundigheden worden aangeboden als in de eigen praktijk, antwoordde 73% (N=270) dat dit inderdaad het geval is. Voor ruim een kwart van de praktijken is dit dus niet zo, wat wellicht het verwerven van bepaalde deskundigheden zou kunnen beïnvloeden. Als er bijvoorbeeld in de omgeving geen sportfysiotherapeut is kan dat aanleiding zijn dat een van de fysiotherapeuten uit de eigen praktijk deze cursus gaat volgen. Uit de analyses is echter geen verband gebleken met de omvang en de aard van na- en bijscholing.

Praktijken werken soms samen met hulpverleners die een andere opleiding hebben dan fysiotherapie. In een kwart van de onderzochte praktijken blijkt dit het geval te zijn. In tabel 5.39 is te zien dat dit meestal podotherapeuten zijn, oefentherapeuten Cesar en oefentherapeuten Mensendieck. Gezien het relatief geringe aantal podotherapeuten dat werkzaam is in Nederland (N=135) is het vrij grote aantal samenwerkingsverbanden tussen fysiotherapeuten en podotherapeuten opmerkelijk. Het al dan niet samenwerken met andere hulpverleners blijkt niet significant samen te hangen met het aantal gevolgde na- en bijscholingscursussen ($p \leq .05$). Voor de aard van de gevolgde cursussen is een samenhang geconstateerd met het volgen van de opleiding haptonomie ($p \leq .05$).

Tabel 5.39: Samenwerking met andere hulpverleners in praktijken

	N	%
Podotherapeut	39	10,4
Oefentherapeut Cesar	34	9,1
Oefentherapeut Mensendieck	34	9,1
Logopedist	14	3,7
Ergotherapeut	6	1,6
Orthopedisch schoenmaker/instrumentmaker	6	1,6
Chiropractor	6	1,6
Tandarts	4	1,1
Yoga	2	0,5
Niet gespecificeerd	20	0,8
Geen samenwerking	267	75,9

Missing 25 (6,3%)

Praktijkuitrusting

Allereerst hebben we een inventarisatie gemaakt van de apparatuur en het instrumentarium dat aanwezig is in de fysiotherapiepraktijken. Tabel 5.40 geeft hiervan een overzicht. In deze lijst zijn de apparaten en instrumenten die volgens het Besluit Inrichtingseisen Fysiotherapie (1970) aanwezig moeten zijn in een praktijk opgenomen, naast een aantal andere die niet verplicht zijn, maar wel relatief vaak in een praktijk aanwezig zijn. In vrijwel alle praktijken is apparatuur aanwezig voor ultrageluidtherapie, elektro-therapie

(laag- en middenfrequent), thermotherapie en hoogfrequente wisselstromen. Opvallend is het vrij grote aantal praktijken dat beschikt over laserapparatuur (17,4%, N=66).

Tabel 5.40: aantal en soort apparatuur en instrumentarium dat in praktijken aanwezig is

Apparatuur voor	N	%
Ultrageluidtherapie	366	96,6
Laag frequente electrotherapie	364	96,0
Thermotherapie (paraffine, fango, modder, cryotherapie)	356	93,9
Laag frequente wisselstromen	353	93,1
Midden frequente electrotherapie	343	90,5
Oefentoestellen	324	85,5
Ultraviolet lichttherapie	249	65,7
Infrarood lichttherapie	227	59,9
Tractie-apparatuur	135	35,6
Lasertherapie	66	17,4
Magneetveldtherapie	36	9,5
Myofeedback-therapie	35	9,2
Trottoir/tapis roulant	31	8,2
Acupunctuur-apparatuur	18	4,7
Podoscoop	9	2,4
Oefenmateriaal voor kinderen	8	2,1
TENS-apparatuur	6	1,6
Video	4	1,1
Bank voor manuele therapie	1	0,3
Krachtmeetapparatuur Biodex	1	0,3
Apparatuur voor alternatieve therapie	1	0,3
Missing 20 (5,0%)		

Het blijkt dat in grotere praktijken het aantal apparaten en instrumenten niet significant toeneemt (zie tabel 5.41). Waarschijnlijk worden in grotere praktijken onderling afspraken gemaakt voor het gebruik van de aanwezige apparatuur, zeker als dit kostbare apparaten betreft.

Tabel 5.41: Samenhang van apparatuur en instrumentarium in praktijken met de praktijkgrootte

Hoeveelheid apparatuur	solo	2-3	4-5	6-7	≥ 8
0-5	20	19	8	6	6
6-7	25	36	25	13	11
8-9	28	56	40	18	16
≥ 10	11	25	14	7	15

In hoeverre praktijken hun uitrusting hebben aangepast aan de aanwezigheid van specifieke deskundigheden is uiteraard afhankelijk van het soort deskundigheid. Vaak zal het niet nodig zijn extra apparatuur of instrumenten aan te schaffen, omdat deze tot de standaarduitrusting van de praktijk be-

horen. Bijna de helft van de fysiotherapeuten (45.7%) antwoordde dat aanpassing niet nodig was en in 12 praktijken was aanpassing niet mogelijk geweest. Als redenen hiervoor zijn genoemd geldgebrek en ruimtegebrek. In 50,7% van de praktijken (N=185) is de praktijkuitrusting wel aangepast vanwege de aanwezige specifieke deskundigheden. In de onderstaande tabel 5.42 staan de verschillende aanpassingen vermeld.

Tabel 5.42: soorten aanpassingen van de praktijkuitrusting aan de aanwezigheid van specifieke deskundigheden in praktijken (N=185)

	N	%
Hoog/laagbank (met name ten behoeve van manuele therapie)	59	35,1
Hulp/oefenmateriaal voor kinderen	40	23,8
Grote/aparte ruimte	29	17,3
Acupunctuurapparatuur	13	7,7
Behandelbank orteopathie	6	3,6
Tractie-apparatuur	5	3,0
Fitnessapparatuur	5	3,0
Aanpassing schoenen/zooltjes/podoscoop	4	2,4
Bandagemateriaal	3	1,8
Laserapparatuur	1	0,6
Tandartsstoel	1	0,6
Informatiemateriaal	1	0,6

Missing 17 (9,2%)

Conclusie

Verschillen in aanbod van specifieke deskundigheden tussen praktijken zijn afhankelijk van de praktijkgrootte. Naarmate er meer fysiotherapeuten werken in een praktijk is het aanbod van specifieke deskundigheden ruimer. Hoewel we op het niveau van fysiotherapeuten geen samenhang vonden tussen de omvang van na- en bijscholing en de praktijkgrootte, blijkt deze samenhang op praktijkniveau wel aanwezig. Dit is echter wel een logische bevinding, omdat in een praktijk met meer fysiotherapeuten ook meer specifieke deskundigheden in totaal kunnen worden aangeboden. Voor de individuele fysiotherapeut hoeft de praktijkgrootte en het volgen van na- en bijscholing dan niet samen te hangen.

Voor de minder vaak gevolgde cursussen kan een patiënt dus eerder terecht in een grotere praktijk. Maar manuele therapie en - in iets mindere mate - sportfysiotherapie en Cyriax worden ook vaak door de kleinere praktijken aangeboden. De praktijkvoering, zoals het deel uitmaken van een samenwerkingsverband, vertoont geen relatie met na- en bijscholing. Het blijkt voorts dat de specifieke deskundigheden geen of nauwelijks aanpassing vragen wat betreft de praktijkuitrusting.

5.6. Multivariate analyse

Tot nu toe hebben we ons beperkt tot bivariate analyses, dat wil zeggen dat we de afzonderlijke samenhangen hebben bestudeerd tussen kenmerken van fysiotherapeuten en de omvang en de aard van na- en bijscholing. In deze paragraaf gaan we na of deze kenmerken (verklarende variabelen) elkaar onderling beïnvloeden in hun samenhang met na- en bijscholing, ofwel: welke samenhang vertonen ze gelijktijdig.

We gebruiken hiervoor een zestal variabelen, waarvoor in de bivariate analyses meestal een significante samenhang is geconstateerd met de omvang en de aard van het verwerven van specifieke deskundigheden. De zes geselecteerde kenmerken zijn: geslacht, aantal jaren in bezit van diploma, mate van professionele betrokkenheid, generalistische of specifieke werkwijze (vijfpuntsschaal), functie (eigen praktijk/maatschapslid of niet) en werkervaring(en) in andere settings van de gezondheidszorg dan de eerste lijn. Omdat deze kenmerken in de eerdere paragrafen van dit hoofdstuk reeds zijn beschreven wordt hier volstaan met het weergeven van de resultaten van de analyses.

Omvang van de na- en bijscholing

Het verband tussen enerzijds kenmerken van fysiotherapeuten en anderzijds het aantal cursussen dat ze volgen en de studiebelasting die ze op zich nemen is onderzocht met behulp van multipele regressie-analyse.

Het blijkt dat fysiotherapeuten die zich meer betrokken voelen bij hun beroep en beroepsgroep, van het vrouwelijk geslacht zijn en in grotere mate specialistisch werken, meer cursussen volgen (zie tabel 5.43). Het percentage verklaarde variantie bedraagt 11,3%. Dit betekent dat voor een groot deel andere dan de door ons onderzochte kenmerken bijdragen aan de verklaring van de omvang van na- en bijscholing door fysiotherapeuten.

Vergelijking met de kenmerken die in de eerdere analyses een significant verband vertoonden met het aantal gevolgde na- en bijscholingscursussen laat zien dat een aantal variabelen die in de bivariate analyse als significant naar voren kwamen, in de multivariate analyse niet significant zijn. Zo blijkt, dat het aantal jaren dat een fysiotherapeut gediplomeerd is en het al dan niet hebben van een eigen praktijk (of maatschapslid zijn) geen significante bijdrage leveren aan de verklaring van het aantal gevolgde cursussen.

Tabel 5.43: regressiecoëfficiënten van kenmerken van fysiotherapeuten van het aantal cursussen en de studiebelasting (multiële regressie-analyse)

	aantal cursussen	studie-belasting
	beta	beta
Professionele betrokkenheid	.19*	.20*
Gen./spec. werkwijze	.19*	.25*
Geslacht ¹	.11*	-.06
Aantal jaren gediplomeerd	.06	.09*
Functie ²	.08	.10*
Werkervaring elders	.05	.05
% verklaarde variantie	11,3	17,8

* $p < .05$

1. dummy variabele

0 = man 1 = vrouw

2. dummy variabele

0 = niet eigen praktijk/geen maatschapslid

1 = eigen praktijk/maatschapslid

De werkwijze van een fysiotherapeut, diens professionele betrokkenheid, het aantal jaren in bezit van het diploma fysiotherapie en functie komen naar voren als de belangrijkste factoren voor het verklaren van de studiebelasting van fysiotherapeuten. Fysiotherapeuten die een grotere professionele betrokkenheid vertonen, specialistischer werken, langer gediplomeerd zijn en een eigen praktijk hebben dan wel maatschapslid zijn, geven een hogere studiebelasting aan. De verklaarde variantie bedraagt hier 17,8%, wat dus iets hoger is dan voor het aantal cursussen. In tabel 5.43 worden de gegevens gepresenteerd van deze analyse.

Als we de bovenstaande resultaten vergelijken met die uit de enkelvoudige analyses, blijkt dat vier van de zes kenmerken die we hebben gebruikt in de analyses significant zijn. Ze vertonen dus zowel afzonderlijk als gelijktijdig een relatie met de studiebelasting van fysiotherapeuten.

Aard van de na- en bijscholing

Om de onderlinge samenhang van de verklarende variabelen met de aard van de na- en bijscholing te onderzoeken hebben we gebruik gemaakt van een andere multivariate analysetechniek: logistische regressie. De aard van de na- en bijscholingscursussen is uitgedrukt in het wel of niet volgen van een of meer cursussen uit een van de vier onderscheiden groepen (opfriscursussen, cursussen op het terrein van deskundigheidsbevordering, therapeutisch en niet-therapeutisch handelen). De reden hiervoor is dat - in tegenstelling tot de omvang van na- en bijscholing - de aard van de gevolgde cursussen geen continue variabele is, maar een dichotome variabele.

Op grond van deze analyses hebben we berekend hoe groot de minimale en maximale kans is dat een fysiotherapeut een of meer cursussen uit een groep zal volgen, gegeven diens score op de kenmerken die een significante bijdrage leveren aan de verklaring. We spreken van een minimale kans als een fysiotherapeut op de significante kenmerken een minimale score heeft, bijvoorbeeld: hij/zij vertoont geen professionele betrokkenheid, legt in de praktijk vooral het accent op een generalistische werkwijze en is pas gediplomeerd. De kans is in dit voorbeeld daarentegen maximaal als een fysiotherapeut sterk betrokken is bij de fysiotherapie, vooral specialistisch werkt en reeds lang in bezit is van het diploma fysiotherapie.

De factoren die het duidelijkst aangeven of een fysiotherapeut een cursus uit een van de vier onderscheiden groepen zal volgen zijn de professionele betrokkenheid en het geslacht van de fysiotherapeut (zie tabel 5.44). Als we per groep van cursussen kijken, dragen de twee genoemde kenmerken het meest bij aan de verklaring van volgen van opfriscursussen en, samen met werkwijze en werkervaring elders, van cursussen die niet-therapeutisch handelen betreffen. Voor cursussen op het gebied van deskundigheidsbevordering zijn professionele betrokkenheid, werkwijze en het aantal jaren dat een fysiotherapeut gediplomeerd is, de beste verklarende kenmerken. Ten slotte zijn geslacht en functie de factoren die de duidelijkste relatie vertonen met cursussen uit de groep niet-therapeutisch handelen.

Tabel 5.44: regressiecoëfficiënten van kenmerken van fysiotherapeuten van de aard van na- en bijscholing (logistische regressie-analyse)

	fysiotherapeutisch handelen		niet-fysiotherapeutisch handelen	
	opfris- cursussen	deskundigheids- bevordering	therapeutisch handelen	niet-therapeutisch handelen
	B	B	B	B
Professionele be- trokkenheid	.21*	.56*	-.02	.50*
Gen./spec. werkwijze	.03	.40*	.08	.20*
Geslacht ¹	.55*	-.05	-.29*	-.67*
Aantal jaren gediplomeerd	.02	-.03*	-.01	.01
Functie ²	-.01	-.13	.69*	.49
Werkervaring elders	.01	.01	.09	.43*
Constante	-1.22*	-.20	-1.47*	-5.21*

* $p \leq .05$

1. dummy variabele

0 = man 1 = vrouw

2. dummy variabele

0 = niet eigen praktijk/geen maatschapslid

1 = eigen praktijk/maatschapslid

Vervolgens hebben we voor de afzonderlijke groepen cursussen de kansen berekend dat een fysiotherapeut deze zal volgen met behulp van de hierboven gevonden variabelen die een significante bijdrage leveren aan de verklaring (zie tabel 5.45).

Tabel 5.45: Significante regressiecoëfficiënten van fysiotherapeuten van de aard van na- en bijscholing, en de minimale en maximale kansen¹

	opfris- cursussen	deskundigheids- bevordering	therapeutisch handelen	niet-therapeutisch handelen
	B	B	B	B
Professionele be- trokkenheid	.25	.55		.54
Gen./spec. werkwijze		.40		.21
Geslacht ²	.58		-.30	-.74
Aantal jaren ge- diplomeerd		-.03		
Functie ³			.62	
Werkervaring elders				.46
Constante	-1.01	-.25	-1.37	-4.81
Minimale kans %	32,6	53,7	17,9	0,7
Maximale kans %	50,9	93,8	29,0	16,9

1. $\ln(p_i/1-p_i) = \text{constante}_i + B_1 * \text{prof.betr.} + B_i * \text{gen/spec. werkwijze} + B_i * \text{geslacht} + B_i * \text{aantal jaren gediplomeerd} + B_i * \text{functie} + B_i * \text{werkervaring elders}$, waarbij $i = 1$ voor kolom 1 enz.

Bij de minimale kans is de uitdrukking $\ln(p_i/1-p_i)$ minimaal

Bij de maximale kans is de uitdrukking $\ln(p_i/1-p_i)$ maximaal

(Zie voor de minimale en maximale waarden van de variabelen eerdere paragrafen van dit hoofdstuk.)

2. dummy variabele

0 = man 1 = vrouw

3. dummy variabele

0 = niet eigen praktijk/geen maatschapslid

1 = eigen praktijk/maatschapslid

Voor een fysiotherapeut die geen professionele betrokkenheid toont, ongeacht het geslacht van de fysiotherapeut, is de kans dat zij/hij een opfriscursus zal volgen (bijvoorbeeld geriatrie) 32,6%, indien de professionele betrokkenheid groot is 50,9%.

Voor vrouwelijke fysiotherapeuten zijn deze kansen, bij gelijke professionele betrokkenheid, groter dan voor hun mannelijke collega's, namelijk 48,6% versus 34,6% (niet in de tabel vermeld).

De kans dat een fysiotherapeut een cursus zal volgen op het terrein van deskundigheidsbevordering (zoals manuele therapie, Cyriax en sportfysiotherapie) is 53,7% als zij/hij geen professionele betrokkenheid vertoont, een generalistische werkwijze heeft en langer gediplomeerd is. Voor een fysio-

therapeut die pas gediplomeerd is, specialistisch werkt en zich sterk betrokken voelt bij het beroep en de beroepsgroep, is de kans dat zij/hij een dergelijke cursus zal volgen heel groot, namelijk 93,8%.

Op grond van de zes kenmerken is het moeilijk te voorspellen of fysiotherapeuten een cursus zullen volgen op het terrein van niet-fysiotherapeutisch handelen. Voor de cursussen die therapeutisch handelen betreffen (bijvoorbeeld acupunctuur en haptonomie) is de kans 17,9% dat een - vrouwelijke of mannelijke - fysiotherapeut die geen praktijkhouder of maatschapslid is zo'n cursus volgt. Voor fysiotherapeuten met een eigen praktijk (of maatschap) is de kans 29,0%. Mannelijke fysiotherapeuten hebben, bij gelijke functie, een wat grotere kans (25,8%) dan vrouwen (20,4%).

Wat betreft de niet-therapeutisch gerichte cursussen (onder andere stage-begeleiding) is - bij gelijke professionele betrokkenheid, werkwijze en werkervaring elders - de kans dat vrouwelijke fysiotherapeuten een dergelijke cursus volgen eveneens lager dan voor de mannelijke collega's, namelijk 12,3% respectievelijk 22,5%. Voor fysiotherapeuten zonder professionele betrokkenheid, met een meer generalistische werkwijze en zonder werkervaring is de kans op het volgen van een niet-therapeutisch gerichte cursus heel klein, namelijk 0,7%. Indien ze wel werkervaring hebben buiten de eerstelijnsgezondheidszorg, meer specialistisch werkzaam zijn en sterk professioneel betrokken zijn bij hun beroep en beroepsgroep, is de kans 16,9%.

Vergelijking van de multivariate analyse met de afzonderlijke analyses laat zien dat de functie van de fysiotherapeut, die wel afzonderlijk van invloed is op het volgen van deskundigheidsbevorderende cursussen, geen relatie vertoont in samenhang met de andere variabelen (professionele betrokkenheid, werkwijze en aantal jaren in bezit van diploma).

Voor het volgen van opfriscursussen is in de bivariate analyses een samenhang geconstateerd met geslacht, werkwijze en aantal jaren gediplomeerd. Als we de invloed van deze kenmerken gezamenlijk bezien, blijft het geslacht een relatie vertonen, maar de andere twee kenmerken niet. Wel blijkt de professionele betrokkenheid (samen met het geslacht) van invloed te zijn op het volgen van opfriscursussen.

De resultaten van beide analyses duiden op een relatie tussen geslacht en functie met het volgen van therapeutisch gerichte cursussen. Afzonderlijk zijn ook werkervaring elders en aantal jaren gediplomeerd van invloed.

Tenslotte laat de vergelijking wat betreft het volgen van niet-therapeutische cursussen vrijwel hetzelfde beeld zien in de analyses. Alleen de relatie met de functie van de fysiotherapeut is weggefallen in de multivariate analyse.

Conclusie

Op grond van de bovenstaande gegevens moeten we constateren dat de kenmerken die in het onderzoek zijn opgenomen niet zo'n grote bijdrage leveren aan het verklaren van verschillen in de omvang van na- en bijscholing door fysiotherapeuten.

De aard van na- en bijscholing blijkt het beste te kunnen worden voorspeld voor de cursussen op het terrein van fysiotherapeutisch handelen, met name voor de cursussen die de deskundigheid bevorderen en - in mindere mate - voor opfriscursussen.

Professionele betrokkenheid, geslacht en (generalistische/specialistische) werkwijze dragen het meest bij aan de voorspellingen. Gezien de niet zo hoge verklaarde variantie, spelen kennelijk nog andere factoren een rol in het verschijnsel na- en bijscholing die in dit onderzoek niet zijn opgenomen.

5.7. Samenvatting

In dit hoofdstuk is gezocht naar verklaringen voor het volgen van na- en bijscholing door fysiotherapeuten, in termen van omvang en aard van de cursussen. Ten eerste is nagegaan of er een samenhang is met economische factoren. Fysiotherapeuten die meer werken en meer collega's hebben in de plaats waar ze werken doen qua omvang meer aan na- en bijscholing. Tijdgebrek lijkt dus geen beletsel, grotere concurrentie een stimulans.

Wat betreft de aard van de na- en bijscholing blijkt dat fysiotherapeuten die in een grotere praktijk werken vaker cursussen volgen die buiten het fysiotherapeutische beroepsterrein liggen. Een geringere fysiotherapeutendichtheid hangt samen met het vaker volgen van de meest populaire cursussen, omdat deze specifieke deskundigheden waarschijnlijk minder vaak worden aangeboden in die plaatsen.

Voor de kwalitatieve factoren is een verband geconstateerd tussen een hogere vooropleiding, meer overleggen met artsen (huisartsen en medisch specialisten) en stimulans (vooral door collega's gedaan) met een grotere studiebelasting. Dit geldt ook voor fysiotherapeuten die een grotere professionele betrokkenheid tonen, zich uitend in het vaker lezen van vakliteratuur, het bezoeken van congressen en het lidmaatschap van een beroepsvereniging. Een meer professionele attitude hangt samen met een grotere omvang van na- en bijscholing en het vaker volgen van de meest populaire cursussen. Dit betekent dat er een - weliswaar niet zo grote - groep fysiotherapeuten is die zich relatief weinig betrokken voelt bij het beroep en ook moeilijker te bereiken zal zijn met het oog op na- en bijscholing.

In het onderzoek ter verklaring van het verschijnsel na- en bijscholing is nog van een aantal andere relevante factoren de samenhang nagegaan. Voor de omvang van na- en bijscholing geldt dat vrouwelijke fysiotherapeuten meer cursussen volgen, maar met minder studiebelasting dan hun mannelijke collega's. Er zijn specifieke vrouwen- en mannenopleidingen aan te wijzen.

Fysiotherapeuten die langer gediplomeerd zijn, hebben meer cursussen gevolgd, korter gediplomeerden hebben vaker modernere cursussen zoals manuele therapie en Cyriax gevolgd.

Voorts volgen fysiotherapeuten die een eigen praktijk hebben of maatschapslid zijn meer na- en bijscholing en een grotere verscheidenheid aan soorten cursussen.

Ten slotte is er een verband gevonden tussen werkervaring in een andere setting van de gezondheidszorg dan de eerstelijnsgezondheidszorg en een grotere omvang van na- en bijscholing. Uit de aard van de gevolgde cursussen blijkt de soort werkervaring.

Uit de multivariate analyses blijkt dat de meeste kenmerken die afzonderlijk een relatie vertonen met de omvang van na- en bijscholing ook gelijktijdig deze relatie laten zien. De bijdrage aan de verklaring van de omvang van na- en bijscholing is niet zo groot, wat betekent dat nog andere dan de onderzochte kenmerken waarschijnlijk een rol hierin spelen.

De aard van de gevolgde cursussen kan met behulp van de significante kenmerken het beste voorspeld worden voor cursussen op het terrein van de deskundigheidsbevordering en - in mindere mate - voor opfriscursussen. Aan de voorspellingen dragen professionele betrokkenheid, geslacht en werkwijze (generalistisch/specialistisch) het meeste bij.

Gevraagd naar hun motieven om na- en bijscholing te volgen, zeggen fysiotherapeuten dit niet om economische redenen te doen, maar vooral uit een oogpunt van kwaliteitsverbetering van hun werk. Hoewel de meeste fysiotherapeuten de aansluiting op de beroepspraktijk redelijk tot goed vinden, missen ze wel een aantal onderwerpen in die opleiding, zoals sociale vaardigheden. Toch blijkt dit geen aanleiding tot het vaker volgen van cursussen op de volgens hen onderbelichte terreinen. Het aanbod van dergelijke cursussen is echter ook gering. Dit geldt tevens voor het bieden van hulp bij psychosociale problemen, iets wat ruim de helft van de fysiotherapeuten tot zijn taakgebied rekent.

De verklaring van verschillen tussen praktijken ligt vooral in de praktijkgrootte, dit in tegenstelling tot de verklaring op het niveau van de fysiotherapeuten. Het aanbod van specifieke deskundigheden neemt toe als er een groter aantal fysiotherapeuten werkzaam is in een praktijk. Voor de drie

meest gevolgde na- en bijscholingscursussen geldt echter dat deze ook in kleinere praktijken vaak worden aangeboden.

Het aanbod van specifieke deskundigheden in praktijken blijkt niet samen te gaan met een andere praktijkvoering en/of praktijkuitrusting.

6. TOEPASSING VAN SPECIFIEKE DESKUNDIGHEDEN

In dit hoofdstuk wordt verslag gedaan van de mate waarin fysiotherapeuten de door hen verworven specifieke deskundigheden toepassen tijdens hun therapeutische praktijk. De gegevens zijn verkregen via mondelinge interviews die zijn gehouden onder 100 fysiotherapeuten (zie bijlage 1). Bij elke fysiotherapeut zijn gegevens verzameld over een aantal patiënten, namelijk over de verwijzer en de verwijzindicatie, de fysiotherapeutische werkdiagnose, het behandeldoel en de mate waarin de fysiotherapeuten hun specifieke deskundigheden toepassen tijdens een zitting. Eerst wordt er een profielschets gegeven van de fysiotherapeuten en van de patiënten. Vervolgens worden de resultaten weergegeven van dit gedeelte van het onderzoek dat deels vraagstelling 1 beantwoordt. In de laatste paragraaf zullen de resultaten worden samengevat (6.9).

6.1. Profielschets van de fysiotherapeuten

De 100 fysiotherapeuten die hebben meegewerkt aan een mondeling interview zijn werkzaam in 53 verschillende praktijken, zoals in 3.3 reeds is beschreven. De mannelijke fysiotherapeuten zijn in dit deel van het onderzoek in de meerderheid: 69 mannen en 31 vrouwen zijn geïnterviewd. Hun leeftijd bedraagt gemiddeld 37 jaar, de oudste fysiotherapeut was 63 jaar en de jongste 26 jaar. Ze zijn gemiddeld 13 jaar gediplomeerd.

Van deze fysiotherapeuten heeft een kwart in een ziekenhuis gewerkt (of werkt daar deels nog), eveneens een kwart in een verpleeghuis of revalidatiecentrum, 6 hebben werkervaring in de psychiatrie of zwakzinnigenzorg en 5 in een bedrijf.

Meer dan de helft van de fysiotherapeuten (52) geeft mondeling bekendheid aan het feit dat zij/hij specifieke deskundigheden heeft verworven, 46 hebben zich laten registreren bij een beroepsinhoudelijke lidvereniging en bij 43 staat de specifieke deskundigheid vermeld in het telefoonboek. Ongeveer een derde maakt een specifieke deskundigheid bekend via een bord bij de praktijk, via een brief aan huisartsen of via een briefhoofd.

Deze groep fysiotherapeuten heeft in totaal 432 na- en bijscholingcursussen gevolgd of volgt deze momenteel nog. De tien cursussen die door deze

fysiotherapeuten het meest zijn gevolgd komen overeen met de tien voorbeeldcursussen van hoofdstuk 4, zij het dat de rangorde iets afwijkt.

In de onderstaande tabel 6.1 staat vermeld door hoeveel fysiotherapeuten deze tien cursussen zijn gevolgd.

Tabel 6.1: aantallen fysiotherapeuten die de tien voorbeeldcursussen volgden

	N	%
Manuele therapie	74	74,0
Cyriax	39	39,0
Sportfysiotherapie	34	34,0
Bindweefselmassage	21	21,0
Bandageren/tapen	49	49,0
Acupunctuur	16	16,0
Haptonomie	8	8,0
NDT/Bobath	8	8,0
Pré/postnatale begeleiding	9	9,0
Sensomotoriek	10	10,0

6.2. Profielschets van de patiënten

In totaal hebben we van 1622 patiënten gegevens verzameld, van wie 56,9% vrouw is (N=923) is en 43,1% man (N=699). De gemiddelde leeftijd bedraagt 47,6 jaar. Er zijn 3 kinderen van 1 jaar, in totaal zijn er 11 kinderen die jonger zijn dan 6 jaar. De twee oudste patiënten zijn 96 jaar, 8 zijn 90 jaar of ouder. In tabel 6.2 staan de leeftijden vermeld in categorieën.

Tabel 6.2: leeftijd van de patiënten, in categorieën

	N	%
1-15 jaar	49	3,0
16-25 jaar	162	10,0
26-35 jaar	261	16,1
36-45 jaar	313	19,3
46-55 jaar	294	18,2
56-65 jaar	193	11,9
66-75 jaar	198	12,2
> 75 jaar	148	9,1
Totaal	1618	100,0

Missing 4 (0,2%)

Van de patiënten is twee derde deel verplicht verzekerd bij een ziekenfonds en een derde deel is particulier verzekerd (respectievelijk 66,7 en 33,3%).

Van elke patiënt is genoteerd welk zittingsnummer het betrof, dat wil zeggen voor de hoeveelste keer zij voor de betreffende klacht bij de fysiotherapeut kwamen. In tabel 6.3 staat een overzicht hiervan. Voor 90 mensen was het de eerste zitting (5,6%). Het aantal patiënten dat al meer dan een jaar onder behandeling van de fysiotherapeut is bedraagt 203 ofwel 12,5%. Driekwart van deze groep chronische patiënten is 5 jaar of minder bij de fysiotherapeut en een kwart (N=52) langer dan 5 jaar, met als maximum 20 jaar (2 patiënten).

Tabel 6.3: zittingsnummers van de patiënten of aantal jaren dat patiënten in behandeling zijn

		N	%
Zittingsnummer	1	90	5,6
	2- 6	513	31,7
	7-12	411	25,4
	13-26	310	19,1
	> 26 (korter dan 1 jaar)	93	5,7
Aantal jaren	1- 2	92	5,7
	3- 5	59	3,7
	6-10	35	2,1
	> 10	17	1,0
Totaal		1620	100,0

Missing 2 (0,1%)

6.3. Verwijzers en verwijzindicaties

Ten eerste bespreken we in deze paragraaf door wie de patiënten zijn verwezen naar de fysiotherapeut. Verder is voor elke patiënt nagegaan op grond van welke indicatie de patiënt naar de fysiotherapeut is gestuurd. De verwijzindicaties zijn geclassificeerd volgens de International Classification of Primary Care (ICPC, aangepaste versie, Curfs 1991).

Verwijzers

Het merendeel van de patiënten is naar de fysiotherapeut verwezen door een huisarts (73,9%) en ruim een kwart had een verwijzing van een medisch specialist (26,9%). Er waren 21 patiënten met meer dan één verwijzer en 8 patiënten waren gekomen zonder een verwijzing.

Van de medisch specialisten die een patiënt hadden verwezen is 40,5% orthopedisch chirurg, 19,6% neuroloog en 14,1% algemeen chirurg (zie tabel 6.4).

Tabel 6.4: aantallen medisch specialisten die patiënten hebben verwezen naar de fysiotherapeut

	N	%
Orthopedisch chirurg	176	40,5
Neuroloog/neurochirurg	85	19,6
Algemeen chirurg	61	14,1
Reumatoloog	35	8,1
Revalidatie-arts	22	5,1
Longarts	13	3,0
Overige artsen	42	9,6
Totaal	434	100,0

Verwijsindicaties

Voor de 1622 patiënten zijn 2113 verwijsindicaties genoteerd. Driekwart van de patiënten kwam met 1 verwijsindicatie bij de fysiotherapeut (74,9%), en 20,0% met 2. Er waren 4 patiënten die 5 verwijsindicaties hadden. Het gemiddelde bedroeg 1.3 per patiënt.

De meeste verwijsindicaties voor fysiotherapie behoren tot hoofdstuk 'L': het bewegingsapparaat, namelijk 82,2% (N=1729). Het betreft met name (symptomen en) klachten aan rug, nek, schouder en wervelkolom. Een verwijzing voor klachten van het zenuwstelsel komt bij 9,9% voor (N=208). Verder zijn 57 patiënten (2,7%) verwezen vanwege klachten van de 'tractus respiratorius' en 45 (2,1%) van de 'tractus circulatorius'.

Verwijzing vanwege specifieke deskundigheid

Als het bij artsen bekend is dat een fysiotherapeut een bepaalde specifieke deskundigheid heeft is dit wellicht een reden om patiënten naar die fysiotherapeut te verwijzen. Aan de geïnterviewde fysiotherapeuten is gevraagd of een patiënt naar hun mening was verwezen door de arts vanwege een specifieke deskundigheid en zo ja, welke deskundigheid dit betrof. Bij 377 patiënten (23,2%) is dit inderdaad het geval. De specifieke deskundigheden waarvoor zij verwezen zijn staan vermeld in tabel 6.5.

Patiënten zijn verreweg het meest naar een fysiotherapeut verwezen voor diens specifieke deskundigheid op het gebied van de manuele therapie. Osteopathie (dat niet tot de voorbeeldcursussen behoort) is een deskundigheid waarvoor - in vergelijking met de wel in de tabel genoemde deskundigheden - relatief ook vrij veel werd verwezen, namelijk 26 keer (1,6%). In paragraaf 6.8 wordt verslag gedaan van de relatie tussen verwijzing vanwege een specifieke deskundigheid en het toepassen ervan.

Tabel 6.5: aantallen patiënten die zijn verwezen naar de fysiotherapeut vanwege diens specifieke deskundigheid

	N	%
Manuele therapie	178	11,0
Cyriax	25	1,6
Sportfysiotherapie	47	2,9
Bindweefselmassage	4	0,2
Bandageren/tapen	3	0,2
Acupunctuur	25	1,5
Haptonomie	12	0,7
NDT/Bobath	10	0,6
Pré/postnatale begeleiding	1	0,1
Sensomotoriek	13	0,8
Overig	59	3,6
Totaal	377	23,2

6.4. Fysiotherapeutische werkdiagnose

Het fysiotherapeutische onderzoek onderscheidt zich in het algemeen van het medische onderzoek van de arts in zoverre, dat een fysiotherapeut meer kijkt naar de gevolgen van de aandoeningen voor het bewegingsapparaat, alsmede naar de oorzakelijkheid ervan. We hebben de fysiotherapeutische werkdiagnose daarom geformuleerd in de componenten 'stoornissen' en 'beperkingen', zoals dit ook gebeurt in het 'Beleidsgericht Evaluatie- en Effectonderzoek Fysiotherapie' (BEEF, Curfs e.a. 1991).

Stoornissen

Onder stoornissen wordt verstaan 'iedere afwezigheid of afwijking van een psychologische, fysiologische of anatomische structuur of functie'. Deze definitie is afkomstig uit de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH). Een stoornis wordt hierbij gezien als een afwijking op orgaanniveau.

Als de meest voorkomende stoornissen van de onderzochte patiënten komen naar voren: verminderde bewegingsuitslag, afwijkende tonus van de musculatuur en krachtsvermindering.

In tabel 6.6 worden de gegevens gepresenteerd.

Tabel 6.6: stoornissen bij patiënten (N=1622), volgens de fysiotherapeutische werkdiagnose

	N	%
Verminderde bewegingsuitslag	1095	67,5
Afwijkende tonus van de musculatuur	864	53,3
Krachtsvermindering	683	42,1
Houdingsstoornissen	671	41,5
Zwelling	256	15,8
Sensibele stoornissen	214	13,2
Stoornis in de proprioceptie	176	10,9
Zenuwcompressiepijn	156	9,6
Zenuwrepijn	143	8,8
Overige stoornissen zenuwstelsel	131	8,1
Doorbloedingsstoornissen	127	7,8
Ademhalingsproblematiek	122	7,5
Overige stoornissen bewegingsapparaat	97	6,0
Psychische stoornissen	48	3,0
Hartfunctiestoornissen	41	2,5
Overige stoornissen	63	3,9
Geen stoornissen	61	3,8
Totaal	4887	

Bij de 1622 patiënten zijn gemiddeld 3 stoornissen genoemd, bij 61 patiënten kwam géén stoornis voor.

Beperkingen

Als definitie van beperkingen volgen we eveneens die ICIDH: 'een beperking is iedere vermindering (ten gevolge van een stoornis) van de mogelijkheid tot een voor de mens normale activiteit zowel wat betreft de wijze als de reikwijdte van de uitvoering'. Een beperking is het gevolg van een stoornis op persoonsniveau.

Beperking in de huishoudelijke activiteiten en andere beroepsactiviteiten ten gevolge van de stoornis(sen) ondervindt 71,8% van alle patiënten. Daarnaast is ook een groot aantal van hen beperkt bij het zich verplaatsen en in de lichaamsbeheersing (zie tabel 6.7).

Voor ruim een op de tien patiënten (12,1%) heeft de stoornis volgens de fysiotherapeuten geen beperkingen tot gevolg.

Tabel 6.7: beperkingen bij patiënten (N=1622), volgens de fysiotherapeutische werkdiagnose

	N	%
Huishoudelijke en overige beroepsactiviteiten	1164	71,8
Verplaatsing	675	41,6
Sport, hobby	625	38,5
Lichaamsbeheersing	581	35,8
Zelfverzorging	292	18,0
Andere activiteiten	61	3,8
Geen beperkingen	196	12,1
Totaal	3398	

Pijn

Hoewel er geen eensluidende mening is over de vraag of pijn moet worden gerekend tot de stoornissen of beperkingen is dit toch een veel voorkomende klacht van patiënten. We hebben daarom specifiek aan de fysiotherapeuten gevraagd of een patiënt al dan niet pijnklachten had. Ruim drie kwart van de patiënten (78,9%) uitte inderdaad deze klacht, 21.1% van hen (N=342) gaf geen pijn aan.

6.5. Behandeldoelen

In 64,5% van de zittingen was het behandeldoel pijnvermindering. Dit is tevens het meest genoemde behandeldoel (zie tabel 6.8). Gerelateerd aan het percentage patiënten dat pijnklachten had (78,9%) blijkt dat bij het merendeel van de patiënten de fysiotherapeuten proberen de pijn te verhelpen, althans te verminderen.

In de helft van de gevallen blijkt één van de behandeldoelen mobiliteitstoename te zijn, spiertonusregulatie in ongeveer een derde van de zittingen. Verder is vermeldenswaard dat fysiotherapeuten ruim een kwart van de patiënten inzicht poogt te geven in de problemen die hun klachten met zich brengen.

Tabel 6.8: behandeldoelen van de zittingen (N=1622)

	N	%
Pijnvermindering	1047	64,5
Mobiliteitstoename	824	50,8
Spiertonusregulatie	562	34,6
Inzicht geven in de klachtenproblematiek	459	28,3
Houdingscoördinatie	450	27,7
Bewegingscoördinatie	433	26,7
Spierkrachttoename	367	22,6
Ontspanning	287	17,7
Verbetering van vitale functies	127	7,8
Overige behandeldoelen	245	15,1
Totaal	4801	

6.6. Toepassen van specifieke deskundigheden tijdens de zitting

Vooruitlopend op het mondelinge interview bij 100 fysiotherapeuten hebben we in de schriftelijke enquête de zeer algemene vraag gesteld in hoeverre de fysiotherapeuten in praktijk brachten wat ze hadden geleerd op de na-en bijscholingcursussen. Uit de antwoorden kwam naar voren dat 61,9%

van de cursussen (N=2255) vaak tot altijd wordt toegepast, 26,7% soms en 11,5% bijna nooit of nooit.

Via het mondelinge interview hebben we veel exactere gegevens verkregen over het toepassen. Ten eerste konden we de mate van toepassen nagaan voor de afzonderlijke specifieke deskundigheden. Ten tweede hebben we de zittingen onderscheiden in drie onderdelen, te weten: onderzoek, therapie en voorlichting/instructie. Voor elke patiënt afzonderlijk (gemiddeld 16 per fysiotherapeut) is genoteerd of een specifieke deskundigheid door de fysiotherapeut tijdens de drie verschillende onderdelen van de zitting is toegepast. De gegevens die we op deze manier hebben verkregen geven een vrij nauwkeurig beeld van het toepassen van specifieke deskundigheden in de dagelijkse fysiotherapeutische beroepspraktijk.

Ter vergelijking met de bovengenoemde cijfers uit de schriftelijke enquête wordt eerst in tabel 6.9 een totaaloverzicht gegeven van de mate van toepassing tijdens de zittingen. In verband met een mogelijke afwijking van de eerste zittingen, waarin de fysiotherapeut wellicht meer onderzoek doet dan therapie en voorlichting of instructie geeft, zijn we nagegaan of er verschillen zijn met de andere zittingen (de gegevens zijn niet in de tabel vermeld). In de eerste zittingen worden de specifieke deskundigheden wel iets vaker toegepast tijdens het onderzoeken van de patiënt, maar voor de onderdelen therapie en voorlichting/instructie maakt het nauwelijks verschil. De gevonden verschillen waren zo klein dat we bij de verdere analyses geen onderscheid hebben gemaakt tussen eerste en volgende zittingen.

De gegevens betreffen gemiddeld ruim 4 deskundigheden bij 1622 patiënten (in totaal 7133 gevallen waarin een specifieke deskundigheid kan worden toegepast). De resultaten van de mondelinge interviews blijken sterk af te wijken van die uit de schriftelijke enquête: bij alle drie onderdelen van de zittingen worden bij ruim 4 van de 5 patiënten geen specifieke deskundigheden toegepast. Bij 1 op de 5 patiënten worden er dus wel specifieke deskundigheden (voornamelijk of deels) toegepast.

Tabel 6.9.: De mate waarin specifieke deskundigheden worden toegepast tijdens de zittingen, naar onderdeel van de zitting

	voornamelijk		deels		niet	
	N	%	N	%	N	%
Onderzoek	664	9,3	552	7,7	5917	83,0
Therapie	586	8,2	701	9,8	5846	82,0
Voorlichting/instructie	448	6,3	538	7,5	6147	86,2

Vervolgens zijn we nagegaan of de mate van toepassen verschilt per soort na- en bijscholing. We hebben dit - evenals in de vorige hoofdstukken -

beperkt tot de tien voorbeeldcursussen. Voor alle drie onderdelen van de zitting (onderzoek, therapie en het geven van voorlichting en/of instructie) is nagegaan of de specifieke deskundigheden waarover ze beschikken zijn toegepast.

Manuele therapie wordt het meest frequent toegepast tijdens het onderzoek van de patiënt door de fysiotherapeut, namelijk in bijna de helft van de zittingen (zie tabel 6.10). Verder worden Cyriax, haptonomie en acupunctuur ook vrij vaak toegepast (bij 2 tot 3 van de 10 patiënten). Voor de overige voorbeeldcursussen geldt dat deze bijna allemaal door minder dan 10% van de fysiotherapeuten die zo'n deskundigheid hebben wordt gebruikt.

Als we kijken naar de mate van toepassen van specifieke deskundigheden - wordt een specifieke deskundigheid voornamelijk of meer in combinatie met een of meer andere methoden toegepast - dan blijkt dat manuele therapie door een kwart van de fysiotherapeuten 'voornamelijk' wordt toegepast en door 17,2% 'deels'. Hetzelfde geldt voor Cyriax, acupunctuur en haptonomie. De overige cursussen worden vaker in combinatie met andere kennis ('deels') toegepast.

Tabel 6.10: aantallen patiënten waarbij de tien voorbeeldcursussen voornamelijk, deels of niet zijn toegepast tijdens het onderzoek

	voornamelijk		deels		niet	
	N	%	N	%	N	%
Manuele therapie	272	24,9	188	17,2	631	57,9
Cyriax	118	19,1	95	15,4	405	65,5
Sportfysiotherapie	19	3,4	43	7,6	500	89,0
Bindweefselmassage	3	0,9	5	1,5	315	97,5
Bandageren/tapen	1	0,3	-	-	344	99,7
Acupunctuur	39	14,6	18	6,8	210	78,6
Haptonomie	25	17,5	18	12,6	100	69,9
NDT/Bobath	3	2,5	1	0,8	116	96,7
Pré/postnatale begeleiding	1	0,9	3	2,6	111	96,5
Sensomotoriek	10	7,2	7	5,1	121	87,7

In tabel 6.11 wordt weergegeven hoe vaak tijdens de therapie een specifieke deskundigheid is toegepast door de fysiotherapeuten. Voor dit onderdeel van de zitting gaat bijna hetzelfde verhaal op als voor het onderzoek door de fysiotherapeut. Afwijkend is dat de meeste specifieke deskundigheden vaker in combinatie met andere kennis worden toegepast.

Tabel 6.11: aantallen patiënten waarbij de tien voorbeeldcursussen voornamelijk, deels of niet zijn toegepast tijdens de therapie door de fysiotherapeut

	voornamelijk		deels		niet	
	N	%	N	%	N	%
Manuele therapie	225	20,6	247	22,6	619	56,8
Cyriax	88	14,2	111	18,0	419	67,8
Sportfysiotherapie	27	4,8	55	9,8	480	85,4
Bindweefselmassage	3	0,9	6	1,8	314	97,2
Bandageren/tapen	3	0,9	3	0,9	339	98,2
Acupunctuur	43	16,1	24	9,0	220	74,9
Haptonomie	26	18,2	24	16,8	93	65,0
NDT/Bobath	4	3,3	7	5,8	109	90,0
Pré/postnatale begeleiding	1	0,9	4	3,5	110	95,6
Sensomotoriek	16	11,6	4	2,9	118	85,5

Tenslotte is nagegaan in hoeverre de fysiotherapeuten bij het geven van voorlichting of instructies aan de patiënten hun kennis gebruiken die ze hebben verworven tijdens de na- en bijscholingscursussen. Haptonomie wordt hierbij relatief het meest toegepast, gevolgd door manuele therapie, acupunctuur en Cyriax. Net als bij de twee andere onderdelen van de zitting worden bindweefselmassage, bandageren/tapen en pré- en postnatale begeleiding vrijwel niet gebruikt (zie tabel 6.12). Overigens is de mate van toepassing uiteraard mede afhankelijk van de patiëntenpopulatie.

Opvallend is dat de door veel fysiotherapeuten gevolgde cursus sportfysiotherapie in verhouding weinig toepassing vindt. Vermeldenswaard is nog de mate van toepassing van de cursus osteopathie (niet in de tabellen opgenomen). In de helft van het aantal zittingen wordt deze cursus toegepast bij onderzoek en therapie en aan 60,4% van de patiënten geeft de fysiotherapeut voorlichting en/of instructie met gebruik van kennis die is verworven via de na- en bijscholingscursus osteopathie.

Tabel 6.12: aantallen patiënten waarbij tien voorbeeldcursussen voornamelijk, deels of niet zijn toegepast door de fysiotherapeut tijdens de voorlichting en/of instructie

	voornamelijk		deels		niet	
	N	%	N	%	N	%
Manuele therapie	163	14,9	187	17,1	741	68,0
Cyriax	51	8,3	81	13,1	405	65,6
Sportfysiotherapie	26	4,6	44	7,8	492	87,6
Bindweefselmassage	2	0,6	3	0,9	319	98,5
Bandageren/tapen	1	0,3	3	0,9	341	98,8
Acupunctuur	35	13,1	17	6,4	215	80,5
Haptonomie	28	19,6	10	7,0	105	73,4
NDT/Bobath	4	3,3	2	1,7	114	95,0
Pré/postnatale begeleiding	4	3,5	2	1,7	109	94,8
Sensomotoriek	9	6,6	3	2,2	126	91,3

We kunnen concluderen dat specifieke deskundigheden minder vaak worden toegepast tijdens de therapeutische praktijk dan op grond van de schriftelijke enquête bleek. De nauwkeurigere meting via het mondelinge interview geeft betrouwbaardere gegevens. Van de tien voorbeeldcursussen wordt manuele therapie relatief het meest toegepast, gevolgd door Cyriax, haptonomie en acupunctuur. Bandageren/tapen, bindweefselmassage en pré- en postnatale begeleiding worden vrijwel niet toegepast. Het percentage fysiotherapeuten dat een verworven specifieke deskundigheid toepast tijdens onderzoek en therapie ongeveer gelijk is. Bij voorlichting en instructie wordt met name manuele therapie minder vaak toegepast dan bij de andere onderdelen van de zitting.

6.7. Verband tussen behandeldoel en het toepassen van specifieke deskundigheden

Tijdens het interview is aan de fysiotherapeuten gevraagd of ze het behandeldoel wilden aangeven van de zitting waarvan de gegevens werden verzameld. Dit is speciaal benadrukt, omdat we dan deze gegevens konden verbinden aan het toepassen van een specifieke deskundigheid. In andere zittingen van eenzelfde patiënt (die niet zijn onderzocht) kan immers het behandeldoel gericht zijn op een andere stoornis (of beperking). We zijn voor elk van de 9 onderscheiden behandeldoelen (zie tabel 6.8) nagegaan of de fysiotherapeuten de specifieke deskundigheden die ze verworven hebben tijdens de zittingen toepassen. Er is hier geen onderscheid gemaakt naar de mate van toepassing (voornamelijk of in combinatie met andere behandelmethoden).

We hebben ons beperkt tot de 5 cursussen die relatief het meest worden toegepast (zie tabel 6.10), namelijk manuele therapie, Cyriax, sportfysiotherapie, acupunctuur en haptonomie. Van de overige cursussen is de mate van toepassing niet voldoende om het verband met de behandeldoelen na te gaan.

We hebben reeds geconstateerd dat van de voorbeeldcursussen manuele therapie tijdens de zittingen het meest wordt toegepast bij het onderdeel 'onderzoek' (zie tabel 6.10). Als we kijken naar het percentage van de zittingen waarin de specifieke deskundigheden worden toegepast bij de verschillende behandeldoelen blijkt ook hier dat fysiotherapeuten die manuele therapie hebben gedaan deze deskundigheid bij 7 van de 9 behandeldoelen het meest toepassen (zie tabel 6.13). Een uitzondering vormen de behandeldoelen ontspanning en verbetering van vitale functies. Hierbij wordt van de deskundigheden haptonomie het meest gebruikt: ruim de helft van de fysiotherapeuten die een opleiding haptonomie hebben

gevolgd, gebruikt dit met als doel ontspanning van de patiënt. Acupunctuur wordt eveneens bij de twee laatstgenoemde behandeldoelen het meest toegepast. Manuele therapie, haptonomie en acupunctuur worden ook vaak gebruikt om de patiënten inzicht te geven in de problemen die hun klachten meebrengen.

Cyriax wordt vooral toegepast als het behandeldoel pijnvermindering, toename van mobiliteit en spierkrachttoename is. Sportfysiotherapie wordt met name toegepast door fysiotherapeuten indien de bewegingscoördinatie moet worden verbeterd en de spierkracht moet toenemen. Voor ontspanning wordt het vrijwel niet gebruikt (in 2% van de zittingen).

Tabel 6.13: percentages van de zittingen waar bij het onderzoek een specifieke deskundigheid wordt toegepast, naar behandeldoel

	Manuele therapie	Cyriax	Sportfysiotherapie	Acupunctuur	Haptonomie
Pijnvermindering	48,4	39,1	11,0	19,2	18,1
Mobiliteitstoename	54,9	39,8	9,8	8,8	23,4
Spiertonusregulatie	49,8	35,7	8,6	19,1	29,1
Inzicht problematiek klachten	50,4	36,6	15,4	25,4	45,0
Houdingscoördinatie	44,0	29,3	8,7	9,5	25,4
Bewegingscoördinatie	38,6	28,0	21,3	10,0	12,5
Spierkrachttoename	32,3	38,0	23,0	3,1	5,6
Ontspanning	39,7	16,2	2,0	27,7	54,5
Verbetering vitale functies	20,8	11,3	8,9	42,3	50,0

Bij de therapie zien we ongeveer hetzelfde beeld. Ook hierbij gebruiken fysiotherapeuten relatief het meest frequent manuele therapie. Indien de mobiliteit van een patiënt moet worden verbeterd, wordt bij 64,7% van de zittingen manuele therapie toegepast. Wanneer de fysiotherapeut als behandeldoel ontspanning noemt wordt in twee derde van de zittingen haptonomie toegepast (69,7%). Voor verbetering van de vitale functies worden acupunctuur en haptonomie het meest gebruikt.

Cyriax wordt bij bijna alle behandeldoelen in ongeveer dezelfde mate toegepast. De gegevens staan vermeld in tabel 6.14.

Tabel 6.14: percentages van de zittingen waar bij de therapie een specifieke deskundigheid wordt toegepast, naar behandeldoel

	Manuele therapie	Cyriax	Sportfysiotherapie	Acupunctuur	Haptonomie
Pijnvermindering	49,4	38,3	13,9	23,6	26,6
Mobiliteitstoename	64,7	39,1	16,5	16,9	26,5
Spiertonusregulatie	50,7	34,0	10,3	22,4	36,4
Inzicht problematiek klachten	51,8	34,4	18,8	25,4	61,5
Houdingscoördinatie	47,8	23,6	9,9	11,1	29,8
Bewegingscoördinatie	41,8	29,2	25,6	13,3	20,0
Spierskrachttoename	30,8	34,3	30,2	6,2	16,7
Ontspanning	39,1	20,9	4,2	27,7	69,7
Verbetering vitale functies	24,7	15,9	15,5	46,1	50,1

Tenslotte geven we de gegevens weer over het toepassen van de deskundigheden tijdens de voorlichting aan of instructie van de patiënt (zie tabel 6.15). De kennis van haptonomie wordt ook hiervoor vaak gebruikt, evenals van manuele therapie, zij het in mindere mate dan bij het onderzoeken van de patiënt en bij het geven van therapie. Evenals bij de andere twee onderdelen van de zittingen passen fysiotherapeuten die een cursus sportfysiotherapie of acupunctuur hebben gevolgd deze kennis relatief gezien het minst frequent toe.

Tabel 6.15: percentages van de zittingen waar bij de voorlichting/instructie een specifieke deskundigheid wordt toegepast, naar behandeldoel

	Manuele therapie	Cyriax	Sportfysiotherapie	Acupunctuur	Haptonomie
Pijnvermindering	35,8	23,4	11,0	18,2	18,1
Mobiliteitstoename	39,7	27,6	10,2	11,3	23,5
Spiertonusregulatie	38,1	24,4	11,4	19,1	23,6
Inzicht problematiek klachten	46,7	26,7	17,5	17,0	59,6
Houdingscoördinatie	39,3	19,5	9,9	9,5	29,8
Bewegingscoördinatie	33,2	33,0	23,1	13,3	20,0
Spierskrachttoename	24,4	25,5	23,7	6,2	16,7
Ontspanning	32,5	10,5	2,0	22,9	48,4
Verbetering vitale functies	18,2	6,8	13,4	42,3	40,0

Over het geheel genomen blijkt manuele therapie het meest toegepast te worden bij de verschillende behandeldoelen. Een uitzondering vormen inzicht geven in de klachtenproblematiek, ontspanning en verbetering van vitale functies: hierbij worden relatief haptonomie en acupunctuur vaak toegepast. Cyriax passen fysiotherapeuten bij de meeste behandeldoelen ongeveer evenveel toe, sportfysiotherapie wordt het minst gebruikt.

6.8. Verband tussen verwijzing vanwege specifieke deskundigheden en het toepassen ervan

Zoals beloofd in paragraaf 6.3, hebben we onderzocht of fysiotherapeuten de specifieke deskundigheden die ze bezitten vaker toepassen bij patiënten die (volgens de fysiotherapeuten) vanwege een deskundigheid naar hen zijn verwezen. We zijn dit nagegaan voor de voorbeeldcursussen waarvoor 10 of meer patiënten zijn verwezen. Dit geldt voor 7 specifieke deskundigheden (zie tabel 6.5), wat inhoudt dat bindweefselmassage, bandageren/tapen en pré- en postnatale begeleiding hiervoor niet in aanmerking komen.

Zoals uit tabel 6.16 is af te lezen wordt bij patiënten vaak een specifieke deskundigheid toegepast, indien deze door een arts is verwezen naar de fysiotherapeut vanwege die deskundigheid. Vergelijking met de tabellen 6.10, 6.11 en 6.12 maakt duidelijk dat het percentage zittingen waarin een deskundigheid niet is toegepast in bijna alle gevallen veel kleiner is. Bovendien bestaat de behandeling vaker overwegend uit het toepassen van specifieke deskundigheden. Dit gaat met name op voor haptonomie en acupunctuur. Patiënten die zijn verwezen voor NDT/Bobath worden in vergelijking met de andere deskundigheden het minst toegepast.

Een gerichte verwijzing vanwege een specifieke deskundigheid betekent dus dat deze deskundigheid vaker wordt toegepast door een fysiotherapeut.

Tabel 6.16: de mate (in %) waarin specifieke deskundigheden worden toegepast tijdens de zittingen, naar onderdeel van de zitting, bij patiënten die naar de fysiotherapeut zijn verwezen vanwege diens specifieke deskundigheid

	voornamelijk	deels	niet
Manuele therapie (N=178)			
onderzoek	68,4	16,9	14,7
therapie	60,2	24,7	15,1
voorlichting/instructie	41,6	17,7	40,7
Cyriax (N=25)			
onderzoek	64,0	24,0	12,0
therapie	76,0	20,0	4,0
voorlichting/instructie	44,0	36,0	20,0
Sportfysiotherapie (N=47)			
onderzoek	22,9	43,8	33,3
therapie	31,2	43,8	25,0
voorlichting/instructie	29,2	43,8	25,0
Acupunctuur (N=25)			
onderzoek	93,9	6,1	0,0
therapie	90,9	9,1	0,0
voorlichting/instructie	66,7	9,1	24,2
Haptonomie (N=12)			
onderzoek	83,4	8,3	8,3
therapie	91,7	8,3	0,0
voorlichting/instructie	91,7	8,3	0,0
NDT/Bobath (N=10)			
onderzoek	30,0	0,0	70,0
therapie	30,0	40,0	30,0
voorlichting/instructie	40,0	10,0	50,0
Sensomotoriek (N=13)			
onderzoek	69,2	0,0	30,8
therapie	92,3	0,0	7,7
voorlichting/instructie	53,8	7,7	38,5

6.9. Samenvatting

De mate waarin specifieke deskundigheden worden toegepast in de fysiotherapeutische praktijk is onderzocht bij 1622 patiënten van 100 fysiotherapeuten. Driekwart van hen is verwezen door de huisarts, de overigen door een medisch specialist, het meest een orthopeed. Vier van de vijf patiënten werd door de arts verwezen vanwege stoornissen aan het bewegingsapparaat. Volgens de fysiotherapeutische werkd Diagnose zijn de meest voorkomende stoornissen waarvoor deze patiënten zijn verwezen: verminderde

bewegingsuitslag, afwijkende tonus van de musculatuur en krachtsvermindering. Als beperkingen worden vooral door de fysiotherapeuten genoemd beperkingen bij huishoudelijke en beroepsactiviteiten. Pijnklachten worden gemeld door ruim drie kwart van de patiënten. Vermindering van de pijn blijkt dan ook het meest frequente behandeldoel te zijn van de fysiotherapeuten, gevolgd door mobiliteitstoename en spiertonusregulatie.

Uit de schriftelijke enquête kwam naar voren dat de specifieke deskundigheden door ruim 60% van de fysiotherapeuten vaak tot altijd werden toegepast, door 11,5% bijna nooit of nooit. Uit de gegevens van het mondelinge interview blijkt dat de deskundigheden over het geheel genomen bij ongeveer een vijfde van de patiënten worden toegepast. Dit geldt voor alle drie onderdelen van de zitting (onderzoek, therapie en voorlichting/instructie).

Waarschijnlijk zijn deze verschillende resultaten het gevolg van enerzijds een overschatting van de mate van toepassen (in de schriftelijke enquête) en van anderzijds een onderschatting (in het mondelinge interview). In het slothoofdstuk (7) wordt hierop nader ingegaan.

Van de tien voorbeeldcursussen wordt manuele therapie relatief het meest toegepast, gevolgd door Cyriax, haptonomie en acupunctuur. Bindweefselmassage, bandageren/tapen en ook pré- en postnatale begeleiding worden relatief weinig toegepast. Dit beeld is ongeveer gelijk voor de onderdelen onderzoek en therapie. Bij het geven van voorlichting en instructie worden bijna alle specifieke deskundigheden wat minder vaak toegepast.

Manuele therapie wordt bij de meeste behandeldoelen relatief het meest gebruikt, met name voor mobiliteitstoename, inzicht geven in de klachtenproblematiek en spiertonusregulatie. Haptonomie en - in iets mindere mate - acupunctuur worden vooral toegepast bij ontspanning van de patiënt, verbetering van vitale functies en inzicht geven in de klachtenproblematiek. Cyriax wordt bij bijna alle behandeldoelen in gelijke mate toegepast. Sportfysiotherapie passen fysiotherapeuten het minst toe, vergeleken met de vorige vier specifieke deskundigheden.

Indien een patiënt is verwezen door een arts vanwege een specifieke deskundigheid van de fysiotherapeut betreft dit meestal manuele therapie of - in veel kleinere aantallen - onder andere sportfysiotherapie, Cyriax en acupunctuur. Bij een dergelijke gerichte verwijzing wordt de betreffende kennis duidelijk vaker toegepast door de fysiotherapeut.

7. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

De doelstelling van het onderhavige onderzoek is een bijdrage te leveren aan het te voeren beleid ten aanzien van na- en bijscholing, door overheid en beroepsgroep (zie 1.2). In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek in dat licht bekeken.

De inventarisatie van het verschijnsel na- en bijscholing (vraagstelling 1) laat een grote variatie in het aanbod van specifieke deskundigheden zien. Er is een grote verscheidenheid aan soorten cursussen gevonden, met per cursus een vaak wisselende studieduur en studiebelasting. Tevens zijn er verschillende namen voor cursussen met ongeveer dezelfde inhoud, terwijl omgekeerd cursussen die onder eenzelfde naam worden aangeboden verschillend van inhoud zijn. Een en ander hangt onder meer samen met het grote aantal opleidingsinstituten waar fysiotherapeuten de door hen gewenste specifieke deskundigheden kunnen verwerven. Voor het verwerven van in naam dezelfde deskundigheden verschilt bijvoorbeeld het aantal cursusedagen vaak aanzienlijk en wordt soms wel, soms niet een stage verlangd.

Een belangrijk beleidspunt van het KNGF is de handhaving en verbetering van de kwaliteit van de fysiotherapeutische zorgverlening (Nota's KNGF 1986 en 1990). Het Genootschap wil dit onder andere bewerkstelligen via na- en bijscholing, waarbij de vraag aan de orde komt of na- en bijscholing verplicht gesteld moet worden. Gezien de grote verschillen in studiebelasting en gezien het feit dat onder dezelfde noemer vaak verschillende kennis wordt verworven, die daarmee samenhangend waarschijnlijk van een verschillend kwaliteitsgehalte is, lijkt het duidelijk dat enige standaardisering van de na- en bijscholingsmarkt nodig is. In de huidige situatie zijn veel onduidelijkheden over de kennis die fysiotherapeuten verwerven via het volgen van cursussen die een bepaalde deskundigheid pretenderen aan te leren. De hoeveelheid van de opgedane kennis en de kwaliteit ervan is daarom vaak niet duidelijk.

Niet alleen is er een grote verscheidenheid in cursussen, maar ook in instituten die deze cursussen aanbieden, zoals hierboven reeds ter sprake is gekomen. Sommige instituten hebben zich gespecialiseerd in het verzorgen van één of enkele cursussen, bijvoorbeeld acupunctuur of Cyriax. Andere opleidingsinstituten, zoals de SWSF, bieden vele verschillende soorten na- en bijscholingscursussen aan. Het gevolg van het grote aantal instituten is dat de markt van cursusaanbod nogal onoverzichtelijk is. Naast de hierboven genoemde standaardisering van de inhoud van de na- en

bijscholingscursussen zou daarom ook enige structurering van de opleidingsinstituten wenselijk zijn. Aan de andere kant zou tevens gelet moeten worden op de spreiding van opleidingsinstituten over Nederland. Door een aantal instituten wordt reeds op verschillende plaatsen in den lande dezelfde cursussen aangeboden. Om te voorkomen dat in de toekomst, als een eventuele structurering van de opleidingsinstituten zou plaatsvinden, de afstand een belemmering zou worden om een cursus te volgen, verdient het aanbeveling aan de spreiding aandacht te blijven schenken.

Fysiotherapeuten volgen in grote getale na- en bijscholing: slechts 4,9% heeft geen cursus gevolgd. Het gemiddeld aantal cursussen dat gevolgd is (of nog gevolgd wordt) bedraagt 3,5 per fysiotherapeut, ongeveer een derde (29,2%) volgde 1 of 2 cursussen. Een op de drie cursussen neemt meer dan 25 cursusedagen in beslag, de meeste cursussen duren 6 tot 12 dagen. Het gemiddeld aantal uren thuisstudie bedraagt ruim drie uur per week. Bij bijna een kwart van de na- en bijscholingscursussen behoort een stage. Na- en bijscholing is dus een omvangrijk verschijnsel, het is als het ware een gewoonte geworden voor fysiotherapeuten om na- en bijscholing te volgen. Hierop zou bij het na- en bijscholingsbeleid goed kunnen worden ingespeeld. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk om via beïnvloeding van de kwaliteit van het aanbod van na- en bijscholing de kwaliteit van de fysiotherapeutische zorgverlening te verhogen. De motivatie tot het volgen van cursussen blijkt immers ruimschoots aanwezig te zijn.

Manuele therapie wordt het meest frequent gedaan: 41,5% van de fysiotherapeuten volgde een dergelijke cursus, waarvan iets meer dan de helft de specifieke deskundigheid manuele therapie heeft verworven die door het KNGF is erkend als verbijzondering. Ook bij pré- en postnatale begeleiding heeft de helft van de fysiotherapeuten de deskundigheid die is erkend als verbijzondering, bij sportfysiotherapie twee derde. Kennelijk vinden niet alle fysiotherapeuten het belangrijk dat een specifieke deskundigheid is erkend als een 'verbijzondering'. Ook hier blijkt weer dat er grote verschillen bestaan in de specifieke deskundigheden die fysiotherapeuten verwerven via na- en bijscholing. Standaardisering van de na- en bijscholingscursussen zou ook op dit terrein meer duidelijkheid brengen.

Bij de interpretatie van bovenstaande resultaten is het gewenst om het volgende in gedachten te houden. Sommige cursussen die vroeger niet in de opleiding zaten zijn in de loop der tijd wel hierin opgenomen. Het gevolg is dat dergelijke cursussen door de fysiotherapeuten niet meer als na- en bijscholing gevolgd worden. Wat voor de ene fysiotherapeut dus nu

een opfrissing van bestaande kennis is, kan voor de ander het vergaren van nieuwe kennis en het verdiepen van bestaande kennis zijn.

Daarnaast is het mogelijk dat nieuwe ontwikkelingen op het terrein van de fysiotherapie een nieuw aanbod van cursussen tot gevolg hebben. Dit trekt dan weer de aandacht van de opleidingen fysiotherapie, die op hun beurt deze cursusstof soms verwerken in het onderwijs.

Al met al is het verschijnsel na- en bijscholing een dynamisch en doorlopend proces in de tijd. Dit blijkt eveneens uit de zienswijze van het KNGF ten aanzien van na- en bijscholing. Haar zienswijze wijzigde steeds in de loop der jaren, en daarmee gepaard gaande ook die van de fysiotherapeuten zelf.

Als gevolg van deze veldsituatie, die steeds in ontwikkeling is, zal een zekere voorzichtigheid betracht moeten worden bij de interpretatie van de exacte cijfers 'achter de komma'.

Het zoeken naar verklaringen voor verschillen in na- en bijscholing tussen fysiotherapeuten en tussen praktijken (vraagstelling 2) heeft een aantal resultaten opgeleverd die van belang zijn voor het beleid ten aanzien van na- en bijscholing.

Ten eerste is geconstateerd dat het aanbod van specifieke deskundigheden groter is naarmate de praktijkgrootte, uitgedrukt in het aantal werkzame fysiotherapeuten per praktijk, toeneemt. Hoewel dit eigenlijk een begrijpelijke bevinding is, omdat meer fysiotherapeuten ook meer cursussen hebben gevolgd, is het wel belangrijk vanuit beleidsoogpunt. Het percentage solopraktijken in Nederland bedraagt namelijk 37,8%, terwijl in 20,5% van alle praktijken twee fysiotherapeuten werken en in 15,0% drie fysiotherapeuten (Pool & Hingstman, 1991). Dit betekent dat in een groot aantal praktijken (de kleinere praktijken) relatief weinig specifieke deskundigheden worden aangeboden. Aangezien het beleid gericht is op een evenwichtig aanbod van zorg betekent dit dat specifieke deskundigheden ook in min of meer gelijke mate aanwezig zouden moeten zijn in praktijken. Het zou dan ook wellicht overwogen kunnen worden dat kleinere praktijken voor het aanbieden van specifieke deskundigheden gaan samenwerken. Indien in de ene praktijk een bepaalde deskundigheid, bijvoorbeeld manuele therapie, niet aanwezig is zou een patiënt hiervoor kunnen worden doorgestuurd naar een andere (kleine) praktijk waar een fysiotherapeut werkt die wel deze opleiding heeft gedaan.

Voorts is er een relatie gevonden, zij het een vrij zwakke, met een aantal kenmerken van fysiotherapeuten. Een grotere professionele betrokkenheid (lidmaatschap van KNGF, VVF, LVFD, VMFV; lezen van vakliteratuur; bezoeken van congressen) hangt samen met een grotere omvang en verscheidenheid van na- en bijscholing. Hoewel de verschillen vaak slechts gradueel zijn, zou bij het beleid op het terrein van na- en bijscholing met

deze gegevens rekening kunnen worden gehouden. Want er blijkt dus een, zij het kleine, groep fysiotherapeuten te zijn die relatief weinig na- en bijscholing volgt en die ook op andere terreinen weinig activiteiten ontplooit, zoals het lezen van vakliteratuur en het bezoeken van congressen. Ook sluiten deze fysiotherapeuten zich niet zo snel aan bij een beroepsvereniging. Vanuit het Genootschap kunnen deze fysiotherapeuten niet bereikt worden omdat ze geen lid zijn van de beroepsvereniging. Ook kunnen ze vaak niet via vakbladen of congressen worden bereikt. Om ze toch aan te zetten tot het volgen van na- en bijscholing zal naar andere oplossingen gezocht moeten worden. Als kanttekening hierbij moet worden opgemerkt dat deze groep fysiotherapeuten wellicht iets groter is dan uit dit onderzoek naar voren komt. Uit de non-responsanalyse bleek namelijk dat de responderende fysiotherapeuten vaker lid zijn van een beroepsvereniging dan de fysiotherapeuten uit de non-responsgroep (zie 3.5). Het effect hiervan is echter niet erg groot.

Andere kenmerken die een samenhang vertonen met de omvang en de aard van na- en bijscholing zijn de functie van een fysiotherapeut en het geslacht. Fysiotherapeuten die praktijkhouder of maatschapslid zijn doen meer aan na- en bijscholing. Vrouwelijke fysiotherapeuten volgen meer cursussen, maar geven in totaal een geringere studiebelasting aan dan hun mannelijke collega's.

Ten slotte is geconstateerd dat fysiotherapeuten vooral in het begin van hun loopbaan na- en bijscholing volgen. Hoewel er onder de geënquêteerde fysiotherapeuten een lichte overtegenwoordiging is geconstateerd van jongere, dus korter gediplomeerde fysiotherapeuten in vergelijking met de fysiotherapeuten die de enquête niet hebben ingevuld (zie 3.5), blijft het gevonden verband sterk genoeg om deze constatering te handhaven.

Enerzijds biedt dit wellicht een aanknopingspunt voor het beleid ten aanzien van het aanleren van specifieke deskundigheden. Als pas afgestudeerde fysiotherapeuten goed gemotiveerd zijn om specifieke deskundigheden aan te leren en na- en bijscholing als het ware wordt gepresenteerd als een logische voortzetting van de opleiding zal de na- en bijscholing beter te sturen zijn. Bovendien kan op deze manier misschien ook de hierboven genoemde groep fysiotherapeuten, die wat moeilijker is te bereiken vanwege onder andere een geringere mate van professionele betrokkenheid, ertoe bewogen worden meer aan na- en bijscholing te doen.

Anderzijds doemt hier een probleem op ten aanzien van de permanente educatie van fysiotherapeuten. Om nieuwe ontwikkelingen aan te leren is het noodzakelijk dat fysiotherapeuten niet slechts in het begin van hun loopbaan na- en bijscholing volgen. Ze zouden dit gedurende hun gehele loopbaan als fysiotherapeut moeten blijven doen om bij te blijven op hun

vakgebied. Uit het onderzoek blijkt echter dat ze vooral cursussen volgen als ze nog niet zo lang zijn afgestudeerd. Voor de handhaving van de kwaliteit van de fysiotherapeutische zorgverlening zullen fysiotherapeuten ook na die periode cursussen moeten volgen. Mogelijk kunnen er bepaalde beleidsmaatregelen worden vastgesteld om de zo belangrijke permanente educatie te stimuleren.

Verklaringen voor verschillen in na- en bijscholing tussen fysiotherapeuten blijken vooral te liggen op het kwalitatieve vlak. Fysiotherapeuten die belangstelling hebben voor hun beroep en de ontwikkelingen die zich hierin voordoen, tonen een positieve attitude ten aanzien van na- en bijscholing. De motieven die fysiotherapeuten noemen om na- en bijscholing te volgen zijn vrijwel allemaal gericht op de kwaliteit van de fysiotherapeutische zorg, zoals verbetering van de kwaliteit van werken, beter kunnen diagnostiseren en het beschikken over meer behandelingsmogelijkheden.

Economische factoren, zoals de praktijkgrootte en het potentiële patiëntenbestand, spelen - volgens de rapportage door de fysiotherapeuten zelf - nauwelijks een rol. Het aantal uren dat een fysiotherapeut werkt per week, de praktijkgrootte, de fysiotherapeutendichtheid en het bevolkingsaantal van de vestigingsplaats van de praktijk laten op slechts een enkel punt een zwakke samenhang zien met de omvang en de aard van na- en bijscholing. Gevraagd naar hun motieven om cursussen te volgen blijkt dat fysiotherapeuten economische motieven nauwelijks belangrijk vinden. Uitbreiding van het aantal patiënten en het verbeteren van de maatschappelijke positie vindt slechts 10% een belangrijk motief. Kennelijk is in de persoonlijke beleving van de fysiotherapeuten verbetering van de kwaliteit van werken wel belangrijk, maar speelt verbetering van de maatschappelijke positie niet mee bij de beslissing na- en bijscholing te volgen, of slechts op de achtergrond.

Terugkoppeling van deze constatering naar het theoretische kader dat in dit onderzoek is gebruikt, de markttheoretische benadering van professionalisering (Lulofs 1981), laat het volgende zien. De kernbegrippen in deze professionaliseringstheorie zijn marktafbakening en marktbeheersing. Marktafbakening is van belang voor het creëren van een eigen beroepsmarkt voor de gehele fysiotherapie en voor deelmarkten (van specifieke deskundigheden) binnen de fysiotherapie. Marktbeheersing is nodig om een professionele marktorde te bereiken. Afbakening van de toegang tot de beroepsmarkt en maatregelen ten aanzien van onder andere de concurrentie op de markt zijn hiervoor een voorwaarde.

Vervolgens is het professionaliseringsproces van de fysiotherapie op macroniveau beschreven. Zowel economische als kwalitatieve factoren bleken een rol te spelen in dit proces. Vervolgens heeft er een 'vertaling' plaatsgevonden naar het microniveau van de individuele fysiotherapeut,

waarbij die economische en kwalitatieve factoren zijn geselecteerd die volgens verwachting een rol zouden spelen in het individuele proces van na- en bijscholing.

Op grond van de resultaten van het onderhavige onderzoek kan geconstateerd worden dat de door ons onderscheiden kwalitatieve factoren op het individuele niveau van de fysiotherapeuten een rol spelen in het proces van na- en bijscholing. Professionele betrokkenheid en een meer specialistische werkwijze laten een relatie zien met de omvang en de aard van na- en bijscholing, zij het dat het soms graduele verschillen betreft. De economische factoren blijken echter op het individuele niveau (dat wil zeggen in de beleving en volgens de rapportage van de fysiotherapeuten zelf) niet of nauwelijks de verwachte rol te spelen. Vanuit een macro-economisch perspectief bezien is dit ontbreken van economische redenen nogal onwaarschijnlijk. Voor de beroepsgroep als geheel is de economische positie namelijk wel belangrijk. Via onder meer uitbreiding van het verstrekkingspakket en een adequate honorering is een hechte economische basis gelegd. Mogelijkerwijs is het zo dat op macroniveau de economische factoren voor het volgen van na- en bijscholing wel een rol spelen, maar dat deze op microniveau als het ware vertaald worden in overwegingen van kwaliteit.

Zowel de aard van de na- en bijscholing is onderzocht als de wensen die ten aanzien hiervan leven onder de fysiotherapeuten.

Bij de aard van de cursussen is een onderscheid gemaakt tussen opfriscursussen, cursussen op het terrein van deskundigheidsbevordering, therapeutisch en niet-therapeutisch handelen. De meeste fysiotherapeuten volgden één of twee cursussen op het terrein van deskundigheidsbevordering (91,5%), zoals manuele therapie, Cyriax en sportfysiotherapie. Ongeveer de helft volgde één of meer zogenoemde opfriscursussen, bijvoorbeeld een algemene na- en bijscholingscursus, bindweefselmassage of bandageren. Cursussen die buiten het beroepsterrein van de fysiotherapeut worden gerekend, zoals acupunctuur en haptonomie, zijn ook redelijk populair onder de fysiotherapeuten: ongeveer een derde volgde na- en bijscholing op dit terrein. Ten slotte worden cursussen die geen (fysio)therapeutisch handelen betreffen, zoals stagebegeleiding en een docentenopleiding, door 6,5% van de fysiotherapeuten gevolgd.

Vergelijking van de aard van de cursussen die fysiotherapeuten volgen laat zien dat cursussen op het terrein van deskundigheidsbevordering het meest gevolgd worden. Gezien het beleid van het Genootschap ten aanzien van de kwaliteit van de fysiotherapeutische zorgverlening, te weten handhaving en verbetering van kwaliteit, is dit een verheugend feit. Deskundigheidsbevordering draagt namelijk bij aan een verhoging van de kwaliteit van zorg.

Wat betreft de wensen die fysiotherapeuten hebben geuit ten aanzien van na- en bijscholing dient het volgende te worden opgemerkt.

Uit het onderzoek komt naar voren dat in de opleiding dan wel bij na- en bijscholing meer aandacht besteed zou moeten worden aan het aanleren van sociale vaardigheden en het omgaan met patiënten die psychosociale problemen hebben. Deze twee onderwerpen blijken namelijk door fysiotherapeuten het meest gemist te worden in de opleiding. Bij het omgaan met patiënten zijn goede sociale vaardigheden voor een fysiotherapeut een vereiste om de patiënten voorlichting en adviezen te geven. Uit ander onderzoek is gebleken dat goede voorlichting van groot belang is voor de compliance: het opvolgen door patiënten van adviezen die fysiotherapeuten geven (Sluys, 1991). Scholing in sociale vaardigheden kan daarom bijdragen aan een kwalitatief goede zorgverlening.

In de dagelijkse praktijk hebben fysiotherapeuten regelmatig te maken met patiënten die psychosociale problemen hebben. Ze moeten dan ook met deze patiënten kunnen omgaan en ze eventueel helpen door ze bijvoorbeeld attent te maken op hulpverleners die op dat specifieke terrein zijn gespecialiseerd, waarbij het uiteraard niet de taak van de fysiotherapeuten, maar van de huisarts is om patiënten te verwijzen. Het zou wellicht aan te bevelen zijn om in de opleiding hieraan extra aandacht te geven en het thans geringe aanbod van deze soorten na- en bijscholingscursussen te vergroten.

Naast de zojuist genoemde onderwerpen gaven de fysiotherapeuten nog enige andere kennisgebieden aan die ze misten in de opleiding, zoals de praktijkvoering of het verrichten van onderzoek. Wellicht zou hieraan in de opleiding ook meer aandacht gegeven kunnen worden.

Op grond van de schriftelijke enquête kan worden geconcludeerd dat specifieke deskundigheden vrij veel worden toegepast in de dagelijkse therapeutische praktijk. Mogelijk hebben de fysiotherapeuten de mate waarin ze hun deskundigheden toepassen echter iets overschat. Deze conclusie zou althans getrokken kunnen worden als de resultaten van de schriftelijke enquête worden vergeleken met die van de mondelinge interviews die zijn gehouden met fysiotherapeuten. Hieruit komt naar voren dat de meeste specifieke deskundigheden relatief weinig worden toegepast. Waarschijnlijk heeft hier echter een onderschatting plaatsgevonden van de mate waarin deskundigheden worden toegepast. Omdat de kennis die een fysiotherapeut heeft op het terrein van een specifieke deskundigheid vaak verweven is met andere kennis en geïntegreerd in andere behandelingsmethoden wordt toegepast, is het moeilijk een juist antwoord te geven op een concrete vraag over het toepassen van die kennis bij de behandeling van een bepaalde patiënt. Een fysiotherapeut zal dan wellicht eerder geneigd zijn te zeggen dat een specifieke deskundigheid niet is toegepast.

Ondanks de hierboven geuite kanttekeningen over mogelijke onder- en overschatting kan worden geconcludeerd dat de specifieke deskundigheden minder worden toegepast dan te verwachten was. Het volgen van na- en bijscholingscursussen blijkt niet automatisch vertaald te worden in het toepassen van de verworven kennis in de praktijk. Er zou dan ook wellicht meer aandacht besteed moeten worden aan de implementatie van het geleerde in de praktijk. Dit zou eventueel een vast onderdeel kunnen zijn in de na- en bijscholingscursussen.

Ten slotte willen we nog ingaan op het probleem hoe een - voor KNGF leden - verplichte na- en bijscholing kan worden geëffectueerd, zoals is voorgesteld in de discussienota over regulering van (verplichte) na- en bijscholing (KNGF 1990).

Als mogelijke sanctiemaatregel voor het niet voldoen aan de verplichting tot na- en bijscholing noemt het Genootschap het verlies van het lidmaatschap van het KNGF. Ten aanzien van het effect van het verlies van het lidmaatschap valt, op grond van de resultaten van dit onderzoek, de volgende opmerking te plaatsen. Het is gebleken dat fysiotherapeuten die weinig of geen na- en bijscholing doen minder vaak lid zijn van een beroepsvereniging en dus ook niet het lidmaatschap kunnen verliezen. Juist deze groep fysiotherapeuten zou bereikt moeten worden, onder andere via de beroepsverenigingen, om hun attitude ten aanzien van na- en bijscholing in positieve zin te veranderen. Het verlies van het lidmaatschap van het KNGF als sanctiemaatregel zal daarom waarschijnlijk weinig effect hebben.

In de Nota wordt verder als mogelijke sanctiemaatregel genoemd het - op langere termijn - verliezen van de bevoegdheid tot het voeren van de beroepstitel. Opgemerkt moet worden dat het op dit moment nog onduidelijk is of het beroep van fysiotherapeut zal worden opgenomen in artikel 3 van de wet BIG. Indien dat niet het geval zou zijn heeft dit als consequentie dat de beroepstitel niet beschermd is en dat de genoemde sanctie dan niet mogelijk is. Wel bestaat de mogelijkheid om door middel van een AMVB ex artikel 51 de opleidingstitel van fysiotherapeut te beschermen en de deskundigheid te omschrijven die in de opleiding is verworven. Registratie van fysiotherapeuten vindt bij invoering van de wet BIG van overheidswege dan niet meer plaats, omdat het diploma toegang geeft tot de in artikel 51 omschreven deskundigheden.

Dit onderzoek heeft aangetoond dat na- en bijscholing van fysiotherapeuten een wijdverspreid verschijnsel is. De resultaten hebben geleid tot een aantal beleidsaanbevelingen die kunnen bijdragen aan de verdere structurering van na- en bijscholing.

8. LITERATUUR

- CAMPBELL, D.D. Progression to professionalization: the role of continuing education, in: *Physiotherapy Canada*, vol.35, no.5, sept/oct.1983, pp. 248-251
- CURFS, E.Chr., H. KOOL van LANGENBERGE, J.J. KERSSSENS, J. DEKKER. *Basisgegevens extramurale fysiotherapie 1989*. NIVEL, Utrecht, sept. 1991
- DEES, J. De ontwikkeling van de fysiotherapeutische hulpverlening. Notitie aan de Tweede Kamer, 1989
- FYSIOTHERAPEUTENBESLUIT 1977, in: *Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden*, 1977, no.432: Besluit van 1 juli 1977 tot vaststelling van nieuwe regelen inzake het beroep van fysiotherapeut
- HART, E., D. PINKSTON, F.J. RITCHEY, C.J. KNOWLES. Relationship of Professional Involvement to Clinical behaviors of Physical Therapists, in: *Physical Therapy*, vol.70 (3), 1990, pp.179-187
- HARTOG DEN, W. Kwaliteitszorg, een must ook voor de fysiotherapie, in: *Fysiovisie*, jan. 1991, pp.8-10
- KASS, D.I. Economics of scale and scope in the provision of home health services, in: *Journal of Health Economics*, vol.6, 1987, pp.119-146
- KERSSSENS, J.J. Bij- en nascholing van in de eerste lijn werkzame fysiotherapeuten: een inventarisatie van gevolgde cursussen, in: *Ned.T.Fysiotherapie*, vol.99, no.10, okt.1989, pp.267-272
- KERSSSENS, J.J., E.Chr. CURFS, P.P. GROENEWEGEN. *Fysiotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg: klachten van patiënten, indicatiestelling van (huis)artsen en fysiotherapeutische behandelingen*. NIVEL, Utrecht, 1987
- KOEKENBIER, Th.A.G. Kwaliteit, een zaak van de beroepsgroep, in: *Fysiovisie*, april 1991, pp.2-3
- KONINKLIJK NEDERLANDS GENOOTSCHAP VOOR FYSIOTHERAPIE. Discussienota over regulering van (verplichte) na- en bijscholing fysiotherapie. KNGF, juni 1990
- KOSTER, M.K., J. DEKKER, P.P. GROENEWEGEN. De positie en opleiding van enkele paramedische beroepen in het Verenigd Koninkrijk, Nederland, de Bondsrepubliek Duitsland en België - Fysiotherapie, Logopedie, Ergotherapie, Orthoptie, Podotherapie. NIVEL, Utrecht (in voorbereiding)
- KORTENHOEVEN, D. Van bijverdienste tot broodwinning, de ontwikkeling van het economisch kader van het beroep van fysiotherapeut. Ned. Huisartsen Instituut, Utrecht, aug. 1983
- KORTENHOEVEN, D. 100 jaar fysiotherapie. Ontwikkeling van een wettelijk en economische kader van een paramedische beroepsgroep. Gouda Quint BV, Arnhem, 1989
- LULOFS, J.G. Een markttheoretische benadering van professies, in: *Mens en Maatschappij*, no.4, jrg. 56, 1981, pp.349-377
- NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. De ICIDH. Een classificatie van de gevolgen van ziekten en aandoeningen. Werkgroep Classificatie en Coderingen. Zoetermeer, 1988
- NEDERLANDS GENOOTSCHAP VOOR FYSIOTHERAPIE. Nota inzake beleidssontwikkeling m.b.t. verbijzonderingen binnen de fysiotherapie. NGF, 1986
- OVERDUIN, J.E. Professionalisering als therapie voor de fysiotherapie. Doctoraalscriptie sociologie, Universiteit van Amsterdam, aug. 1988
- POOL, J.B., L. HINGSTMAN. Statistische gegevens over fysiotherapeuten per 1 januari 1989. NIVEL, Utrecht, 1991
- ROELINK, H. De waarde van een eenmaal behaalde bevoegdheid fysiotherapie, in: *Fysiovisie*, jan. 1984, pp.15-18

- SLUYS, E.M. Therapietrouw van de patiënt en de kwaliteit van de voorlichting in de fysiotherapie, in: Jaarboek Fysiotherapie 1991. red.: B. van Crandenburg e.a. Bohn, Stafleu, van Loghum, Houten/Antwerpen, 1991, pp.64-79
- TERLOUW, T.J.A. Professionalisering en verwetenschappelijking, in: Ned. T. Fysiotherapie, vol.97, no.3, maart 1987, pp.65-73
- TOURNIER, A.G. Verbijzondering of specialisatie in de fysiotherapie, in: Fysiovisie, dec. 1983, pp.18-20
- WAGENER, J.F. Verbijzondering of specialisatie in de fysiotherapie, in: Fysiovisie, no.11, 1985, pp.3-4
- WET OP DE PARAMEDISCHE BEROEPEN, 1963, bewerkt door Mr.J. Haring. Tjeenk Willink, Zwolle, 1987

BIJLAGE 1: ENQUÊTE EN INTERVIEW



nederlands instituut
voor onderzoek van de
eerstelijnsgezondheidszorg

postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

**ENQUÊTE NA- EN BIJSCHOLING
FYSIOTHERAPEUTEN
IN DE EERSTE LIJN**

Project 'Aanbod van zorg door fysiotherapeuten in de eerste lijn'.

Inlichtingen: mw. A. van den Brink-Muinen, 030-319946

ALGEMENE GEGEVENS

1. Bent u op dit moment geheel of gedeeltelijk werkzaam in de eerstelijnsgezondheidszorg?
 - ☐ nee
 - ☐ ja
2. Bent u anders dan in de eerstelijnsgezondheidszorg werkzaam geweest (of gedeeltelijk nog werkzaam), bijvoorbeeld in een ziekenhuis of een bedrijf? (u kunt meerdere antwoorden aankruisen)
 - ☐ nee
 - ☐ ja, nl. in: ☐ ziekenhuis
 - ☐ verpleeghuis
 - ☐ revalidatiecentrum
 - ☐ psychiatrisch ziekenhuis
 - ☐ zwakzinnigenzorg
 - ☐ bedrijf
 - ☐ anders, nl.
3. Welke vooropleiding heeft u gevolgd voor uw opleiding tot fysiotherapeut? (u kunt meerdere antwoorden aankruisen)
 - ☐ MULO
 - ☐ MBO
 - ☐ HAVO
 - ☐ Atheneum/Gymnasium/HBS
 - ☐ anders, nl.

NA- EN BIJSCHOLING

De vragen 4 t/m 10 gaan over de na- en bijscholingscursussen/opleidingen die u na uw opleiding tot fysiotherapeut heeft gevolgd (of nog volgt) en die relevant zijn voor de uitoefening van uw therapeutische praktijk. De kennis en vaardigheden die u hierdoor heeft verworven, worden in de enquête 'specifieke deskundigheden' genoemd.

4. Heeft u na uw opleiding tot fysiotherapeut nog een of meer - voor de uitoefening van uw therapeutische praktijk relevante - cursussen/opleidingen gevolgd of volgt u deze nog en zo ja, bij welk instituut, in welke plaats en in welke periode (welk jaar/jaren)?
 - ☐ nee: doorgaan naar vraag 10 (wilt u de enquête vanaf vraag 10 wél invullen a.u.b.?)
 - ☐ ja : gaarne hieronder specificeren.

	naam cursus/opleiding	instituut	plaats	periode
1.	_____			
2.	_____			
3.	_____			
4.	_____			
5.	_____			
6.	_____			

N.B. WILT U BIJ VRAAG 5, 6 EN 7 DEZELFDE VOLGORDE VAN DE CURSUSSEN/OPLEIDINGEN AANHOUDEN DIE U IN VRAAG 3 HEEFT GEBRUIKT?

5. Wilt u aangeven uit hoeveel dagen in totaal elk van de bovengenoemde cursussen/opleidingen bestond, hoeveel uren per week u thuis studeerde in verband met de cursus/opleiding en of u deze heeft afgerond?

cursus/ opl.	daadwerkelijk aantal cursus/opl.dagen						uren thuisstudie per week	afgerond		
	0,5-2	3-5	6-12	13-24	25-50	>50		ja	nog niet	nee
1.	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐
2.	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐
3.	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐
4.	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐
5.	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐
6.	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐

6. Een cursus/opleiding bestaat uit theorie- en/of praktijklessen. Wilt u voor elk van de door u genoemde cursussen/opleidingen aangeven hoe groot de omvang (in percentage) was van het theoretisch gedeelte. Wilt u ook aangeven uit hoeveel dagen een (eventueel bijbehorende) stage bestond? Deze vraag ook graag beantwoorden voor (nog) niet afgeronde cursussen/opleidingen.

cursus/ opl.	omvang van het theoretisch gedeelte (in percentage)	aantal dagen stage
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

7. Brengt u hetgeen u heeft geleerd op de cursussen/opleidingen, die u in vraag 3 heeft genoemd, ook in de praktijk?

cursus/ opl.	altijd	vaak	soms	bijna nooit	nooit
1.	☐	☐	☐	☐	☐
2.	☐	☐	☐	☐	☐
3.	☐	☐	☐	☐	☐
4.	☐	☐	☐	☐	☐
5.	☐	☐	☐	☐	☐
6.	☐	☐	☐	☐	☐

8. Geeft u bekendheid aan de specifieke deskundigheden die u via cursussen/opleidingen heeft verworven en zo ja, op welke wijze? Hiermee wordt dus meer dan de algemene aanduiding 'fysiotherapeut' bedoeld. (u kunt meerdere antwoorden aankruisen)

☐ nee

☐ ja, via: ☐ brief aan huisartsen

☐ brief aan medisch specialisten

☐ brief aan fysiotherapeuten

☐ registratie bij lidvereniging

☐ vestigingsadvertentie in dag- of weekbladen

☐ vermelding in telefoonboek/Gouden Gids

☐ bord naast de deur, vermelding op het raam (of iets dergelijks)

☐ briefhoofd

☐ mondeling

☐ anders, nl.

9. Sturen artsen en/of fysiotherapeuten patiënten naar u vanwege uw specifieke deskundigheden?

	altijd	vaak	soms	bijna nooit	nooit
huisartsen	☐	☐	☐	☐	☐
medisch specialisten	☐	☐	☐	☐	☐
fysiotherapeuten	☐	☐	☐	☐	☐
andere artsen	☐	☐	☐	☐	☐

10. Heeft u het voornemen een of meerdere cursussen/opleidingen in de toekomst te gaan volgen?

☐ nee

☐ ja, nl. 1.

2.

3.

MOTIEVEN

In de vragen 11 t/m 13 wordt gevraagd naar de reden(en) waarom u wel of niet cursussen/opleidingen heeft gevolgd of in de toekomst zult gaan volgen.

11. Wilt u aangeven in hoeverre voor u de onderstaande motieven van belang waren (of zijn) om na- en/of bijscholingcursussen/opleidingen te volgen?

	geen motief			zeer belang- rijk motief	
Ik verwachtte dat ik door het verwerven van specifieke deskundigheden het aantal patiënten kon vergroten.	☐	☐	☐	☐	☐
Door het volgen van cursussen wilde ik de kwaliteit van mijn werk verbeteren.	☐	☐	☐	☐	☐
Specifieke deskundigheden zouden mij kans op een betere baan geven.	☐	☐	☐	☐	☐
Door cursussen te volgen wilde ik beter een diagnose kunnen stellen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ik ging een cursus volgen om meer behandelingsmogelijkheden tot mijn beschikking te hebben.	☐	☐	☐	☐	☐
Ik volgde een cursus uit interesse.	☐	☐	☐	☐	☐
Het bezitten van specifieke deskundigheden zou mijn onzekerheid tijdens mijn werk verminderen.	☐	☐	☐	☐	☐
Mijn sociale vaardigheden wilde ik verbeteren door een cursus te volgen.	☐	☐	☐	☐	☐
Om bij te blijven in mijn vak volgde ik na- en bijscholingcursussen.	☐	☐	☐	☐	☐

12. Indien u geen cursus/opleiding heeft gevolgd en dit ook in de toekomst niet gaat doen, wat is hiervoor de reden? Als u wel een of meer cursussen/opleidingen heeft gevolgd, maar graag (nog) andere had willen volgen, wilt u dan ook aangeven waarom dit niet mogelijk was of in de toekomst mogelijk is? (u kunt meerdere antwoorden aankruisen)

- ☐ geen interesse
- ☐ geen tijd
- ☐ te duur
- ☐ praktisch onmogelijk (bijv. vanwege de afstand)
- ☐ meerwaarde weegt niet op tegen de kosten van de tijdsinvestering
- ☐ anders, nl.

13. Wordt u door collega's of door anderen gestimuleerd tot het volgen van cursussen? (u kunt meerdere antwoorden aankruisen)

- ☐ ja, door collega's binnen praktijk
- ☐ ja, door collega's buiten praktijk
- ☐ ja, door anderen, nl.
- ☐ nee

BEROEPSGERICHTHEID

Het lezen van vakliteratuur en het bezoeken van congressen beïnvloedt wellicht het volgen van bepaalde na- en bijscholingscursussen/opleidingen. De volgende drie vragen gaan hierover.

14. Leest u vaktijdschriften (lezen d.w.z. bewust doornemen) ?

	altijd	vaak	soms	bijna nooit	nooit
Ned.T.v.Fysiotherapie	☐	☐	☐	☐	☐
Fysiovisie	☐	☐	☐	☐	☐
Issue	☐	☐	☐	☐	☐
Stimulus	☐	☐	☐	☐	☐
Respons	☐	☐	☐	☐	☐
Ned.T.v.Geneeskunde	☐	☐	☐	☐	☐
Medisch Contact	☐	☐	☐	☐	☐
Buitenlandse literatuur	☐	☐	☐	☐	☐
anders, nl.	☐	☐	☐	☐	☐
.....	☐	☐	☐	☐	☐

15. Heeft u wel eens een of meer congressen bezocht op het gebied van de fysiotherapie of op een ander terrein van de gezondheidszorg en zo ja, betrof dit een binnen- of buitenlands congres? (u kunt meerdere antwoorden aankruisen)

☐ nee

☐ ja, op het gebied van: ☐ fysiotherapie, georganiseerd in Nederland
☐ fysiotherapie, georganiseerd in buitenland
☐ ander terrein van de gezondheidszorg, georganiseerd in Nederland
☐ ander terrein van de gezondheidszorg, georganiseerd in buitenland

16. Indien u vakliteratuur leest en/of congressen bezoekt, doet u dit uit het oogpunt van:
(u kunt meerdere antwoorden aankruisen)

☐ op de hoogte blijven van algemene ontwikkelingen in de fysiotherapie
☐ verdieping van kennis op een specifiek aspect van de fysiotherapie
☐ voor de fysiotherapie beleidsrelevante ontwikkelingen
☐ anders, nl.

OPLEIDING TOT FYSIOTHERAPEUT

De onderstaande vragen 17 t/m 19 hebben betrekking op de (basis)opleiding tot fysiotherapeut.

17. Hoe was naar uw mening de aansluiting van uw opleiding tot fysiotherapeut op uw therapeutische beroepspraktijk?

- ☐ goed
- ☐ vrij goed
- ☐ gaat wel
- ☐ vrij slecht
- ☐ slecht

18. Zijn er volgens u bepaalde deskundigheden die u niet of onvoldoende in uw opleiding voor fysiotherapie heeft aangeleerd, maar die u wel als basisvaardigheden beschouwt voor een adequate uitoefening van de fysiotherapie?

☐ nee

☐ ja, nl. 1.

2.

3.

19. Bent u van mening dat een eventuele ontwikkeling van de fysiotherapie in de richting van een toename van specifieke deskundigheden niet of wel juist is en waarom?

☐ niet juist, omdat

.....

.....

.....

☐ wel juist, omdat

.....

.....

.....

ANDERE ASPECTEN

Er zijn nog enige andere aspecten die van invloed kunnen zijn op het verwerven van specifieke deskundigheden, zoals overleg voeren met andere hulpverleners en de opvatting over de taak van de fysiotherapeut bij psychosociale problemen. Hierover gaan de vragen 20 t/m 24.

20. Hoeveel keren per maand overlegt u (over patiënten of werk) met andere hulpverleners in de gezondheidszorg? Hiermee wordt zowel vast overleg bedoeld (bijv. 1 keer per week op een bepaalde tijd) als overleg dat niet plaats vindt op vaste tijden maar incidenteel.

		aantal keren per maand				
	0	< 1	1-2	3-4	5-8	> 8
collega's binnen praktijk	☐	☐	☐	☐	☐	☐
collega's buiten praktijk	☐	☐	☐	☐	☐	☐
huisartsen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
med.specialisten	☐	☐	☐	☐	☐	☐
anderen	☐	☐	☐	☐	☐	☐

21. Wilt u aangeven (in percentages) in welk deel van de behandelingen u algemene fysiotherapie toepast, specifieke deskundigheden en/of een combinatie van beide werkwijzen?

.. % algemene fysiotherapie
 .. % specifieke deskundigheden
 .. % combinatie

22. Heeft u in uw werk veel te maken met een of meer specifieke patiëntencategorieën (bijv. reumapatiënten of kinderen)?

☐ nee
☐ ja, nl.

23. Een fysiotherapeut kan zowel op het brede terrein van de fysiotherapie werkzaam zijn (generalistische werkwijze) als zich richten op één of enkele aspecten van de fysiotherapie (specialistische werkwijze). Wilt u door één van de rondjes aan te kruisen aangeven waar u in het algemeen het accent legt in uw werk?

meer accent op generalistische werkwijze	evenveel accent op beide werkwijzen	meer accent op specialistische werkwijze
--	---	--

0-----0-----0-----0-----0

24. Hieronder staan drie opvattingen over de taak van fysiotherapeuten bij psychosociale problemen. Wilt u de opvatting aankruisen die u het meest aanspreekt?

- ☐ hulp bieden bij psychosociale problemen is eigenlijk geen taak van fysiotherapeuten
- ☐ hulp bieden bij psychosociale problemen is in de fysiotherapie ondergeschikt aan het behandelen van lichamelijke klachten
- ☐ hulp bieden bij psychosociale problemen is een wezenlijk onderdeel van de fysiotherapeutische behandeling

DE TOTALE PRAKTIJK

Onderstaande vragen over de totale praktijk kunnen inzicht geven in de specifieke deskundigheden per praktijk en de mogelijke samenhang met de grootte en de inrichting van de praktijk. Indien de praktijk verspreid is over meerdere praktijkadressen, wilt u dan de gegevens van alle praktijkadressen tezamen noteren?

25. Welke van de door het KNGF erkende verbijzonderingen en van de overige hieronder genoemde specifieke deskundigheden, verkregen via cursussen/opleidingen, zijn aanwezig bij uw collega-fysiotherapeuten in de praktijk en hoeveel fysiotherapeuten betreft dit? (uzelf niet meetellen)

bij welk aantal fysiotherapeuten?

Door het KNGF erkende verbijzonderingen:

- ☐ Manuele therapie (opleiding erkend door NVMT)
- ☐ Fysiotherapie in de sportgezondheidszorg (opleiding erkend door NVFS).
- ☐ Fysiotherapie in de pré- en postnatale gezondheidszorg (opleiding erkend door NVFP)
- ☐ Fysiotherapie in verpleeghuizen (opleiding erkend door NVFV)

Overige specifieke deskundigheden:

- ☐ Manuele therapie (anders dan hierboven genoemd)
- ☐ Pré-/postnatale educatie (")
- ☐ Sportfysiotherapie (")
- ☐ Cyriax
- ☐ NDT, Bobath
- ☐ Acupunctuur
- ☐ Sensomotoriek
- ☐ Haptonomie
- ☐ Reflexzone therapie
- ☐ Bindweefselmassage
- ☐ Kinderfysiotherapie
- ☐ Lymfedrainage
- ☐ Bandageren/tapen
- ☐ Meridiaantherapie
- ☐ Osteopathie
- ☐ Anders, nl. 1.

2.

3.

26. Zijn er in uw directe omgeving praktijken waar dezelfde specifieke deskundigheden worden aangeboden als in uw praktijk?

- ☐ nee
- ☐ ja

27. Werkt u samen met hulpverleners die een andere opleiding dan fysiotherapie hebben en zo ja, welke (bijv. oefentherapeut-Cesar, podotherapeut)?

- ☐ nee
- ☐ ja, nl.

28. Maakt u deel uit van een gestructureerd samenwerkingsverband waarvan ook huisartsen deel uitmaken?

- ☐ nee
- ☐ ja, een gezondheidscentrum
- ☐ ja, een hqme-team
- ☐ ja, anders nl.

29. Wilt u aangeven welke apparatuur en instrumentarium in de praktijk aanwezig is?

apparatuur en instrumentarium betreffende:

- ☐ laagfrequente elektro-therapie
- ☐ middenfrequente elektro-therapie
- ☐ hoogfrequente wisselstromen
- ☐ infrarood lichttherapie
- ☐ ultraviolet lichttherapie
- ☐ thermotherapie (paraffine, fango, modder, cryotherapie)
- ☐ ultrageluidtherapie
- ☐ tractieapparatuur (elektrisch gestuurd)
- ☐ vasotrain
- ☐ magneetveldtherapie
- ☐ myofeedbacktherapie
- ☐ trottoir/tapis roulant
- ☐ oefentoeestellen
- ☐ lasertherapie
- ☐ anders, nl. 1.
- 2.
- 3.

30. Indien er in de praktijk specifieke deskundigheden aanwezig zijn, is de inrichting of uitrusting van de praktijk aangepast aan deze deskundigheden?

- ☐ nee, niet nodig
- ☐ nee, niet mogelijk omdat
- ☐ nee, niet zinvol, omdat
- ☐ ja, nl.

Mogelijk zijn een aantal aspecten die u van belang acht niet aan bod gekomen in deze enquête of heeft u commentaar dat van belang kan zijn voor ons onderzoek. Wilt u dit hieronder noteren?

WIJ DANKEN U HARTELIJK VOOR UW MEDEWERKING!

**MONDELING INTERVIEW
NA - EN BIJSCHOLING
FYSIOTHERAPEUTEN
IN DE EERSTE LIJN**

Project 'Aanbod van zorg door fysiotherapeuten in de eerste lijn'.

Inlichtingen: mw. A. van den Brink-Muinen, tel. 030-319946

Respondent nummer:

Praktijk nummer:

Geboortedatum: . . - . . - . .

Geslacht: 0 vrouw

0 man

Jaar van afstuderen: . .

Instituut:

Bent u anders dan in de eerstelijnsgezondheidszorg werkzaam geweest (of gedeeltelijk nog werkzaam), bijvoorbeeld in een ziekenhuis of een bedrijf? (u kunt meerdere antwoorden aankruisen)

0 nee

0 ja, nl. in: 0 ziekenhuis

0 verpleeghuis

0 revalidatiecentrum

0 psychiatrisch ziekenhuis

0 zwakzinnigenzorg

0 bedrijf

0 anders, nl.

Heeft u in uw werk veel te maken met een of meer specifieke patiëntencategorieën (bijv. reumapatiënten of kinderen)?

0 nee

0 ja, nl.

Datum: . . - . . - . .

Paraaf:

1. Heeft u na uw opleiding tot fysiotherapeut nog een of meer - voor de uitoefening van uw therapeutische praktijk relevante - cursussen/opleidingen gevolgd of volgt u deze nog en zo ja, bij welk instituut, in welke plaats en in welke periode (welk jaar/jaren)?

0 nee:

0 ja : gaarne hieronder specificeren.

	naam cursus/opleiding	instituut	plaats	periode
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____	_____

N.B. WILT U BIJ VRAAG 2 EN 3 DEZELFDE VOLGORDE VAN DE CURSUSSEN/OPLEIDINGEN AANHOUDEN DIE U IN VRAAG 1 HEEFT GEBRUIKT?

2. Wilt u aangeven uit hoeveel dagen in totaal elk van de bovengenoemde cursussen/opleidingen bestond, hoeveel uren per week u thuis studeerde in verband met de cursus/opleiding en of u deze heeft afgerond?

cursus/ opl.	daadwerkelijk aantal cursus/opl.dagen						uren thuisstudie per week	afgerond		
	0,5-2	3-5	6-12	13-24	25-50	> 50		ja	nog niet	nee
1.	0	0	0	0	0	0	..	0	0	0
2.	0	0	0	0	0	0	..	0	0	0
3.	0	0	0	0	0	0	..	0	0	0
4.	0	0	0	0	0	0	..	0	0	0
5.	0	0	0	0	0	0	..	0	0	0
6.	0	0	0	0	0	0	..	0	0	0

3. Een cursus/opleiding bestaat uit theorie- en/of praktijklessen. Wilt u voor elk van de door u genoemde cursussen/opleidingen aangeven hoe groot de omvang (in percentage) was van het theoretisch gedeelte. Wilt u ook aangeven uit hoeveel dagen een (eventueel bijbehorende) stage bestond? Deze vraag ook graag beantwoorden voor (nog) niet afgeronde cursussen/opleidingen.

cursus/ opl.	omvang van het theoretisch gedeelte (in percentage)	aantal dagen stage
1.	..	..
2.	..	..
3.	..	..
4.	..	..
5.	..	..
6.	..	..

4. Geeft u bekendheid aan de specifieke deskundigheden die u via cursussen/opleidingen heeft verworven en zo ja, op welke wijze? Hiermee wordt dus meer dan de algemene aanduiding 'fysiotherapeut' bedoeld. (u kunt meerdere antwoorden aankruisen)

☐ nee

☐ ja, via: ☐ brief aan huisartsen

☐ brief aan medisch specialisten

☐ brief aan fysiotherapeuten

☐ registratie bij lidvereniging

☐ vestigingsadvertentie in dag- of weekbladen

☐ vermelding in telefoonboek/Gouden Gids

☐ bord naast de deur, vermelding op het raam (of iets dergelijks)

☐ briefhoofd

☐ mondeling

☐ anders, nl.

5. Sturen artsen en/of fysiotherapeuten patiënten naar u vanwege uw specifieke deskundigheden?

	altijd	vaak	soms	bijna nooit	nooit
huisartsen	0	0	0	0	0
medisch specialisten	0	0	0	0	0
fysiotherapeuten	0	0	0	0	0
andere artsen	0	0	0	0	0

6. Hoeveel keren per maand overlegt u (over patiënten of werk) met andere hulpverleners in de gezondheidszorg? Hiermee wordt zowel vast overleg bedoeld (bijv. 1 keer per week op een bepaalde tijd) als overleg dat niet plaats vindt op vaste tijden maar incidenteel.

	0	aantal keren per maand				
		< 1	1-2	3-4	5-8	> 8
collega's binnen praktijk	0	0	0	0	0	0
collega's buiten praktijk	0	0	0	0	0	0
huisartsen	0	0	0	0	0	0
med.specialisten	0	0	0	0	0	0
anderen	0	0	0	0	0	0

Respondentnummer:

Patiënt nummer:

Geboortedatum: . . . - . . . - . . .

Geslacht: 0 vrouw
0 man

De hoeveelste zitting van de patiënt is dit? . . .

Langdurig in behandeling, nl. . . . jaar

Verzekering: 0 ziekenfonds
0 particulier
0 niet verzekerd

Verwijzer: 0 huisarts
0 medisch specialist: (specialisme)
0 ander, nl.:
0 geen verwijzer (bijvoorbeeld eigen initiatief)

Verwijsindicatie:
.....

Is deze patiënt naar u verwezen vanwege uw specifieke deskundigheid?

0 nee
0 ja, op het gebied van:

Fysiotherapeutische werkdiagnose

Stoornissen:

0 zwelling
0 verminderde bewegingsuitslag
0 afwijkende tonusmusculatuur
0 krachtsvermindering
0 ademhalingsproblematiek
0 houdingsstoornissen
0 diverse stoornissen: 0 hartfunctiestoornissen
0 doorbloedingsstoornissen
0 sensibele stoornissen
0 stoornis in de proprioceptie
0 zenuwreepijn
0 zenuwcompressiepijn
0 overige stoornissen, nl.
0 geen stoornissen

☐ zelfverzorging
☐ lichaamsbeheersing
☐ verplaatsing
☐ huish. en overige beroepsactiviteiten
☐ sport/hobby
☐ andere activiteiten, nl.
☐ geen beperkingen

Behandeldoel van deze zitting:

- 0 mobiliteitstoename
0 spierkrachttoename
0 spiertonusregulatie
0 houdingscoördinatie
0 bewegingscoördinatie
0 pijnvermindering
0 verbetering van vitale functies
0 ontspanning
0 inzicht geven in de klachtenproblematiek
0 overig, namelijk:

[illegible]

BEPERKINGEN

Zelfverzorging:

Wassen
Kleden
Toiletgebruik
Eten

Lichaamsbeheersing:

Zitten
Staan
Knielen
Bukken
Evenwicht bewaren

Verplaatsing:

In en uit bed
Lopen
Traplopen
Fietsen
Auto besturen

Huishoudelijke en overige beroepsactiviteiten:

Boodschappen doen
Verzorgen maaltijd
Bedden verschoonen
Schoonmaken
Verzorgen huisgenoten
Gebruik telefoon
Langere tijd zitten
Langere tijd staan
Tillen
Handhaven normaal tempo beroep
Stress-bestendigheid

Sport/hobby

Andere activiteiten

BIJLAGE 2: INDELING NA- EN BIJSCHOLINGSCURSUSSEN

I. Fysiotherapeutisch handelen:

IA. Opfriscursussen

IB. Deskundigheidsbevordering

II. Niet-fysiotherapeutisch handelen:

IIA. Therapeutisch handelen

!IB. Niet-therapeutisch handelen

I. Fysiotherapeutisch handelen:

IA. Opfriscursussen

Bindweefselmassage
Bandageren/tapen
Algemene na- en bijscholing
Functiestoornissen houdings- en bewegingsapparaat
Elektrotherapie/-diagnostiek
MBD-syndroom (korte cursus)
Inspanningsfysiologie
Fysiotherapie bij longaandoeningen
Psychosomatiek
Psychomotoriek (korte cursus)
Gynaecologie
Lage rugklachten
Anatomie/snijzaal
De orthopedische patiënt
Kinesiologie
MBVO/bejaardengym
Reumatologie
Aandoening weke delen/bandletsels
Pijnbestrijding/TENS
Massage overig
De neurologische patiënt
Lasertherapie
Vertebro-basilaire insufficiëntie
Multipele sclerose
Bijzondere schoolgym
Handrevalidatie
Reanimatie
Periostmassage
De wervelkolom
Posttraumatische dystrofie
Fysioteknik
Intensive care
Bekkenbodembehandeling
Parkinson
Janda/rekkingstechniek
Geriatric
Orthesiologie
Fysiotherapie bij mammatumoren
Myofeedback
Prothesiologie
Rationele fysiotherapie

Houdingscorrectie
Onderzoeken/waarnemen/behandelen
Pijnregistratie/-evaluatie
Functionele looptraining
Medicijnen (SWSF cursus)
Biomechanica
Magneetveldtherapie

IB. Deskundigheidsbevordering

Cyriax
Sportfysiotherapie
Manuele therapie
Pré-/postnatale begeleiding
Sensomotoriek
NDT/Bobath
Meridiaantherapie
Reflextherapie
Podologie/podokinesiologie
Neurol.-fysiologie/ITON
Lymfedrainage
Adem-/ontspanningstherapie
Hyperventilatie
Bewegingstherapie (v.d.Meulen/Bugnet)
CMD/Gnatologie
MBD syndroom (langere cursus)
Shiatsu/Tsubo
Kinderfysiotherapie
Psychomotoriek (langere cursus)
Hartrevalidatie
Segmenttherapie/-massage
Le Bon Depart
PNF
Ergonomie (korte cursus)
Sensorische integratie
Hydrotherapie/Halliwick
Vojta
Autogene training
Blockpoint Relock
Krachttherapie/preventie/revalidatie
Humane bew. functioneren
Schrijfmotoriek
Motorische remedial teaching
Feldenkrais (oefentherapie voor houdingscorrectie)
Eutonie
Bedrijfsfysiotherapie

II. Niet-fysiotherapeutisch handelen:

IIA. Therapeutisch handelen

Acupunctuur
Haptonomie
Osteopathie
Iriscopie
Kruidentherapie
Hypnotherapie
Chiropraxie
Acupressuur
Homeopathie
Kleurentherapie/Mora
Natuurgeneeskundige fysiotherapie
Pré-logopedie
Alternatieve geneeskunde overig
Gedragstherapie
Yoga
Gestalttherapie
Procaïnetherapie
Neuraaltherapie
Fytotherapie
Humanistische geneeskunde
Auriculotherapie
Oogmotoriek
Progressieve geneeskunde
Medische astrologie
Sofrologie
Touch for Health
Lichaamswerk
Focussing

IIB. Niet-therapeutisch handelen

Scholing in wetenschap
Management/vergaderen
Ergonomie (lange cursus)
Stage-begeleiden
Anthroposofische therapie
Bewegingswetenschappen
Psychologie
Methodisch werken
Boerhave cursussen
Gesprekstraining
Zwakzinnigenzorg

Staf-/kadercursus
Docentenopleiding
Pedagogie/orthopedagogie
Automatisering
Psycho-sociaal werk
Ecologische gezondheidszorg
Röntgenologie
Public relations
Holistische gymnastieksystemen
Bedrijfsbeheer
Administratie/boekhouden
Ontologie
Fysiotherapie bij immigranten
Medische techniek
Rechtsgeleerdheid
Filosofie

BIJLAGE 3

Tabel 1: afgeronde en nog niet afgeronde cursussen (N=3739)

	N	%
Manuele therapie	636	17,0
- verbijzondering	329	8,8
- overig	307	8,2
Cyriax (orthopedische geneeskunde)	383	10,2
Sportfysiotherapie	304	8,1
- verbijzondering	205	5,5
- overig	99	2,6
Bindweefselmassage	229	6,1
Bandageren/tapen	187	5,0
Acupunctuur	172	4,6
Haptonomie	140	3,7
Neuro developmental treatment (NDT)/Bobath	119	3,2
Pré- en postnatale begeleiding	109	2,9
- verbijzondering	57	1,5
- overig	52	1,4
Sensomotoriek	102	2,7
Merdiaantherapie	74	2,0
Reflextherapie/Marquard	71	1,9
Podologie/podokinesiologie	62	1,7
Neurologie/neurofysiologie/toegepaste neurowetenschappen	53	1,4
Bewegingstherapie/Van der Meulen	53	1,4
Algemene na- en bijscholing	49	1,3
Lymfedrainage	43	1,2
Elektrotherapie/elektrodiagnose	41	1,1
Osteopathie	38	1,0
Adem/ontspanningstherapie	38	1,0
Fysiotherapie bij longaandoeningen	37	1,0
Functiestoornissen houdings/bewegingsapparaat	37	1,0
Kinderfysiotherapie/fysiotherapie en ontwikkelingsstoornissen bij kinderen (FOK)	32	0,9
Hyperventilatie	31	0,8
Craniomandibulaire dysfunctie (CMD)	28	0,7
Inspanningsfysiologie	24	0,6
Minimal Brain Disease (MBD) syndroom	24	0,6
Psychosomatiek	23	0,6
Shiatsu/tsubo/drukpuntmassage	22	0,6
Gynaecologie	21	0,6
Psychomotoriek	19	0,5
Neurologie overig/de neurologische patiënt	19	0,5
Lage rugklachten	18	0,5
Hartrevalidatie/Hartpatiënten in beweging (HIB)	17	0,5
Kinesiologie	16	0,4
Anatomie	15	0,4
Scholing in wetenschap	14	0,4
Meer Bewegen van Ouderen (MBVO)/bejaardengymnastiek	14	0,4
Touch for health	13	0,3
Le Bon Depart (psychomotorisch therapie voor het kind)	13	0,3
Reumatologie	13	0,3
Orthopedie/de orthopedische patiënt	13	0,3

Vervolg tabel 1

	N	%
Segmenttherapie/segmentmassage	11	0,3
Aandoeningen weke delen/bandletsels	11	0,3
Iriscopie/irisdiagnose	10	0,3
Management/vergaderen	10	0,3
Vojta	10	0,3
Ergonomie	10	0,3
Hydrotherapie/Halliwick-methode	9	0,2
Blockpoint relocktherapie/Trigger	9	0,2
Sensorische integratie	9	0,2
Kruidentherapie	8	0,2
Hypnotherapie	8	0,2
Stagebegeleiding	8	0,2
Proprioceptieve neuromusculaire facilitatie (PNF)	8	0,2
Krachttherapie	7	0,2
Lasertherapie	7	0,2
Pijnbestrijding/Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS)	7	0,2
Anthroposofische therapie	7	0,2
Massage overig	7	0,2
Schrijfmotoriek	7	0,2
Humane bewegingsfunctionering	6	0,2
Bijzondere schoolgymnastiek	6	0,2
Docentenopleiding	6	0,2
Handrevalidatie	6	0,2
Vertebro-basilaire insufficiëntie	6	0,2
Psychologie	5	0,1
Motorische remedial teaching	5	0,1
Chiropraxie	5	0,1
Reanimatie	5	0,1
Posttraumatische dystrofie	5	0,1
Periostmassage	4	0,1
Multiple sclerose	4	0,1
Wervelkolom	4	0,1
Acupressuur/Penzel (acupunctmassage)	4	0,1
Kleurentherapie/Mora	4	0,1
Bewegingswetenschappen/IFLO	4	0,1
(Pré-)logopedie	4	0,1
Feldenkrais (oefentherapie voor houdingscorrectie)	4	0,1
Boerhave-cursussen	4	0,1
Intensive care	4	0,1
Parkinson	3	0,1
Orthesiologie	3	0,1
Overige alternatieve geneeskunde	3	0,1
Staf/kadercursus	3	0,1
Natuurgeneeskundige fysiotherapie	3	0,1
Fysioteknik	3	0,1
Zwakzinnigenzorg	3	0,1
Gedragstherapie	3	0,1
Houdingscorrectie	2	0,1
Janda/rekkingstechniek	2	0,1
Geriatric	2	0,1
Myofeedback	2	0,1
Eutonie cursus	2	0,1
Gestalttherapie	2	0,1
Homeopathie	2	0,1
Computerkunde/automatisering	2	0,1

Vervolg tabel 1

	N	%
Methodisch werken	2	0,1
Bedrijfsfysiotherapie	2	0,1
Fysiotherapie bij mammatumoren	2	0,1
Orthopedagogie	2	0,1
Rationele fysiotherapie	2	0,1
Gesprekstraining	2	0,1
Procaïne therapie	2	0,1
Neuraaltherapie	2	0,1
Fyto-therapie	2	0,1
Bekkenbodembehandeling/incontinentie	1	0,0
Prothesiologie	1	0,0
Yoga	1	0,0
Holistische gymnastieksystemen	1	0,0
Humanistische geneeskunde	1	0,0
Bedrijfsbeheer	1	0,0
Administratie/boekhouden	1	0,0
Auriculotherapie	1	0,0
Onderzoeken/waarnemen	1	0,0
Psycho-sociaal werk	1	0,0
Ontologie	1	0,0
Functionele looptraining	1	0,0
Medicijnen (SWSF-cursus)	1	0,0
Fysiotherapie bij immigranten	1	0,0
Ecologische gezondheidszorg	1	0,0
Biomechanica	1	0,0
Medische techniek	1	0,0
Public relations	1	0,0
Rechtsgeleerdheid	1	0,0
Röntgenologie/röntgendiagnostiek	1	0,0
Filosofie	1	0,0
Magneetveldtherapie	1	0,0
Oogmotoriek	1	0,0
Focussing	1	0,0
Lichaamswerk	1	0,0
Progressieve geneeskunde	1	0,0
Medische astrologie	1	0,0
Sofrologie	1	0,0

Tabel 2: instituten en plaatsen waar na- en bijscholingscursussen zijn gevolgd

	N	%
1 SWSF*	546	16,4
2 Academie voor fysiotherapie	471	14,1
3 NAOG*	368	11,0
4 SMG, Eindhoven*	283	8,5
5 België	232	6,9
6 Buitenland (uitgezonderd België)	197	5,9
7 Van de Bijl, Utrecht	114	3,4
8 Papendal	107	3,2
9 Sachs-Piët	100	3,0
10 Academies voor haptonomie, Doorn/Rotterdam	79	3,0
11 De Lutte, Enschede	68	2,0
12 ADCA*	67	2,0
13 Worm, Nijmegen	63	1,9
14 NVVF, Amsterdam/Eindhoven*	58	1,7
15 Veldman, Overaselt	56	1,7
16 Ziekenhuizen	49	1,5
17 Universiteiten	45	1,3
18 NVOMT, Enschede/Eefde*	37	1,1
19 Lijndenstein, Beesterzwaag	29	0,9
20 Bruggeman, Hengelo/Almelo	27	0,8
21 Fransman, Amsterdam	27	0,8
22 NSF*	24	0,7
23 Trappenberg, Huizen	23	0,7
24 Van der Meulen, Den Haag	21	0,6
25 EUTCM, Antwerpen/Utrecht*	20	0,6
26 Heidemann, Den Haag	20	0,6
27 Van Wingerden	19	0,6
28 ICOM, Baarn*	18	0,5
29 St. Nascholing Randstad, Amsterdam	18	0,5
30 Bings, Baarn	17	0,5
31 NISGZ, Papendal*	14	0,4
32 IAO, Tiel*	14	0,4
33 Bladergroen, Paterswolde	11	0,3
34 IWISA, Domburg/Sluis*	11	0,3
35 Hartstichting	8	0,2
36 NVFS, Papendal/Sittard*	8	0,2
37 Heeg, Veendam	7	0,2
38 NCSI, Haarlem*	7	0,2
39 IAS, Delft*	6	0,2
40 SON, Utrecht*	5	0,1
41 TAF, Eschede*	5	0,1
42 HVA, Amsterdam*	5	0,1
43 De Vries, Leiden	4	0,1
44 VVAA*	4	0,1
45 Ars Medica, Den Haag	4	0,1
46 CIOS, Sittard*	3	0,1
47 Burg, Eindhoven	3	0,1
48 Smits-Engelman, Breda	2	0,1
49 HVA, Terschelling*	2	0,1
50 ATSA, Doorn*	2	0,1
51 Van Waveren, Amsterdam	1	0,0
52 Johanna Stichting, Arnhem	1	0,0
53 TUCM, Hilversum*	1	0,0

* Zie voor betekenis van afkorting onderaan tabel

Vervolg tabel 2

	N	%
54 Revalidatiecentrum, Rijswijk	1	0,0
55 BDF, Beek*	1	0,0
56 Academie voor Natuurgeneeskunde, Bloemendaal	1	0,0
57 O&O, Utrecht*	1	0,0
Totaal	4366	100,0
Missing	1027	23,5

* Zie voor betekenis van afkorting onderaan tabel

ADCA	Anglo-Dutch College of Acupunctuur
ATSA	Andrew Tailor Still Academy (osteopathie)
BDF	Beiersdorf
CIOS	Centraal Instituut Oleiding Sportleiders
EUTCM	European University for Traditional Chinese Medicine
HVA	Hogeschool van Amsterdam
IAO	International Academy of Osteopathy
IAS	International Academy for Sports science
IWISA	Internationaal Wetenschappelijk Instituut voor Sporttherapie en Aethiopathie
NAOG	Nederlandse Academie voor Orthopedische Geneeskunde
NCSI	Nederlands Centrum voor Sensorische Integratie
NISGZ	Nederlands Instituut voor SportGezondheidsZorg
NSF	Nederlandse Sport Federatie
NVFS	Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Sportgezondheidszorg
NVOMT	Ned. Ver. Orthopedische Manipulatieve Therapie
NVVF	Nederlandse Vereniging voor Vrijgevestigde Fysiotherapeuten
O&O	Stichting Ned. Ontwikkelings- en Ondersteuningsinstituut voor huis-arts en eerstelijnszorg
SMG	Stichting Manuele Geneeskunde
SOMT	Stichting Opleiding Manuele Therapie
SWSF	Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie
TAF	Twentse Academie voor Fysiotherapie
VVAA	Vereniging Van Artsen Automobilisten
TUCM	Traditional University for Chinese Medicine

Tabel 3: Cursussen die fysiotherapeuten van plan zijn in de toekomst te volgen (N=1226)

	N	%
Manuele therapie	220	17,9
Haptonomie	122	10,0
Sportfysiotherapie	89	7,3
Algemene na- en bijscholing	59	4,8
Acupunctuur	53	4,3
Sensomotoriek	37	3,0
Osteopathie	36	2,9
Podologie	35	2,9
Adem/ontspanningstherapie	33	2,7
Bindweefselmassage	31	2,5
NDT/Bobath	29	2,4
Cyriax	28	2,3
Kinderfysiotherapie	24	2,0
Lymfedrainage	23	1,9
Management/vergaderen	22	1,8
Bandageren/tapen	19	1,5
Craniomandibulaire Dysfunctie (CMD)/Gnatologie	17	1,4
Psychologie	15	1,2
Computerkunde/automatisering	14	1,1
Scholing in wetenschap	13	1,1
De neurologische patiënt/neurologie overig	13	1,1
Psychosomatiek	12	1,0
Kinesiologie	12	1,0
Reflextherapie	11	0,9
Functioniestoornissen houdings/bewegingsapparaat	11	0,9
Meridiaantherapie	10	0,8
Fysiotherapie bij longaandoeningen	9	0,7
Hyperventilatie	9	0,7
Gynaecologie	8	0,7
Hypnotherapie	8	0,7
Homeopathie	8	0,7
Anatomie	7	0,6
Reumatologie	7	0,6
Lasertherapie	7	0,6
Bedrijfsfysiotherapie	7	0,6
Chiropraxie	7	0,6
Electrotherapie	6	0,5
Krachttherapie	5	0,4
De orthopedische patiënt		0,4
Geriatric	5	0,4
Pijnbestrijding/TENS	5	0,4
Lage rugklachten	5	0,4
Blockpoint Relocktherapie/Trigger	5	0,4
Posttraumatische dystrofie	5	0,4
Bekkenbodembehandeling/incontinentie	4	0,3
Multiple Sclerose	4	0,3
Parkinson	4	0,3
Inspanningsfysiologie	4	0,3
Psychomotoriek	4	0,3
Ergonomie	4	0,3
Pedagogie	4	0,3
Touch for health	4	0,3
(Pré-)logopedie	4	0,3
Kruidentherapie	4	0,3

Vervolg tabel 3

	N	%
Bewegingstherapie/Van der Meulen	3	0,2
Neurologie/neurofysiologie/toegepaste neurowetenschappen	3	0,2
Anthroposifische therapie	3	0,2
Motorische remedial teaching	3	0,2
Procaïne therapie	3	0,2
Röntgenologie	3	0,2
Feldenkrais	3	0,2
Hartrevalidatie	2	0,2
MBVO/bejaardengymnastiek	2	0,2
Kleurentherapie/MORA	2	0,2
Shiatsu/tsubo/drukpuntmassage	2	0,2
Bewegingswetenschappen	2	0,2
Onderzoeken/waarnemen/behandelen	2	0,2
Sensorische integratie	2	0,2
Functionele looptraining	2	0,2
Medicijnen (SWSF-cursus)	2	0,2
Fysioteknik	2	0,2
Hydrotherapie/Halliwick-methode	1	0,1
Massage overig	1	0,1
Periostmassage	1	0,1
Houdingscorrectie	1	0,1
De wervelkolom	1	0,1
MBD-syndroom	1	0,1
Le Bon Depart	1	0,1
Autogene training	1	0,1
Psychiatrie/zwakzinnigenzorg	1	0,1
Iriscopie/diagnose	1	0,1
Bedrijfsbeheer	1	0,1
Brügger	1	0,1
Natuurgeneeskundige fysiotherapie	1	0,1
Gesprekstraining	1	0,1
Neuraaltherapie	1	0,1
Ecologische gezondheidszorg	1	0,1
Maidstone	1	0,1
Rechtsgeleerdheid	1	0,1
Biomechnica	1	0,1
Schrijfmotoriek	1	0,1
Filosofie	1	0,1
EHBO	1	0,1

Tabel 4: Aantallen praktijken (N=322) die specifieke deskundigheden aanbieden

	N	%
Door het KNGF erkende verbijzonderingen:		
Manuele therapie	195	60,6
Fysiotherapie in de sportgezondheidszorg	132	41,0
Fysiotherapie in de pré- en postnatale gezondheidszorg	76	23,6
Fysiotherapie in verpleeghuizen	8	2,5
Overige specifieke deskundigheden:		
Manuele therapie (anders dan hierboven genoemd)	98	30,4
Sportfysiotherapie	67	20,1
Pré-postnatale begeleiding	29	9,0
Cyriax	174	54,0
NDT/Bobath	83	25,8
Acupunctuur	137	42,5
Sensomotoriek	88	27,3
Haptonomie	67	20,8
Reflextherapie	65	20,2
Bindweefselmassage	134	41,6
Kinderfysiotherapie	50	15,5
Lymfedrainage	52	16,1
Bandageren/tapen	207	64,3
Meridiaantherapie	42	13,0
Osteopathie	16	5,0